**Avertissement:** notes prises au vol… erreurs possibles… prudence!

HUG: Hôpital cantonal de Genève mardi 22 Octobre 2024

# *Ecouter pour mieux soigner*

Dr Matteo Coen, Médecine Interne Générale

L'article du jour est publié dans le Lancet en juin de cette année. Il s'agit d'une étude qui teste l'efficacité d'une intervention clinique pour des patients avec de multiples symptômes physiques persistants…

Ces symptômes sont aussi connus comme: médicalement inexpliqués, somatoformes, dissociatives, psychosomatiques…

Attention cependant au piège du dualisme, il faut voir ces symptômes comme une combinaison de causes physiques et psychologiques, et pas juste "dans la tête du patient".

Ces symptômes, que l'on retrouve dans la fibromyalgie et dans le syndrome du côlon irritable, n'ont pas de cause claire, et des mécanismes étiologiques complexes. Ils semblent souvent disproportionnés par rapport à la cause sous-jacente.

C'est pourtant fréquent, concerne jusqu'à 50% des consultations en médecine interne générale, et touche l'ensemble des spécialités.

Cela a un effet dévastateur sur la santé mentale et présente un risque de stigmatisation… les patients ont l'habitude qu'un suivi psychiatrique soit proposé, mais ce n'est pas la seule réponse possible!

L'étude du jour est donc pragmatique, multicentrique (Angleterre), à groupes parallèles, individuellement randomisée et contrôlée.

**Population**: adultes jusqu'à 69 ans, avec des symptômes physiques multiples et persistants (score PHQ-15 entre 10 et 20), avec antécédents de consultation spécialisée pour ces symptômes.

**Symptômes**
- ≥5: légers
- ≥10 modérés
- ≥15 sévères

PHQ-15 mesure la gravité globale des patient.es. Le questionnaire auto-administré sert au dépistage et au suivi de symptômes somatiques. Plus le score est élevé: ↓ fonction, ↑ arrêts de travail, ↑ recours aux soins.

**Intervention**:
- 4 consultations (présentiel/en ligne) avec un médecin généraliste formé à des compétences holistiques (//médecine psychosomatique et psychosociale), en gestion de la complexité et de l'incertitude, supervisé.es si envie.
- 1ère consult de 50 min puis 15-20min pour les autres, intervalle de 2 semaines.
- Cadre: patients extérieurs à leur pratique immédiate, lieu "différent".
- Objectifs: histoire clinique détaillée, s'assurer que l'expérience est entendue et validée, offrir des explications rationnelles, aider à développer des moyens de gestions des symptômes.
- Renvoi au MT si suspicion de pathologie sous-jacente non diagnostiquée.

Les consultations suivent une trame de discussion avec l'acronyme REAL: Recognition (50`), Explanation, Action, Learning (15-20`) →

| | |
|---|---|
| Recognition | Active listening |
| | Picking up on cues |
| | Impact |
| | What it feels like |
| | Patient concerns |
| | Validating patient |
| Explanation | Transition to explanation |
| | Type / content |
| | Delivery / negotiation |
| | Linkage to explanation |
| Action | Action type / content |
| | Teaching |
| | Deployment / activation |
| Learning | Ask about learning |
| | Consolidating |
| | Wrapping up |

**Contrôle:** Soins habituels donnés par leur médecin traitant

**Issues:**

- Issue primaire (à 52 semaines): PHQ-15 auto-rapporté
- Issues secondaires: qualité de vie, symptômes dépressifs, capacité à participer à des activités sociales, conviction quant à l'efficacité du traitement, utilisation des soins de santé, mesure de la culture de santé, charge psychologique des symptômes, événements indésirables

Méthode

De 2018 à 2021, 108 cabinets généralistes dans 4 régions d'Angleterre pré-sélectionnent 8000 patients. 354 sont finalement randomisés en 1:1, entre soins standards par le médecin traitant et intervention + soins standards à volonté.

Caractéristiques de la population

Une majorité de femmes (82%), principalement caucasiennes (93%), avec un score PHQ-15 moyen de 15 points.

Résultats

A 52 semaines, le PHQ-15 est à 14.1 points dans le groupe soins standards, contre 12.2 dans le groupe intervention. C'est une différence très significative statistiquement (-1.82 pts).

Seulement, un article sur le sujet montre que pour qu'une différence de la PHQ-15 soit cliniquement significative, elle doit être d'au moins -2.3 points!

Cependant, l'intervalle de confiance inclut le -2.3 pts (CI -2.67, -0.97), il est donc possible que cela fasse une différence pour les patients.
Le nombre global de consultations est le même entre les deux groupes.

Les issues secondaires ne montrent pas de différences avant 52 semaines (13, 24 sem…), mais à la fin de l'étude, des différences s'observent en termes de qualité de vie, d'évolution de la santé, de participation à la vie sociale et de santé mentale.

Les autres issues ne sont pas statistiquement significatives, mais suivent la même tendance en faveur de l'intervention.

Il n'y a pas de différence pour les événements indésirables.
Plus d'événements graves ont eu lieu dans le groupe intervention, mais il s'agit d'événements non liés: cholécystite, adénome hypophysaire…

Forces

- Échantillon de grande taille
- Méthode robuste
- Absence d'effets indésirables

Faiblesses

- Groupe contrôle n'avait pas forcément une écoute non-empathique…
- Pas d'aveugle
- Intérêt des médecins traitant pour la méthode et adoption de celle-ci?
  → seuls 5 médecins généralistes ont fait l'intervention, pour >300 patients…
- Acceptabilité des patients?
- Rapport coût-efficacité?

Conclusions des auteurs

Chez les patient.es avec des symptômes physiques persistants, une intervention axée sur la reconnaissance, la validation et l'explication de l'expérience entraîne une amélioration durable (et sans effets indésirables).

Commentaires de l'orateur

L'écoute semble facile et pourtant elle n'est pas si évidente, comme le montre sa recherche de littérature:

- lorsqu'ils ont l'occasion de raconter leur histoire, les patients sont souvent et rapidement interrompus
- Les interruptions des médecins au cours des visites médicales se produisent en moyenne au bout de 11-18 secondes (source)
- Ces interruptions sont des actions négatives qui inhibent la présentation des symptômes et la participation des patients.

Les programmes de communication destinés aux médecins se focalisent principalement sur ce qu'il faut dire, et moins sur l'écoute…différentes stratégies d'écoute nous sont proposées:

- Sensibilisation à l'approche biopsychosociale, holistique, intégrative
- Mindfulness, compassion-based strategies → cultiver un "esprit débutant"
- Médecine narrative
- Hypnose, communication thérapeutique (importance du non-verbal)

" D'une certaine manière, la souffrance cesse d'être une souffrance au moment où elle trouve un sens [...]" Viktor E. Frankl (Man's search for meaning).

Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch