

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

** Université François Rabelais, Tours

Au nom d'un groupe de travail de la Commission XII¹

^a Auteur correspondant

Adresse e-mail : danielbontoux@orange.fr

Mots clés

Relation médecin-malade

Empathie

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. Touitou, JL. Wemeau.

Résumé

La qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal. Fondée sur l'écoute, l'empathie, le respect, l'examen physique, la clarté et la sincérité du langage, elle vise à établir la confiance, condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique. Son action favorable s'exerce principalement par l'amélioration de l'observance des traitements, mais aussi par des effets propres, apparentés aux effets placebo, spécialement mis à profit dans le traitement des troubles non lésionnels. Le médecin d'aujourd'hui doit faire face, dans sa relation avec le patient, à plusieurs difficultés : malade plus informé et plus critique ; manque de temps du fait du poids des tâches administratives ; travail en équipes qui disperse et appauvrit la relation ; et surtout primauté des technologies. Les solutions à ces difficultés sont à rechercher dans la formation des praticiens, l'organisation des équipes, et dans un usage responsable des technologies, qui ne dispensent en aucun cas du nécessaire face à face, et, pour celles qui relèvent de l'intelligence artificielle, exigent toujours la garantie humaine du médecin.

Summary

Quality of the physician-patient relationship is essential to reach the best therapeutic outcome. Founded on listening, empathy, regard, physical examination and language clearness and sincerity, it tends to establish trust, which is the main requisite of patient acceptance and therapeutic alliance. Its favourable effect depends mainly on the improvement of therapeutic observance, and so on its own property, related to placebo effects, and especially used in the treatment of non organic functional disorders. The to-day physician has to confront several difficulties: patient more informed and critical; time insufficiency because the weight of administrative duties; work in teams, which disperses and impairs the relationship; and, more, the technologies primacy. Solutions for these questions are to be found in physicians training, teams planning, and responsible use of technologies, which never exonerates of necessary face to face, and, for those proceeding from artificial intelligence, requires always human guaranty of the physician.

1- Introduction

Le modèle du médecin de famille accessible en tout temps, dévoué à plusieurs générations, avare d'explications, plus soucieux de ménagement que d'exactitude de l'information, et impératif dans ses prescriptions, est révolu, ainsi que sa relation au patient de type paternaliste. Le malade d'aujourd'hui, principalement celui qui souffre d'une pathologie chronique, entend être maître de sa santé, acteur de sa prise en charge, et partie prenante à la décision thérapeutique (*empowerment* du langage international) ; sa situation de partenaire, confortée par la loi, est de plus en plus revendiquée, appuyée sur des connaissances fournies par l'abondance des sources d'information et le développement des associations de malades. Tout au moins souhaite-t-il soumettre à la critique les avis médicaux qu'il reçoit.

Un autre facteur d'évolution de l'interaction entre patient et soignant réside dans les nouvelles technologies dont le médecin dispose pour exercer son art, et dont l'usage lui est imposé par la nécessité et par la réglementation : informatisation du dossier médical, recours aux algorithmes décisionnels pour le diagnostic et le traitement, télémédecine, tous moyens de

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 raccompagnement, 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

soin [7], tant pour raison éthique (prise en compte de la dignité de la personne) que pour raison thérapeutique : ce respect est de nature à renforcer la confiance du patient en son médecin, avec ses effets favorables sur l'évolution, et la croyance contribuant à l'ampleur de l'effet placebo.

3.4- L'examen du patient

L'examen, dans ses composantes physique et psychique reste, en dépit des progrès techniques, indispensable au diagnostic de nombreuses maladies. Sa négligence est une source majeure d'erreurs ou de retard de diagnostic [8]. Sa persistante nécessité doit être soulignée, et il n'est ici considéré que dans sa nature d'acte relationnel. Une consultation sans examen physique est, de l'expérience générale, tenue pour incomplète par de nombreux patients (« il ne m'a même pas touché... »), et la valeur qu'ils accordent à ces gestes est élevée [9]. L'examen physique est un rituel [10], qui a ses règles, et le rituel renforce le lien avec le clinicien et l'effet à venir du traitement. Dans le cadre de la consultation d'aujourd'hui et de la place qu'y occupe l'informatique, l'examen physique est un temps sans l'ordinateur où seule compte l'attention portée sur le patient, ce qui contribue à la perception d'une médecine personnalisée. Le toucher a en outre un effet propre. L'expérience clinique et de nombreux travaux expérimentaux montrent son implication dans le contrôle du stress, de l'anxiété, la qualité des soins et les relations humaines en général, avec la connaissance de certains relais neurophysiologiques et de neuromédiateurs et hormones (notamment l'ocytocine) qui en sous-tendent l'effet [11]. Il est clair que son défaut est une limite à la bonne qualité de la RMM.

Encore faut-il que cet examen physique soit correctement pratiqué, avec le souci de la dignité du patient, de sa pudeur et de sa moindre souffrance : commenter pour lui les gestes, le rassurer, le prévenir d'une douleur brève, du sens de la recherche d'une douleur provoquée en sont des constituants nécessaires ; tout examen qui les ignore peut entraîner une perte de confiance, et donc nuire à la RMM. Tout cela s'enseigne, au même titre que la séméiologie.

3.5- L'information

Le diagnostic, la prescription ne se conçoivent pas sans explications. Leur clarté, la sûreté de leur expression sont pour le patient, en toutes circonstances, un indice de la compétence du médecin, elle-même principal facteur de confiance. L'information doit être adaptée, évitant les termes qui effraient, ceux qui trompent, ceux qui ne sont pas compris (de nombreuses études signalent le faible niveau de *littératie* d'un grand nombre de patients). Elle doit être sincère, et c'est une difficulté en situation probabiliste ou d'incertitude. Le fait qu'il soit normal de « ne pas savoir » dans une situation clinique, d'hésiter entre plusieurs hypothèses ou de douter de la signification d'un résultat d'examen (ou d'algorithme) sont des notions qui ne sont pas naturelles pour de nombreux patients et qu'il peut être difficile de leur faire adopter faute d'une éducation préalable.

