« Docteur, écoutez-moi, j'ai des choses à vous dire »

par Claire Dubé
et Marie-Ange Pongis-Khandjian

- **Des femmes en période ménopausique viennent vous consulter. Au-delà des directives médicales, des prescriptions pharmacologiques, qu'attendent-elles de leur médecin ?**
- **Parfois, les femmes quittent le cabinet du médecin avec un sentiment d'insatisfaction. Pourquoi ?**
- **Quels gestes simples, au cours de la consultation, peuvent aider le médecin dans ses échanges avec sa patiente ?**

LORSQUE L'ÉQUILIBRE de notre santé est menacé, lorsque nous nous sentons atteints dans notre chair, inquiets et fragiles, « c'est d'un ami plus que d'un médecin qu'il nous faut », va jusqu'à dire le Dr Robert Feuiltault[1]. Sans partager ce point de vue extrême, nous pensons néanmoins que, au cours d'une consultation médicale, tout être humain en situation de déséquilibre physique et (ou) psychique s'attend à ce que la personne qui le soigne soit autre chose qu'un supertechnicien.

Pendant presque deux décennies, nos activités professionnelles nous ont donné l'occasion de rencontrer, tant en groupe qu'individuellement, beaucoup de femmes de 40 à 60 ans traversant la période ménopausique. Le contexte des rencontres de groupe et la complicité qui se développe entre les participantes sont propices à la communication. Les femmes nous ont fait part de leurs attentes, de leurs interrogations, de leurs insatisfactions et de leurs souhaits quant à la relation qu'elles ont ou aimeraient avoir avec leur médecin traitant (que ce soit un homme ou une femme). Cet article vise à vous faire part de ces confidences et servira, nous l'espérons, de courroie de transmission entre vous et vos patientes.

Reproches à l'endroit de certains médecins

Trois histoires cliniques illustreront les éléments de la rencontre clinique que les femmes qui consultent pour des raisons liées à leur transition ménopausique reprochent le plus fréquemment à des médecins.

Tableau I

Reproches les plus fréquents des femmes ménopausées à l'endroit des médecins

- Attendre, à demi nue, est inconfortable et humiliant.
- Au moment de la consultation, je me sens « bousculée » par la hâte du médecin et n'arrive pas à poser les questions que je voudrais poser.
- Le médecin n'écoute pas ce que j'ai à lui dire.
- Si je ne veux pas prendre les hormones qu'il me conseille, il s'impatiente.
- Si je pose des questions sur d'autres possibilités que les médicaments, on dirait que ça l'agace.

Cas n° 1

Mme Jeannette Éclairée, 54 ans, consulte pour des bouffées de chaleur. Après un échange rapide, le médecin lui prescrit une hormonothérapie substitutive (HTS). Elle n'est pas convaincue, se sentant plus à l'aise avec des pratiques alternatives non médicamenteuses (par exemple une alimentation riche en phytoestrogènes). Le médecin lui répond : « C'est d'accord, mais ne revenez pas dans deux ans avec

L'examen gynécologique est en soi une situation d'intimité extrême où les partenaires sont, faut-il le rappeler, en relation d'inégalité tout aussi extrême. Fournir un drap à la patiente pour qu'elle puisse se couvrir, prendre quelques minutes pour établir un échange, s'informer du but de la consultation et écouter sont des marques de respect face à l'intimité mise à nu de l'autre.

Repère

Mme Claire Dubé, infirmière, est coordonnatrice du Service d'information en sexualité et contraception de Québec. Mme Marie-Ange Pongis-Khandjian, psychologue et psychothérapeute, exerce au Centre Ménopause Québec et à l'Institut de psychothérapie du Québec. Elles sont également corédactrices du bulletin Une Véritable Amie.

