

This item is the archived peer-reviewed author-version of:

Quality of health worker-patient communication: What are the benefits of integrating mental health into front-line services in Guinea?

Reference:

Sow A., Smekens T., De Man Jeroen, De Spigelaere M., Vanlerberghe V., Van Van Dormael M., Criel B..- Quality of health worker-patient communication: What are the benefits of integrating mental health into front-line services in Guinea?
Revue d'épidémiologie et de santé publique - ISSN 1773-0627 - 69:5(2021), p. 287-295
Full text (Publisher's DOI): <https://doi.org/10.1016/J.RESPE.2021.06.001>
To cite this reference: <https://hdl.handle.net/10067/1825080151162165141>

1
2
3
4
5
6
7 **Qualité de la communication soignant-patient: quels apports de l'intégration de la santé**
8 **mentale dans des services de première ligne en Guinée ?**
9

10
11 Quality of health worker-patient communication: what are the benefits of integrating mental
12 health into front-line services in Guinea?
13
14

15
16

17
18 A Sow ^{1,2} T Smekens³ J De Man⁴ M De Spigelaere¹ V Vanlerberghe³ Van Dormael³ & B Criel³

19
20 ¹ Ecole de santé publique-Université Libre de Bruxelles-Route de Lennik 808 CP 594- B-1070, Bruxelles-
21 Belgique

22
23 ² Faculté des Sciences et Techniques de la Santé-Chaire de santé publique-Université Gamal Abdel Nasser,
24 Commune de Dixinn-1017 Conakry-Guinée

25
26 ³ Institut de Médecine Tropicale-Nationalestraat155, 2000 Antwerpen-Belgique

27
28 ⁴ Centre for General Practice, Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp,
29 Antwerp, Belgium, Doornstraat 331, 2610 Wilrijk

30
31
32
33 Auteur Responsable/Reception des tirés à part: Abdoulaye Sow 030 BP 34, Conakry/Guinée.

34
35 Tél: 00224 628707894 Email: drsowab@msn.com

36
37 Titre courant: Santé mentale et communication soignant-soigné

38
39 Titre court: Mental health and health worker-patient communication

40
41 Lectures potentiels

42
43 Michel Roland: michel.roland@ulb.ac.be

44
45 Pierre Blaise : pierre.blaise@ars.sante.fr

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Abstract

Background

Patient-centred care involves communication based on empathy, active listening and dialogue. Our study examines the effects of integrating mental health in multi-purpose health centres on health workers' communication with patients who consult for problems unrelated to mental health. The objective is to compare the quality of this communication in health centres where staff have received specific training in the management of mental disorders (SM+) compared to those without such training (SM-).

Methods

The study was conducted among 18 health workers in charge of primary curative consultations in 12 non-governmental health centers in Guinea: 7 health workers in 4 SM+ health centers and 11 health workers in 8 SM- health centres. The study is based on mixed methods: observation, semi-structured and group interviews. It uses the Global Consultation Rating Scale (GCRS) to assess patient-centered communication.

Results

GCRS scores obtained by SM+s during observations are generally higher than SM- scores. The odds of having a "good quality" consultation are almost 3 times higher in SM+ than in SM- for some steps in the consultation process. The discourse of SM+ is more patient-centered, and differs from the more biomedical discourse of SM-. SM- health workers consider that the different stages of a patient-centred consultation are not all applicable and say to "skip steps". SM+ health workers however consider that all stages are important and that the integration of mental health has improved their communication through the training they have received and the practice of caring for people with mental disorders.

Conclusion

1
2
3
4
5
6
7 The integration of mental health into primary care provision presents itself as an opportunity to
8 improve the quality of care in its "patient-centred care" dimension. However, the development of
9 patient-centred care presupposes favorable structural conditions.
10

11
12 **Keywords:** Health workers. Patients. Health Centres. Patient-centred care. Communication. Mental
13 health.
14
15

16 17 18 **Résumé**

19 **Position du problème**

20 Les soins centrés sur le patient supposent une communication basée sur l'empathie, l'écoute active
21 et le dialogue. Notre étude examine les effets de l'intégration de la santé mentale dans des centres
22 de santé polyvalents sur la communication des soignants avec des patients tout-venants. L'objectif
23 est de comparer la qualité de cette communication dans les centres de santé où le personnel a reçu
24 une formation spécifique pour la prise en charge des troubles mentaux (SM+) par rapport à ceux
25 sans cette formation (SM-)
26
27

28 **Méthodes**

29 L'étude est réalisée auprès de 18 soignants chargés des consultations primaires curatives de 12
30 centres de santé associatifs en Guinée : 4 centres de santé SM+ avec 7 soignants et 8 SM- avec 11
31 soignants.
32

33 L'étude utilise le *Global Consultation Rating Scale* (GCRS) pour apprécier la communication centrée
34 sur le patient. Elle repose sur des méthodes mixtes : observation, entretiens semi-structurés et de
35 groupe.
36
37

38 **Résultats**

39 Les scores de GCRS obtenus par les soignants SM+ lors des observations sont généralement
40 supérieurs aux scores des soignants SM-. La cote d'avoir une consultation de « bonne qualité » est
41 presque 3 fois plus grande dans les structures SM+ que dans les SM- pour certaines étapes de la
42 consultation.
43
44

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Le discours des soignants SM+ est plus centré sur le patient, et se distingue du discours plus biomédical des SM-. Les soignants SM- considèrent que les différentes étapes d'une consultation centrée sur le patient ne sont pas toutes applicables et disent « sauter des étapes », les SM+ estiment que toutes les étapes sont importantes et que l'intégration de la santé mentale a amélioré leur communication grâce à la formation reçue et la pratique de soins pour les personnes ayant des troubles mentaux.

Conclusion

L'intégration de la santé mentale dans l'offre de soins de première ligne se présente comme une opportunité pour améliorer la qualité de soins dans sa dimension « soins centrés sur le patient ». Le développement de soins centrés sur le patient suppose cependant des conditions structurelles favorables.

Mots clés : Soignants. Patients. Centres de santé. Soins centrés sur le patient. Communication. Santé mentale.

1
2
3
4
5
6
7 **Introduction**
8

9 Les soins centrés sur le patient constituent une dimension essentielle de la qualité des soins [1] et
10 impliquent une interaction soignant-soigné dans laquelle le patient est au centre des soins, où son
11 expérience unique, ses souhaits et ses priorités sont pris en compte au même titre que les
12 informations strictement médicales, et où il participe aux décisions le concernant [2,3]. Mead &
13 Bower définissent les soins centrés sur le patient à partir de 5 dimensions: une perspective
14 biopsychosociale, le «patient comme personne», le partage du pouvoir et de responsabilité,
15 l'alliance thérapeutique, et le «soignant comme personne» [4]
16

17 La qualité de la communication dans l'interaction soignant-soigné en est une dimension essentielle.
18 Elle favorise des entrevues plus constructives, et améliore l'expérience des patients et des
19 professionnels mais également les résultats thérapeutiques [5-6].
20

21 Selon une étude menée au Royaume-Uni, la majorité des patients attendent de leur médecin
22 généraliste qu'il se montre aimable, écoute et comprenne leurs préoccupations, qu'il les considère
23 comme partenaires et leur prodigue des conseils adaptés à leur contexte de vie – trois
24 dimensions de la communication caractéristiques des soins centrés sur le patient [7]. En Afrique,
25 les interactions entre patients et soignants ont été décrites comme brèves et instrumentalisées,
26 laissant peu de place au dialogue [8].
27

28 Notre étude examine les effets de l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé
29 polyvalents en Guinée sur la qualité de la communication au cours de la consultation curative.
30

31 Contrairement aux pays du nord, les soins de santé mentale sont peu développés en Afrique sub-
32 saharienne, malgré une morbidité importante [9]. C'est le cas en Guinée où l'offre en soins
33 modernes de santé mentale est très limitée [10], mais des expériences pionnières sont menées
34 dans des centres de santé du secteur associatif, en particulier par Fraternité Médicale Guinée
35 (FMG) [11].
36

37 FMG, offre des soins de première ligne aux communautés, tout en portant une attention
38 particulière aux populations marginalisées. L'intégration de la santé mentale dans ces centres de
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53

1
2
3
4
5
6
7 santé a été possible grâce à l'accompagnement théorique et pratique des soignants par des
8 spécialistes sensibilisés aux soins de santé primaires [12,13].

9
10 Une étude exploratoire par entretiens a été menée en 2018 auprès de ces soignants pour apprécier
11 leurs changements d'attitude suite à cette intégration. Ils disaient avoir surmonté leur peur des
12 malades mentaux et développé des attitudes positives envers eux, et certains déclaraient avoir
13 découvert et adopté une approche centrée sur les patients, applicable selon eux également dans
14 des consultations avec des patients tout-venants [12]. Les facteurs favorables à l'adoption de cette
15 approche centrée sur le patient relevaient des modalités de la formation (formation in situ basée
16 sur des consultations conjointes, proposant un modèle de rôle et offrant des mécanismes de
17 soutien aux soignants) et d'un contexte organisationnel non-bureaucratique [12].

18
19 La présente étude vise à évaluer si la communication soignant-patient est meilleure dans les centres
20 de santé qui ont intégré les soins aux personnes ayant des troubles mentaux (SM+) que dans les
21 centres qui ne les offrent pas (SM-). Elle se base sur l'hypothèse que les compétences en
22 communication acquises par des soignants dans le cadre de consultations en santé mentale
23 rejaillissent sur leur façon de mener des consultations curatives générales et donc que les soignants
24 des centres de santé ayant intégré la santé mentale mettent en œuvre des compétences en
25 communication plus favorables à une approche centrée sur le patient quel que soit les problèmes
26 de santé abordés durant la consultation curative polyvalente.
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

41 **Matériels et Méthodes**

42 **Design de l'étude et collecte des données**

43 L'étude a été menée dans 12 centres de santé du secteur associatif : 4 centres qui offrent des soins
44 en santé mentale (SM+) et 8 qui ne les offrent pas (SM-). 7 sont basés à Conakry et 5 à l'intérieur
45 du pays. Tous sont intégrés dans les districts sanitaires de leurs localités, ont des modes de
46 fonctionnement et de financement comparables et sont en majorité dirigés par des médecins.
47
48
49
50
51

1
2
3
4
5
6
7 Les 12 centres de santé ont été choisis sur la base de leur statut associatif. Les centres de santé
8 publics qui constituent l'essentiel de la première ligne en Guinée (sur les 450 centres de santé/410
9 sont publics) n'ont pas été retenus. Les 12 centres de santé appliquent le paiement à l'acte, avec
10 une équipe composée de médecins et infirmiers qui ne sont pas des salariés de la fonction publique
11 (comme c'est le cas dans les centres de santé publics). Pour les SM+, nous avons fait un choix
12 exhaustif. En Guinée, seuls 4 centres de santé associatifs et un centre public offre les soins en santé
13 mentale au niveau de la première ligne. Les SM- ont été sélectionnés sur la base de leur
14 fréquentation et l'accord de leur responsable de participer à l'étude.

15
16
17
18
19 Tous les soignants chargés des consultations primaires curatives dans ces centres ont été inclus,
20
21 soit 18 soignants (avec un âge moyen de 41 ans aussi bien pour les SM+ que les SM-), dont 7 dans
22 des centres SM+ (5 médecins, un infirmier et un travailleur social) et 11 dans des centres SM- (9
23 médecins et 2 infirmiers).

24
25
26 Pour chaque soignant, nous avons observé 25 consultations, soit au total 450 consultations dont
27
28 175 dans des centres SM+ et 275 dans des centres SM-. Dans les centres de santé les plus
29
30 fréquentés, une consultation sur trois a été retenue dans l'ordre d'arrivée des patients, dans les
31
32 centres moins fréquentés toutes les consultations ont été observées jusqu'à atteindre 25 par
33
34 soignant [13].

35 Les caractéristiques sociodémographiques des patients, qu'ils soient connus ou non par les
36 soignants, ni leur motifs de consultation n'ont été pris en compte dans le volet de cette étude. Par
37 ailleurs, dans un autre volet [13] de la même étude, ces informations ont été analysées.

38
39
40 Il s'agit d'une étude par méthodes mixtes [14] dans laquelle s'enchaînent de manière séquentielle
41
42 trois moments de collecte de données :

- 43
44 (a) Observation par un observateur externe de 25 consultations primaires curatives pour chaque
45
46 soignant et attribution de scores à la qualité de la communication soignant-soigné sur base de
47
48 l'outil *Global Consultation Rating Scale* (GCRS) [15], adapté au contexte guinéen. Les soignants
49 ont été informés qu'il s'agissait d'une étude qui apprécie la qualité de soins, particulièrement
50 la qualité de l'interaction consultant-patient.

1
2
3
4
5
6
7 (b) Entretiens qualitatifs semi-structurés avec les 18 soignants observés portant sur leur
8 perception des soins centrés sur le patient et la discussion de l'outil GCRS adapté
9 (compréhension, appréciation et faisabilité). Le guide d'entretien a été préalablement testé
10 dans deux centres de santé ne participant pas à l'étude. Tous les entretiens, ont été enregistrés
11 et transcrits mot à mot. La durée des entretiens variait de 30 à 80 minutes
12
13
14

15
16 (c) Entretiens individuels et de groupes pour discuter les résultats obtenus par les observations
17
18 (a). D'une part deux ateliers de restitution ont été organisés avec les participants à l'étude et
19 l'équipe de chercheurs. D'autre part des entretiens individuels et de groupe ont été menés
20 avec les 7 soignants SM+ participant à l'étude et des témoins privilégiés de l'intégration de la
21 santé mentale dans les centres de santé.
22
23
24