3.6- La continuité des soins

La continuité de la RMM est une condition de son bon développement, comme elle en est aussi une conséquence, dès lors que le patient dispose de la liberté de choix de son médecin. Elle favorise l'approfondissement de la relation, fondé sur la connaissance mutuelle, la confiance, la loyauté et l'estime [12].

3.7- L'alliance thérapeutique

Ces piliers de la RMM sont applicables à toutes les consultations, mais leurs poids respectifs diffèrent suivant les circonstances et les pathologies.

En situation d'urgence, chirurgicale ou médicale, ou dans les pathologies aiguës, l'empathie a une moindre place, l'examen physique va de soi et la décision médicale peut n'être pas ouverte à la discussion dès lors que la compétence est reconnue.

Par contre ces éléments conjugués prennent une importance considérable dans les affections chroniques, les cancers, et dans les troubles chroniques sans substratum lésionnel identifié, dont la prévalence est très grande en médecine générale. C'est alors que la « bonne » relation permet l'*alliance thérapeutique*.

Concept d'origine psychanalytique, mais à présent applicable à la médecine somatique, et plus particulièrement aux maladies chroniques, lésionnelles ou non lésionnelles, la notion d'alliance thérapeutique est largement adoptée par les psychiatres et les médecins généralistes. Elle figure dans le langage des associations de malades. Elle peut être définie comme le résultat de la collaboration mutuelle, du partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'atteindre des objectifs partagés [13], sorte de contrat qui suppose un lien de nature affective entre les deux partenaires. Elle fait « sortir de l'opposition entre l'art et la science, le *care* et le *cure*, entre la personne et l'impersonnel, entre le sujet et le cas médical, pour tenir une ligne de crête dialectique entre une médecine personnalisée de la relation de soin d'un côté, et de l'autre une personnalisation de masse de la procédure ou du protocole de recherche » [14].

Notons que la formation du médecin lui a appris à appréhender et gérer la dimension subjective inhérente à toute forme de souffrance, et que dans certains cas cette dimension peut guider tout ou partie de son acte, voire l'inciter à une orientation vers un psychothérapeute.

En complément l'alliance doit aussi considérer le rôle majeur des aidants. Ils doivent être inclus dans la démarche du suivi médical. Leur tâche quotidienne est considérable dans toute pathologie chronique. Ils justifient aussi une aide spécifique.

3.8- Le cas particulier de l'enfant

En pédiatrie la relation est triangulaire entre le médecin, l'enfant et les parents. Si l'écoute de l'enfant est différente selon son âge elle demeure constante, car il est le principal interlocuteur. Il est indispensable de considérer l'enfant comme une personne à part entière, tout en conservant l'écoute des parents et en leur laissant exercer leurs responsabilités. Selon l'âge la relation est différente, mais elle doit être effective du nouveau-né jusqu'à l'adolescence et la communication non verbale trouve ici sa pleine justification. L'empathie a toujours été une règle de base en pédiatrie, même en situation d'urgence, devant la souffrance ou l'angoisse de l'enfant. Le médecin doit aussi être diplomate et rassurant et faire preuve de tact et délicatesse à l'égard des parents angoissés voire culpabilisés dans des situations difficiles (cancérologie, maladies génétiques).

L'examen clinique est primordial et incontournable. Il exige de la patience et des précautions afin de rassurer l'enfant et d'éviter des réactions de défense chez les nourrissons. La même douceur s'impose pour l'examen des tympans, de la gorge ou lors des vaccinations. Cette attitude favorise la confiance de l'enfant et aussi des parents, dans un climat apaisé au maximum. Dans certains cas la relation avec l'enfant ou l'adolescent peut être personnelle, en demandant aux parents, avec tact et explication, de laisser l'enfant seul. L'information et le consentement de l'enfant ont fait l'objet de dispositions réglementaires, mais il appartient aux parents de porter l'information à l'enfant. Lors des maladies chroniques tous ces principes permettent d'établir l'alliance thérapeutique. Cette relation doit se prolonger pour le passage en médecine d'adultes (par ex, diabète, néphropathies, drépanocytose).

4- De l'utilité d'une bonne RMM

Au-delà de la satisfaction qu'elle procure au soignant et au soigné, une bonne RMM agit favorablement sur le résultat thérapeutique, par l'incitation à l'observance et par ses effets propres.

4.1- Effet sur l'observance

La non-observance des prescriptions est extrêmement fréquente, particulièrement lors du traitement des maladies asymptomatiques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle. En prenant comme critère de non observance la consommation de moins de 80% des médicaments prescrits, elle a été estimée aux États-Unis à 27 à 63% suivant les pathologies traitées [15]. Ses conséquences défavorables sont reconnues : moindre résultat des traitements, fréquence des complications et augmentation des dépenses de santé, inutilement accrues de 3 à 10% [16]. Elle peut avoir une incidence sur la mortalité [17] Plus que non intentionnelle (oubli involontaire, incompréhension), elle est généralement intentionnelle et de raisons multiples : manque de confiance, insuffisance des explications, difficulté à comprendre les notices, nombre excessif de médicaments, crainte des effets secondaires, informations contradictoires des médias, voire des médecins eux-mêmes, défiance envers les groupes pharmaceutiques, mais aussi nombre de facteurs psychosociaux tenant à l'âge et la personnalité du patient, à son environnement et sa situation sociale, qui ne doivent pas être sous-estimés [18]. Une bonne RMM, génératrice de confiance et fondée sur une décision partagée est le moyen d'éviter ces obstacles : il est montré que le degré d'observance est significativement corrélé à ces deux effets de la relation [19]

La non-observance serait très souvent inavouée par le patient, sans doute par crainte d'une réaction négative du praticien. La capacité du médecin à la rechercher et à la considérer avec empathie est un aspect trop souvent oublié : il faut en comprendre les raisons, ne pas culpabiliser le patient, et y remédier par des explications convaincantes et un encouragement chaleureux.