Tableau II

Attentes des femmes ménopausées envers leur médecin

- Que le médecin prenne le temps de les écouter.
- Qu'il les considère comme une personne entière, et pas seulement un organe défectueux ou un symptôme gênant.
- Qu'il fasse preuve de délicatesse à leur égard, aussi bien dans les gestes que dans les mots.
- Qu'il prenne le temps de leur expliquer clairement et simplement le plan de traitement, les résultats escomptés, les avantages et les inconvénients du traitement.
- Qu'il tienne compte de leurs hésitations et de leurs valeurs.

une fracture de la hanche, je ne pourrai pas vous soigner. »

M^me^ Éclairée repart insatisfaite. Elle ne s'est sentie ni écoutée ni respectée dans ses choix, et a perçu ce que le médecin lui disait comme une menace. Il aurait été intéressant, pour les deux interlocuteurs, de vérifier pourquoi la patiente a des réticences envers l'HTS, de l'interroger sur ses inquiétudes et ses appréhensions. Un médecin « conseiller », prêt à annoncer clairement sa propre philosophie de soins, à discuter des autres possibilités, à répondre aux questions qui lui sont posées permet à la femme d'avoir un certain contrôle, de se responsabiliser face à sa santé et d'assumer ses choix sans se sentir culpabilisée ou abandonnée.

Cas n° 2

M^me^ Armande Radieuse, 40 ans, consulte parce que son cycle menstruel s'est modifié et qu'elle souffre d'importantes migraines lorsqu'il se termine. Au cabinet médical, on lui demande de se déshabiller et d'attendre le médecin, en position gynécologique. La consultation précédente étant plus longue que prévu, son attente se prolonge. Lorsque le médecin arrive, bousculé par le temps, il commence d'emblée l'examen gynécologique, sans aucun commentaire sur l'inconfort qu'elle a pu ressentir, et il la questionne sur ses cycles menstruels et sa sexualité. Pendant que la patiente se rhabille, il lui dit à travers la porte que tout va bien et qu'il la reverra l'année prochaine pour son examen annuel et son test « Pap ». Commentaire de M^me^ Radieuse : « Comment parler de mes migraines alors que tout ce que j'ai vu de mon médecin est la couleur de ses cheveux ? »

Plusieurs femmes évoquent ce type d'expérience, dont elles ressortent insatisfaites et déçues. Elles souhaiteraient que leur médecin soit attentif à leur bien-être global, et pas seulement à leurs symptômes. L'examen gynécologique est en soi une situation d'intimité extrême où les partenaires sont, faut-il le rappeler, en relation d'inégalité tout aussi extrême : l'un debout, habillé, en position de savoir et de pouvoir, l'autre étendue, à demi nue, jambes écartées, mal à l'aise et en position d'impuissance. Lui fournir un drap pour se couvrir, prendre quelques minutes pour établir un échange, s'informer du but de la consultation et écouter sont des marques de respect face à l'intimité mise à nu de l'autre.

Cas n° 3

M^me^ Marie Confiante, 42 ans, va au cabinet du médecin pour avoir les résultats d'un prélèvement utérin fait antérieurement. Ce dernier lui annonce : « C'est une tumeur cancéreuse, il vaut mieux tout enlever. De toute façon, à votre âge, votre utérus ne vous est plus très utile. » Ébranlée par la mauvaise nouvelle et heurtée par la maladresse avec laquelle elle est formulée, M^me^ Confiante se demande : « S'il devait recevoir lui-même un tel diagnostic, comment aurait-il souhaité qu'on le lui annonce ? »

En fait, ce dernier extrait nous ramène à l'affirmation du D^r^ Feuiltault citée précédemment, et la boucle est bouclée. Lorsqu'un médecin est à son tour atteint dans sa santé, il passe de l'autre côté du miroir, les rôles sont inversés, et il vit de l'intérieur les attentes, les angoisses, la détresse de tout être malade. Empathie, respect et compassion sont les qualités humaines du soignant qui apportent le plus de soutien aux patientes. La perte d'une partie de son corps, même si elle n'est pas visible et n'est plus « fonctionnelle », est vécue comme une atteinte à l'intégrité et un deuil, quel que soit l'âge. Dire à une

Les femmes veulent collaborer de façon autonome avec leur médecin, être considérées comme des partenaires dans leur traitement et jouer un rôle aussi actif que possible dans les décisions concernant leur santé. Elles pensent que les qualités humaines du médecin sont aussi importantes, sinon plus, que ses compétences professionnelles.