La question de l'influence de l'autonomisation (*empowerment*) des patients sur l'observance a été abordée dans de nombreuses études dont l'analyse fournit des informations nuancées [20] : la confiance du patient en sa propre capacité et son *locus interne de contrôle*, qui sont parmi les objectifs de l'éducation thérapeutique, ne peuvent favoriser l'observance que s'ils vont de pair avec l'adoption du point de vue du prescripteur (ce qui serait le plus souvent le cas), dans le cadre d'une autonomisation relationnelle.

Notons que le pendant de la non-observance du patient, l'*inertie thérapeutique* du médecin, tient une place importante dans la RMM et les résultats de la prise en charge. Cette notion se définit comme le comportement du médecin qui, la ligne directrice – fournie par l'*evidence based medicine* – étant connue et applicable, ne l'applique pas néanmoins. Comme l'inobservance, elle peut être non-intentionnelle (manque de temps, méconnaissance de la recommandation ...) et nuire à la qualité du résultat, mais aussi intentionnelle, fondée sur la prise en compte raisonnée de la personne du malade qui, avec sa complexité, ne se résume pas à un patient standard. C'est alors l'un des éléments propices à l'établissement de l'alliance thérapeutique, et à la pratique d'une véritable médecine de la personne [21].

4.2- Les effets propres

Le fait que la qualité de la RMM améliore le résultat des traitements est attesté par des arguments objectifs comme, par exemple, la corrélation du niveau d'empathie du médecin et du contrôle de l'hémoglobine glycosylée et du LDL cholestérol chez les diabétiques [22]. De

tels effets, sous-tendus par un fonctionnement de mieux en mieux approché par les neurosciences, viennent s'ajouter aux deux autres facteurs majeurs de l'évolution d'une maladie ou d'un symptôme : l'histoire naturelle et l'effet biologique du traitement.

L'influence favorable sur les résultats thérapeutiques d'une bonne RMM passe par une potentialisation des effets psychologiques liés à toute thérapeutique – et principalement de l'effet placebo avec attente – et par des effets psychologiques non spécifiques [23].

L'effet placebo lié à l'attente résulte de l'espoir du patient en un effet bénéfique du traitement qui lui est prescrit. Il repose sur des mécanismes neurophysiologiques dont certains sont bien élucidés tels que l'activation de neurotransmetteurs (endorphines, dopamine). Il est modulable, et les travaux expérimentaux le montrent dépendant surtout de la qualité de l'annonce, mais aussi de la forme du médicament, de sa couleur, de son étiquetage, et, en incluant les traitements non médicamenteux, de la complexité du dispositif : fausse chirurgie supérieure à appareil électrique, lui-même supérieur à fausse acupuncture, elle-même supérieure à l'administration parentérale médicaments, supérieure à médicament per os. L'effet placebo lié au conditionnement, qui ne repose pas sur les mêmes mécanismes, résulte de la répétition du traitement : un produit inerte annoncé comme placebo mais de même aspect qu'un médicament précédemment efficace exerce une part de ses effets.

Personne n'échappe à ces effets placebo qui, dans les essais contrôlés, se conjuguent à l'évolution naturelle et à la régression à la moyenne pour rendre compte des résultats positifs dans le groupe témoin, et qui ont une part complémentaire dans le résultat de tout traitement actif.

Ces effets se produisent donc indépendamment du comportement du médecin comme le montre leur présence dans les essais thérapeutiques, où le prescripteur signale dans son offre la présence d'un placebo et se montre aussi neutre qu'il est possible.

Mais le médecin, dans le cadre de son exercice courant, sollicite consciemment ou non l'effet placebo lié à l'attente par la confiance qu'il inspire, la chaleur et la conviction qui accompagnent sa prescription [24, 25] (sa maladresse pourrait au contraire engendrer un effet nocebo).

Il peut aussi y recourir semi-intentionnellement quand il prescrit, pour un trouble bénin résistant à un médicament actif ou n'en justifiant pas le risque, ou encore suivant le souhait du patient, un médicament dit « de confort » qui ne s'est pas montré très supérieur à un placebo et dont il doute de l'efficacité réelle.

Il convient de rapprocher de cette dernière situation le recours aux thérapies complémentaires, dont les instruments ou méthodes (homéopathie, acupuncture, thérapies manuelles...) n'ont pas apporté la preuve d'action spécifique sur le symptôme traité. Ainsi lorsqu'aucun effet bénéfique propre n'a pu être démontré, il faut convenir que l'essentiel du succès de ces méthodes résulte d'un effet placebo très sensible à la qualité de la relation entre les patients et ceux qui les pratiquent. À celui-ci s'ajoute très probablement un effet psychologique non spécifique, non lié à la seule attente de la méthode, mais à la qualité de la prise en charge.

Le recours conscient et intentionnel à l'effet placebo, dès lors que le prescripteur est certain de l'inactivité propre du produit ou de l'acte prescrit, implique la tromperie du patient et est incompatible avec la déontologie et l'honnêteté de la relation. Cette interdiction est toutefois remise en question, et à repenser à la lumière des travaux sur l'*open placebo* qui ont montré un effet bénéfique après administration d'un placebo annoncé comme tel [26], l'intervention thérapeutique se réduisant alors à la seule parole du médecin.

Reste l'effet psychologique non spécifique qui ne procède ni de l'effet de l'attente, ni du conditionnement. C'est la part manquante, insuffisamment étudiée, des effets psychologiques

de toute thérapeutique. De très rares plans expérimentaux ont tenté de le mettre en évidence en utilisant la comparaison de quatre bras thérapeutiques, *verum*, placebo, prise en charge non spécifique et groupe observationnel [27].

Notons que si ces composantes de la relation thérapeutique sont à considérer dans toutes les situations cliniques, il est clair qu'elles revêtent une particulière importance dans la prise en charge de troubles fonctionnels chroniques, tels que la douleur chronique, les pathologies sans substratum lésionnel identifié, et les situations à charge émotionnelle forte, voire dominante, là où l'*alliance thérapeutique* est tenue pour indispensable.

5- Ce qui menace ou modifie la RMM

51- Les contraintes de temps

Il est logique de penser que la bonne durée d'une consultation est celle qui permet, dans un climat détendu, l'écoute du patient, un examen physique suffisant, et les explications, prescriptions, conseils et recommandations qui en découlent de la part du médecin. Il est admis qu'une durée suffisante à satisfaire ces critères améliore, outre la satisfaction du médecin et du patient, le résultat de la prise en charge, la promotion de la santé, et réduit le recours à l'hospitalisation. Mais la durée requise pour cet exercice est éminemment variable suivant les spécialités, les conditions d'exercice, le contexte économique et social, la personnalité du patient, la nature de la maladie et le stade de sa prise en charge ; l'incertitude diagnostique, l'échec du traitement préalablement prescrit, la fin de vie, notamment, exigent une consultation longue [28]. Il est donc exclu de fixer une durée standardisée.

La durée de la consultation n'est pas, elle-même, un élément de qualité de la RMM. Suivant une étude relative aux consultations de médecine générale dans 67 pays [29], son écart va de 48 s. au Bangladesh à 22,5 min. en Suède, la France se situant parmi les nations les mieux placées avec 16,5 min. (d'après une seule enquête de 2003). Ce travail moyennant les ajustements nécessaires au vu de la diversité des situations nationales montre une influence favorable du facteur durée sur la satisfaction des médecins (une durée perçue trop insuffisante augmentant la fréquence d'un épuisement professionnel), mais il n'est pas montré d'effet sur le degré de satisfaction des patients.

Il est clair qu'une consultation longue peut être mauvaise et mal perçue, comme une consultation brève bonne et satisfaisante. Il a été montré l'absence de relation entre la durée de la consultation et trois mesures du ressenti des patients : la qualité de la communication, la confiance à l'égard du médecin, et la satisfaction générale [30]. L'expérience montre aussi que, pour une durée égale, des consultations peuvent avoir des effets différents, en termes de résultats et de satisfaction, suivant la formation et la compétence du praticien.

Le temps requis variant suivant les besoins du patient et l'expérience du médecin, le problème est donc la possibilité pour le médecin de moduler ce temps en fonction de chaque cas sans nuire à la qualité de la relation, et si les conditions de son exercice lui permettent de le faire. Nous pourrions dire que, dans tout pays et toute civilisation, quelle que soit la durée moyenne de la consultation, un face à face médecin-malade plus long ne peut qu'améliorer la qualité de la relation, et la question est de savoir si, compte tenu des attentes des patients et des ambitions de notre système de santé, la durée moyenne de ce face à face est suffisante dans notre pays.

Il n'y a pas à notre connaissance d'étude scientifique qui permette de répondre à cette question, mais nos recueils d'expérience suggèrent que la pression exercée sur les médecins en termes de production, tant en pratique libérale qu'hospitalière, se fait au détriment du temps qu'ils peuvent consacrer à la RMM. Il y a donc lieu d'éviter au moins toute charge supplémentaire conduisant à le réduire, d'abaisser au besoin (notamment à l'hôpital) les indices d'activité attendus, et permettre par la formation des praticiens la meilleure utilisation

de ce temps de relation. Des travaux sur la diminution des dépenses de santé des pathologies chroniques sous l'effet d'une augmentation du temps médical disponible mériteraient d'être entrepris, ou développés.

52- L'ordinateur tierce personne du colloque singulier

La crainte est répandue que la présence de l'ordinateur entre le médecin et le patient n'altère leur relation. Nos auditions en témoignent, de même qu'une tribune du *Monde* de février 2020 au titre significatif : « Hôpital numérique : l'écran détourne du patient et déshumanise le soin ». Le travail sur ordinateur, que le dossier-patient électronique rend inévitable et qui consommerait en moyenne un tiers ou la moitié du temps de la consultation, est certes responsable de ruptures dans le dialogue, de détournement du regard du médecin, voire de gêne au contact visuel des interlocuteurs par interposition du matériel. Ces éléments négatifs sont confirmés par une revue de 53 études réalisées auprès de patients Nord-Américains, Européens et Australiens [31], comportant pour certaines l'observation directe ou l'enregistrement vidéo de la consultation, sans que la majorité de ces études confirme une baisse du niveau de satisfaction des patients sur la qualité de la relation. Quelques unes font même état d'une satisfaction accrue. La vue partagée de l'écran semble beaucoup y contribuer, ainsi que les commentaires qui l'accompagnent. Finalement la présence de l'ordinateur dans la pièce de consultation pourrait être un facteur d'enrichissement de la RMM, aux conditions d'une participation du patient (visualisation des résultats d'examen), et d'une préservation des temps d'écoute attentive et d'expression de l'empathie.

53- La documentation accessible aux malades par l'internet

Le recours à présent généralisé des patients à l'information par l'internet est dans le meilleur des cas porteur d'enrichissement du partenariat malade-médecin, dans le pire des cas une entrave à ce partenariat du fait de l'inégale fiabilité de la documentation, des erreurs dans le choix et l'interprétation des mots-clés, et d'une mauvaise compréhension des informations ainsi recueillies. Cela peut être source d'insécurité, d'insatisfactions ou d'altération de la confiance gênant la RMM. Une synthèse de 18 études sélectionnées à partir d'une abondante littérature [32] concerne la situation où la recherche sur la toile précède la consultation médicale, et particulièrement celle où le patient révèle sa recherche au médecin et ce qu'il en retient, ce qui n'est pas toujours le cas. Les principaux freins à livrer cette information au médecin seraient la crainte d'une réaction négative et le souci de ne pas l'offenser : ce qui est alimenté par la réticence de certains praticiens, leur doute implicite ou explicite quant à l'aptitude du patient à comprendre l'information ainsi recueillie, leur évitement de ce fait pour un retour rapide au modèle traditionnel de consultation. Inversement, des facteurs facilitent l'échange entre patient et médecin sur ces informations recueillies : une recommandation lue dans un document de prendre un avis médical, un questionnement spontané du médecin, son encouragement même à s'informer sur l'internet.

Il ressort de ces études que la plupart des patients qui « vont sur internet » avant une consultation médicale le font principalement pour être davantage impliqués dans les décisions relatives à leur santé, et voient leur recherche comme une préparation à la consultation et à une discussion sur ce qu'ils pensent avoir appris. Leur confiance en leur médecin n'est pas entamée et une grande majorité estime que la relation est inchangée ou améliorée. Cette satisfaction suppose toutefois que le médecin se soit prêté à la discussion et aux explications qu'attend le patient. Des conflits ne sont pas exclus, quand il y a discordance d'interprétation

sur l'information en ligne et quand le patient estime, par principe, que l'avis du site l'emporte sur celui du médecin.

Ces conclusions optimistes ne doivent pas faire oublier le mésusage de l'information en ligne, notamment celui qui consiste en l'automédication sans recourir à un avis médical.

54- La pratique à distance

La télémédecine concerne « les actes médicaux réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication (code de la santé publique, art. R6316-1). De ses quatre formes – téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance et téléassistance – seule est à considérer ici la téléconsultation qui a pris, avec l'épidémie de covid19 et les mesures de confinement, un développement considérable qui devrait largement survivre au retour à la situation pré-épidémique. La téléconsultation « a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ; un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ». Il existe en pratique deux formes de téléconsultation prises également en charge par l'assurance-maladie : 1) celle qui se déroule en un lieu dédié, avec écran d'ordinateur et si nécessaire, présence auprès du patient d'un professionnel de santé, et 2) celle qui est le fait d'une simple communication entre le patient et le médecin par l'intermédiaire d'un PC ou d'un smartphone. La première, bien conduite par un praticien expérimenté est très proche, notamment pour ce qui est de la RMM, d'une consultation « présenteielle », dès lors que le médecin a l'expérience de sa pratique, surtout s'il dispose des moyens techniques palliant l'absence d'examen physique : photopléthysmographie pour accès aux constantes vitales, électrocardiographie, voire télé-échographie. La présence de l'auxiliaire, professionnel de santé ou autre, qui partage l'expérience et l'expression de l'empathie est un élément important pour la qualité de la relation. Sa formation préalable est de ce fait souhaitable.

Cette téléconsultation organisée est bien adaptée aux « déserts médicaux ». Elle se montre aussi d'un intérêt particulier en psychiatrie en raison de la place exclusive qu'y tient le langage, verbal, infra-verbal et non verbal, et de l'importance particulière de la relation patient-soignant en psychiatrie et psychothérapie. Une enquête auprès de psychiatres et psychologues participant à un réseau dédié à la prise en charge des patients expatriés en dégage les limites, mais aussi les atouts [33]. Peu gênée par les incidents mineurs propres à toute télé-relation, elle n'affecte pas l'empathie, moyennant une attention plus soutenue du médecin au verbe et à l'image. Ses évaluations ne la montrent pas inférieure à la pratique traditionnelle lorsqu'elle alterne avec des consultations présentesielles ; elle pourrait même être opportune sur plusieurs points et, à cet égard, plus appréciée de certains patients [34] : l'espace virtuel peut ainsi libérer le patient de ses inhibitions, lui permettre de mieux livrer certaines confidences. La téléconsultation offre au besoin la garantie de la discrétion pour des personnes redoutant la stigmatisation qui pourrait résulter d'une consultation observable.

La deuxième forme est la plus développée du fait de la pandémie COVID19. L'examen physique y fait totalement défaut et le médecin ne dispose pour le diagnostic que de l'interrogatoire et de ce qui est visible et communicable par l'image. L'interrogatoire y acquiert une valeur supplémentaire, ce qui doit être pris en compte dans la formation des praticiens. Mais comme dans l'autre forme l'empathie, perçue et exprimée par la parole et par l'image, n'est pas altérée.

La RMM n'est donc pas compromise, elle prend en outre une importance accrue, en raison de la place de l'échange verbal et non verbal. Certains faits ou incidents sont toutefois de nature à en diminuer la qualité par rapport à une consultation présenteielle : du fait du positionnement de la caméra décentré de l'écran, le médecin qui « ne regarde pas dans les yeux » ; les incidents techniques sur le son ou l'image sources d'impatience ou d'incompréhension ; les

silences, expressions d'incertitude ou de réflexion, pris pour des incidents techniques ; voire la crainte d'un enregistrement contraire à la confidentialité. Enfin et surtout l'absence de contact physique et de toucher dont l'importance a été signalée précédemment pour l'apaisement et la confiance.