Repère

femme : « J'ai de mauvaises nouvelles à vous annoncer et je ne sais pas comment le faire » met d'emblée l'accent sur la relation d'aide et encourage les deux interlocuteurs à exprimer en mots ce qui est difficile pour chacun d'eux. Le *tableau I* résume les reproches les plus fréquemment formulés par les femmes.

Attentes des femmes envers leur médecin

Les femmes, dans un mouvement global de conscientisation, adhèrent de moins en moins passivement aux directives médicales. Elles sont de plus en plus informées (parfois de façon incomplète, erronée ou contradictoire) par les différents médias, suivent des séances de formation personnelle et naviguent dans Internet. Elles veulent collaborer de façon autonome avec leur médecin, être considérées comme des partenaires dans leur traitement et jouer un rôle aussi actif que possible dans les décisions concernant leur santé. Elles pensent que les qualités humaines du médecin sont aussi importantes, sinon plus, que ses compétences professionnelles[2-5].

Un sondage effectué en 1996 par Claire Dubé auprès de femmes rencontrées en groupe et à des stands d'information a mis en évidence les attentes présentées au *tableau II*.

Pistes de solution

Une meilleure utilisation des différentes ressources pouvant aider les femmes à traverser cette étape de leur vie qu'est la ménopause pourrait permettre au tandem médecin-patiente de mieux utiliser le temps restreint de la consultation. Plusieurs groupes communautaires axés sur les problèmes féminins offrent des services d'information (ateliers, conférences, etc.), d'écoute et d'entraide, et permettent aux femmes de se documenter et de se situer.

Le bulletin *Une véritable amie** propose aux femmes périménopausées arrivées au mitan de leur vie une information aussi complète et aussi objective que possible, à la fine pointe de l'actualité, sur les différents choix qui s'offrent à elles. Des thèmes tels que l'hormonothérapie substitutive, les phytoestrogènes et les vitamines peuvent susciter une réflexion critique.

* Périodique mensuel traitant exclusivement de sujets concernant la période ménopausique. On peut se le procurer à l'adresse suivante : *Une Véritable Amie*, Comptoir postal Saint-Fidèle, 1000, 3e avenue, C.P. 52072, Québec (Québec) G1L 5B2.

Les outils d'aide à la décision permettent aux femmes de faire par elles-mêmes un travail d'investigation sur leurs valeurs personnelles et leurs attentes, d'évaluer les risques et les bénéfices de l'HTS de façon à pouvoir par la suite en discuter avec leur médecin et décider plus facilement si elles l'adopteront ou pas.

Bien que le facteur temps soit important et qu'il faille le considérer avec réalisme, le soignant ne peut s'éterniser à chaque consultation, mais il pourrait faire en sorte que la relation avec la soignée s'établisse rapidement sur des bases de réciprocité et de respect. Le *tableau III* propose aux médecins des gestes simples qui n'allongent pratiquement pas la durée d'une consultation mais font toute la différence entre une approche centrée sur

Tableau III

Interventions que le médecin devrait adopter lors de la consultation d'une patiente ménopausée

- Au début de la consultation, prendre quelques minutes pour serrer la main de la patiente, se présenter, dire quelques mots d'accueil, s'informer du motif de la consultation personnalisent l'échange.
- Écouter ce qu'elle a à dire avant de consulter le dossier.
- Lui fournir un drap pour se couvrir.
- Se réchauffer les mains avant de l'examiner.
- Connaître les différentes ressources pouvant aider les femmes en ménopause (groupes communautaires, bulletin *Une véritable amie,* outil d'aide à la décision).
- À la fin de la consultation, lui demander si elle souhaiterait plus d'informations ou si elle a d'autres questions à poser.

Serrer la main d'une patiente, se présenter, lui demander ce qui l'amène, l'écouter avant de consulter son dossier, se réchauffer les mains avant de procéder à l'examen sont autant de petits gestes qui n'allongent pratiquement pas la durée d'une consultation mais font toute la différence entre une approche centrée sur la patiente et une approche centrée sur le problème.

Repère

GlaxoWellcome

FMOQ – Formation continue
Maladies infectieuses/sida

6 et 7 avril 2000, Hôtel Sheraton Laval, Laval

Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Summary

"Doctor, listen, I have something to tell you." Support groups for menopausal women are a place of confidence and sharing of expectations towards care givers. Two women mainly involved in community-based activities for menopausal women report on what these women have expressed as sources of disappointment or appreciation. Solutions are presented to improve doctor-patient relationships in a context of perimenopausal consultations.

Key words: women's health, doctor-patient relationship, menopause.

la patiente et une approche centrée sur le problème[6].

NOUS AVONS TENTÉ de faire ressortir au moyen de ce témoignage le constat suivant : bien que, dans l'ensemble, les femmes soient satisfaites des soins de santé qu'elles reçoivent, elles se disent insatisfaites surtout des aspects touchant la communication et la relation avec leur médecin.

Une bonne relation soignant-soigné est au cœur des attentes des patientes. Au-delà d'un savoir ou même d'un savoir-faire de convenance, elles attendent de leur médecin un savoir-être qui leur permet de ressentir l'empathie du soignant face à un partenaire humain souffrant et inquiet. « Quand un patient dit *J'ai mal*, un médecin doit aussi entendre *J'ai peur* », dit la D[re] Renée Pelletier[7]. Nous voudrions formuler un souhait : avant même que la femme ne dise : « Docteur, écoutez-moi, j'ai des choses à vous dire », que ce soit le médecin qui, par son « Qu'est-ce qui vous amène ? » amorce le dialogue en offrant une écoute active de qualité. □

Date de réception : 4 août 1999.
Date d'acceptation : 26 octobre 1999.

Mots clés : santé des femmes, relation médecin-patiente, ménopause.

Bibliographie

1. Feuiltault R. Lettre ouverte à mes confrères médecins. *Le Collège* janvier 1999 ; XXX-VIII (4).
2. Bryan L. Your personal health plan. *The Medical Post* 11 mai 1999 : 14-5.
3. Coulter A, et al. Paternalism or partnership. Patients have grown up and there's no going back. *Br Med J* 1999 ; 319 : 719-20.
4. O'Connor A, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999 ; 319 : 731-6.
5. Légaré F, et al. Understanding the intention to adopt hormone replacement therapy among premenopausal women. *Maturitas* (sous presse).
6. Lachowsky M. La relation médecin-malade en gynécologie. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1998 ; 20 (9) : 878-83
7. Pelletier R. Patiente et médecin. *L'Actualité médicale* 2 juin 1999.

Rectificatif

Dans l'article du numéro de février 2000 intitulé **L'interprétation du résultat des tests de laboratoire**, une erreur s'est glissée dans les figures 1 et 2 (p. 50).

Figure 1. La dernière ligne devrait se lire :

$$\text{Spécificité} = d \div (d + b) \times 100 \text{ ou } \frac{VN}{VN + \mathbf{FP}\ (\textit{et non FN})} \times 100$$

Figure 2. Calcul des valeurs prédictives positives et négatives

$$VPP = \frac{VP}{VP + \mathbf{FP}\ (\textit{et non FN})} \times 100$$

$$VPN = \frac{\mathbf{VN}\ (\textit{et non VP})}{\mathbf{VN}\ (\textit{et non VP}) + FN} \times 100$$