Pour ces raisons la téléconsultation ne doit pas être considérée comme substitutive de la consultation présenteielle, mais comme complémentaire. Elle est plus adaptée au suivi, en accord avec le médecin, qu'à l'établissement d'un diagnostic initial. Sauf nécessité, une première consultation doit se faire en « présentiel ».

Notons que les circonstances exceptionnelles des années en cours ont conduit l'Assurance maladie à admettre à titre provisoire le remboursement de consultations téléphoniques sans image, formule qui ne mérite pas d'être analysée ici tant la relation y est incomplète.

55- L'apport de l'intelligence artificielle (IA)

L'IA pourrait inquiéter si elle devait acter la fin de la RMM, la fin de la clinique [35], avec la préemption du rôle du médecin tel qu'aujourd'hui. Cette crainte est infondée.

Nous parlons ici de la véritable IA (si contestable que soit le terme), c'est-à-dire un objet analogue à certaines composantes de l'intelligence humaine alors que la télémédecine n'est qu'un moyen d'effectuer à distance ce qui se fait ordinairement face à face (comme le robot chirurgical est un télémanipulateur doté de certains automatismes).

L'IA procède du traitement de données massives par des algorithmes dérivés de l'intelligence humaine. Sa puissance dépasse de façon incommensurable cette dernière quant à la capacité de mémoire et d'information. Mais elle n'en change pas la nature et n'en possède pas toutes les aptitudes. Tributaire de données recueillies et pré-interprétées par le médecin (sauf dans le cas du traitement de l'image qui peut lui conférer une supériorité en dermatologie, imagerie, ophtalmologie pour la détection de la rétinopathie diabétique), elle n'intègre pas des données informulables telles que l'instinct, le bon sens, l'expérience personnelle, l'émotion, l'empathie, et moins encore le doute nécessaire à toute médecine. Si elle peut indiscutablement concourir à la médecine personnalisée, par la prise en compte notamment du séquençage du génome, elle ne peut assurer à elle seule une prise en charge holistique du patient. En outre la relative autonomie que l'apprentissage en profondeur (*deep learning*) de la machine (lui-même produit d'algorithmes d'apprentissage conçus par l'Homme) peut conduire à des résultats inattendus, inexplicables et invérifiables. La concordance entre les conclusions de l'ordinateur et celles d'un groupe d'expert peut ne pas atteindre 100%. Le verdict de la machine ne s'impose pas : il exige la *garantie humaine*, et notons à ce sujet que le praticien reste seul juridiquement responsable de ses conclusions et de ses actes. À l'heure de l'IA et de ses algorithmes, la validation de ses résultats par le praticien, l'explication au patient des principes de leur production et des doutes qu'ils peuvent éventuellement inspirer représentent un temps essentiel de la RMM.

Pour le clinicien, l'IA représente donc une aide inestimable tant pour le diagnostic que pour la décision thérapeutique, mais elle ne supprime pas l'observation clinique, ni – ce qui nous intéresse ici – l'échange verbal et non verbal, les commentaires et explications, et les vertus du contact humain. Loin de réduire le rôle et le prestige du clinicien, elle en fait, en étayant ses décisions d'éléments hors de sa portée, un « clinicien augmenté ».

56- La relation partagée

Pour nombre de pathologies aiguës ou chroniques, le patient est confronté à un plus ou moins grand nombre d'interlocuteurs, dans le cadre d'un parcours de soins ou d'un séjour dans un

établissement de santé. La relation ne s'envisage plus alors avec un seul médecin, mais avec une équipe pluri-professionnelle et/ou pluridisciplinaire. Il est clair que pour la satisfaction et la tranquillité du malade, tout membre de l'équipe en contact direct avec lui est tenu, à sa place et pour ce qui est de sa compétence, d'observer les règles précitées de la bonne relation et notamment le respect, qui n'accepte aucune dérogation. Mais il arrive qu'en raison de manque de temps, d'ignorance du rôle des uns par les autres, de manque de concertation et de contradictions, de défaut de lisibilité des fonctions et, finalement, de défaut d'attention du service à la qualité de la relation, le patient se trouve désorienté, inquiet, inconsideré ou insatisfait.

La meilleure façon d'éviter ces écueils est qu'un des soignants de l'équipe soit nommément reconnu (ou désigné) pour veiller à la qualité de la relation et en assumer l'essentiel. Ce rôle pourrait être celui du médecin généraliste référent, responsable de l'orientation initiale, mais si l'appel à son avis doit toujours rester possible, sa disponibilité et la limite de sa compétence sur des questions très spéciales empêchent sa pleine intégration à l'équipe. Le plus propre à jouer ce rôle est donc le médecin auquel le patient destine naturellement sa confiance, à savoir celui qui, en son propre nom ou au nom d'un collègue, formule le diagnostic, propose le traitement, exécute le geste principal et assure le suivi, et cela pour toute la durée de la maladie. Il ne peut être méconnu que cette continuité d'un seul et même médecin dans la relation pose problème dans l'hôpital public, du fait des fonctions temporaires d'un grand nombre des praticiens. Au moins faut-il qu'en cas de changement nécessaire de référent, le service soit très attentif à faciliter la transition au patient.

Un remède aux difficultés réside en outre dans la présence d'infirmiers de pratique avancée (IPA) qui, comme c'est déjà le cas dans certaines disciplines (cancers, santé mentale, pathologies chroniques) aident les malades à comprendre les interventions des spécialistes et à y adhérer, et facilitent le lien nécessaire avec le médecin référent du malade. L'IPA serait de même le collaborateur le plus approprié dans les téléconsultations organisées pour partager et compléter, auprès du malade, les devoirs relationnels du médecin distant.

6- RMM et enseignement médical

La maîtrise d'une bonne RMM étant ainsi nécessaire à tout clinicien, quelle que soit sa spécialité, son enseignement s'impose dans la formation initiale, son développement et son perfectionnement étant du ressort des troisièmes cycles quand elle est particulièrement nécessaire, comme c'est le cas pour le médecin généraliste.

Le programme des connaissances du deuxième cycle des études médicales lui fait une juste place : l'objectif N° 1 s'y rapporte entièrement, les objectifs 295 sur la prise en charge d'un malade atteint de cancer, 297 sur la médecine intégrative, et 323 incluant l'effet placebo la concernent en partie.

En outre le premier cycle aura été auparavant l'occasion, dans le cadre des sciences humaines et sociales, de sensibiliser à la question de jeunes étudiants particulièrement portés à en recevoir le message.

Mais la RMM est, autant et plus qu'une affaire de connaissances, une affaire de comportement, de savoir faire et de savoir être. La formation par mise en condition est donc essentielle. C'est l'objectif principal du stage hospitalier et, plus récemment, du stage ambulatoire chez le médecin généraliste, mais depuis de nombreuses années, viennent en complément des procédures pédagogiques où, dans le seul but de formation et d'entraînement, l'étudiant est mis en présence d'un *patient-expert* ou d'un patient simulé. Le patient-expert est un malade stabilisé, connaissant parfaitement sa maladie et spécialement formé au rôle pédagogique qu'il doit tenir. Le patient simulé est un acteur, ou toute autre personne également formée (y compris un ancien malade), dans un centre de simulation.

Le recours à ces pratiques très élaborées est inégal suivant les universités, et sa cartographie n'est pas établie. Leur mise en place exige d'importants moyens en personnes et en locaux (nécessité de segmenter par groupes restreints, voire par discipline), et un fort investissement des enseignants. Les moyens de les promouvoir sans pour autant les exiger seraient à étudier, en particulier l'aide que pourraient apporter les pratiques numériques.

D'autres méthodes, à défaut ou en plus des précédentes, contribuent au développement du savoir faire et du savoir être : jeux de rôle, ECOS (examens cliniques objectifs et structurés), groupes inspirés de Balint (groupes de parole, de réflexion clinique, de formation à la relation thérapeutique ...).

Toutefois, en dépit de cette richesse de procédés, la mise en situation réelle lors des stages est le temps principal de la formation à la RMM. Le stage chez le médecin généraliste, bien qu'obligatoire, étant inégalement développé selon les territoires dans le deuxième cycle, le stage hospitalier reste donc la pièce maîtresse. Conçu comme un véritable compagnonnage, il appelle de la part du maître stage, en l'occurrence le PU, MCU ou CCA, conviction sur son rôle d'exemplarité et de nécessaire et disponibilité. Force est de reconnaître que l'activité de soin intensive à laquelle il est soumis ne lui permet pas toujours d'accorder le temps nécessaire à la formation de l'étudiant, ni à la relation envers le malade dont il devrait lui montrer l'exemple.

7- Conclusions

Les applications des technologies numériques et la multiplicité des intervenants dans la prise en charge des problèmes de santé ont des conséquences sur les relations du médecin et de son patient, et notamment sur les conditions d'exercice d'une médecine personnalisée, humaniste et éthique gage pour le malade de confiance, d'adhésion, de conviction, tous facteurs importants de succès.

Ces évolutions techniques et organisationnelles, avec leur complexité, sont irréversibles. Conçues pour l'amélioration des diagnostics et des traitements, elles ne cesseront de progresser dans la pratique clinique comme dans la demande de patients familiarisés avec un monde informatisé et une médecine pluridisciplinaire.

Mais aucune ne peut remplacer l'indispensable échange verbal, non verbal et physique entre le patient et son médecin, et certaines pourraient le mettre en péril.

Recommandations

Dans le contexte actuel des progrès technologiques, des types de communication et des contraintes administratives qui impactent la relation médecin-malade, l'Académie nationale de médecine émet les recommandations suivantes :

- 1- Privilégier en toutes circonstances, dans un esprit de dialogue, une relation empathique avec le malade, fondée sur l'écoute et la prise en compte de ses préoccupations et de ses plaintes
- 2- Commenter en consultation tout ce qu'on fait avec l'ordinateur et faire bénéficier autant que possible le patient de la vue de l'écran.
- 3- Considérer les recherches du patient sur l'internet comme une démarche légitime, et la faciliter au besoin en lui indiquant un site fiable suivant sa pathologie. Obtenir à cette fin de la part des instances professionnelles une labellisation des sites recommandables.

- 4- Partager avec le patient une compréhension des apports de l'intelligence artificielle pour des choix médicaux plus surs dans le cadre d'une relation centrée patient.
- 5- Faire en sorte que, hors situations d'exception ou d'urgence, la consultation présentielle soit préférée à la téléconsultation, réservée elle-même au suivi de certaines pathologies.
- 6- Organiser les services hospitaliers en sorte que la proposition, l'exécution et le suivi du traitement d'un patient soient assurés par le même praticien.
- 7- Favoriser le développement et la diffusion des méthodes d'apprentissage de la relation médecin-malade dans les facultés de médecine, en créant notamment un réseau national de responsables universitaires à l'image des collèges de spécialité.
- 8- Réaffirmer la mission d'enseignement des professionnels universitaires hospitaliers et ambulatoires et la valoriser pour la faire mieux respecter.
- 9- Développer les recherches en santé publique sur le coût et l'efficacité d'un parcours de soin en fonction de la qualité de la consultation initiale, dans diverses situations pathologiques.

Déclaration des liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Bibliographie

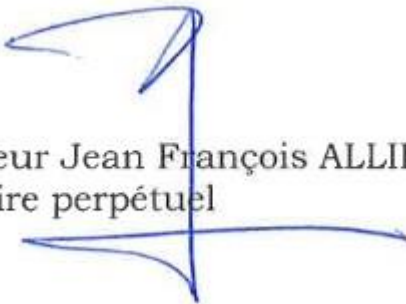
- 1- Marvel MK, Epstein RM, Flowers H *et al.* Soliciting the patient's agenda : have we improved ? JAMA 1999;281:283-7.
- 2- Langewitz W, Dentz M, Keller A *et al.* Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic : cohort study. BMJ 2002;325:682-3
- 3- Lemogne C. Empathie et médecine. Bull Acad Ntle Med 2015, 199, n°2-3, 241-252.
- 4- Decety J. Empathy in Medicine : What It Is, and How Much We Really Need It. J. Am J Med 2020
- 5- Loric A, Reinero DA, Phillips M *et al.* Culture and non verbal expressions of empathy in clinical settings : A systematic review. Patient Educ Couns 2017 Mar;100(3):411-424.
- 6- Shoued D, Beni C, Manquso N *et al.* Association of Emotional Intelligence With Malpractice Claims : A Review. JAMA Surg 2019 Mar 1;154(3):250-256.
- 7- Falissard B. Croire et soigner : réflexion autour d'une crise de la modernité en médecine. In Analysis 2019 ;3(3) :258-260.
- 8- Verghese a, Charlton B, Kassirer JP *et al.* Inadequacies of Physical Examination as a Cause of Medical Errors and Adverse Events : a Collection of Vignettes. Am J Med 2015 Dec;128(12):1322-4.
- 9- Kadakia KC, Hui D, Chisholm GB *et al.* Cancer's patients perceptions regarding value of the physical examination : a survey study. Cancer 2014 Jul 15;120(14):2215-21.
- 10- Costanzo C, Verghese A. The Physical Examination as Ritual : Social Sciences and Embodiment in the Context of the Physical Examination. Med Clin North Am 2018 May;102(2):425-431.
- 11- Kerr F, Wiechula R, Feo R *et al.* Neurophysiology of human touch and eye gaze in therapeutic relationships and healing : a scoping review. JBI Database System Rev Implement Rep 2019 Feb ;17(2) :209-247.

- 12- Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship : a synthesis of the qualitative literature on patients' perspective. *B J Gen Pract* 2009 Apr e116-e125
- 13- Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy* 2010 ;49(4) :317-326.
- 14- Chvetzoff R, Chvetzoff G, Baylot D, Laurent B. Médecine scientifique et relation de soin : de l'alliance thérapeutique à la thérapeutique de l'alliance. ...
- 15- Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H *et al.* Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy* 2008 Apr;28(4):437-43
- 16- Brown MT, Bussell J, Dutta S *et al.* Medication Adherence : Truth and Consequences. *Am J Med Sci* 2016;351(4):387-399.
- 17- Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA *et al.* Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2006 Sep25;166(17)1836-41
- 18- Reach G. Temporality in chronic diseases and adherence to long-term therapies : from philosophy to science and back. *Diabetes Metab* 2019;45:419-428.
- 19- Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM *et al.* Communication and medication refill adherence : the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med* 2013 Feb11;173(3):210-8
- 20- Nafradi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One* 2017 Oct 17;12(10):e0186458.
- 21- Réach G. La médecine, art de la complexité. *Bull Acad Nale Med* 2018,202,n°1-2,241-253.
- 22- Hojat M, Louis DZ, Markham FW *et al.* Physician's empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011 Mar; 86(3):359-64.
- 23- Autret A. Les effets placebo. Des relations entre croyances et médecines. L'Harmattan ed. 2013.
- 24- Kaptchuk T.J., Kelley J.M., Conboy L.A. *et al.* Components of placebo effect: randomized controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*, 2008, 336(7651), 999-1003.
- 25- Blasini M, Peiris N, Wright T, Colloca L. The Role of Patient-Practitioner Relationship in Placebo and Nocebo Phenomena. *Int Rev Neurobiol* 2018;139:211-231.
- 26- Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM *et al.* Placebos without deception : a randomized controlled trial in irritable bowel syndrome. *PLoS One* 2010 Dec 22;5(12):e15591.
- 27- Placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation combined with cognitive therapy in the treatment of tension headache. Blanchard E, Appelbaum K, Kenneth A *et al.* *Journal of consulting and clinical psychology* 1990 Apr;58(2):210-215.
- 28- Noseworthy J. The Future of Care – Preserving the Physician-Patient Relationship. *N Engl J Med* 2019 Dec 5;381:2265-9.
- 29- Irving G, Neves AL, Oishi A *et al.* International variations in primary care physician consultation time : a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017 Nov 8;7(10):e017902.
- 30- Elmore N, Burt J, Maratos FA *et al.* Investigating the relationship between consultation length and patient experience : a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2016 Dec;66(653):e896-e903.
- 31- Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M *et al.* Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication : A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2016 May;31(5):548-560.
- 32- Tan SS, Goonawardene N. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship : A systematic Review. *J Med Intern Res* 2017 Jan 19, 19(1): e9.
- 33- Mathieu-Fritz A. Les téléconsultations en santé mentale.
<https://www.cairn.info/revue-reseaux-2018-1-page-123.htm>

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