25
26 Les observations (a) et entretiens (b) ont été menés par un même médecin de santé publique, de
27 manière à écarter tout risque de variabilité inter-observateur. Avant que la consultation ne
28 commence, le soignant expliquait au patient la présence de l'enquêteur et demandait son accord.
29 Les participants à l'étude n'ont été informés qu'il s'agissait d'une étude qui comparait SM+ et SM-
30 qu'au moment de la restitution des résultats.
31
32

33
34 La collecte des données s'est étalée d'août à octobre 2018. L'observateur n'était pas au courant
35 du fait que l'étude comparait la qualité des soins dans deux catégories de centres de santé (SM+ et
36 SM-).
37
38

39 La grille GCRS [15] est un outil destiné à apprécier la qualité de l'interaction entre le patient et le
40 soignant tout au long de la consultation médicale. Elle est basée sur le guide Calgary-Cambridge
41 largement utilisé en Europe et Amérique du Nord pour former les soignants à la communication
42 [2,15-16]. Celui-ci conçoit la communication dans une approche délibérément centrée sur le
43 patient, et l'intègre dans une démarche clinique globale, plutôt que de juxtaposer l'enseignement
44 d'habiletés spécifiques en communication à une démarche biomédicale inchangée [2]. Elle se
45 structure autour de la communication aux différentes étapes de la consultation (engager la séance,
46 recueillir l'information, procéder à l'examen physique, expliquer et planifier, clôturer la séance), et
47
48
49
50
51
52
53

1
2
3
4
5
6
7 y ajoute deux compétences communicationnelles qui traversent la consultation dans son
8 ensemble : établir et maintenir la relation d'une part, structurer le déroulement de la consultation
9 d'autre part.

10
11
12 Tout en gardant sa structure, cette grille a été adaptée au contexte guinéen par une équipe
13 composée de médecins, sociologues et d'agents de santé communautaires, afin de prendre en
14 compte les réalités guinéennes et faciliter sa compréhension. La communication non verbale a été
15 ajoutée dans le maintien de la relation.

16
17
18 La grille adaptée comporte 11 domaines de compétences (tableau 1). Pour chacun d'eux, la grille
19 suggère des indices de « bonne communication » facilitant la notation. L'observateur attribue un
20 score pour chacun des 11 domaines de compétences : 0= Médiocre ou absent, 1= Adéquat, 2= Bien
21 et 3= NA (Non applicable).

22
23
24 La grille adaptée a été pré-testée sur 25 consultations et la version modifiée sur base de ce pré-test
25 sur 15 autres consultations dans des centres ne participant pas à l'étude.

26 27 **Place du Tableau 1**

28 29 **Analyses des données**

30 31 **(a) Observation des consultations**

32 33 Il s'agit d'une étude descriptive et comparative de deux catégories de centres de santé: SM+ et SM-

34
35
36 Une analyse descriptive statistique a été réalisée afin d'évaluer l'influence de l'appartenance au
37 groupe SM+/SM- du soignant sur la qualité de la consultation concernant "les soins centrés sur le
38 patient".

39
40
41 Un score total constitué par la somme des 11 dimensions par consultation a été calculé. Puisque
42 seules 11 des 12 dimensions proposées par Burt et coll [15] ont été utilisées, le score a été
43 normalisé selon leurs instructions, aboutissant à une échelle de 0 à 24.

44
45
46 Sur base du score total, les observations ont été catégorisées en « consultation de moindre
47 qualité » (score de 0 à 11) et « consultation de bonne qualité » (score supérieur à 11). La probabilité
48 d'une consultation de bonne qualité a été modélisée par régression logistique où l'association du

1
2
3
4
5
6
7 score avec appartenance au SM+/SM- est présentée comme un rapport de cotes, avec un intervalle
8 de confiance à 95%.

9
10 En plus des erreurs aléatoires liées à l'échantillonnage des consultations, il existe aussi une variance
11 liée à l'échantillonnage des soignants et des centres de santé qui a été à la base des regroupements
12 des consultations. Nous avons choisi de tenir compte de ce regroupement en
13 incluant l'appartenance à ces groupes (des soignants et des centres de santé) comme des effets
14 aléatoires. Le modèle résultant est une régression logistique à trois niveaux avec SM+ comme
15 variable explicative. Le paquet R lme4 a été utilisé pour l'analyse.

21 **(b) Entretiens avec les soignants sur le contenu de la grille d'observation**

22
23 L'analyse des 18 entretiens a été faite séparément par trois chercheurs : le chercheur principal, un
24 médecin de santé publique et une sociologue. De façon chronologique, le chercheur principal a
25 d'abord confronté ses propres codifications avec celles du médecin de santé publique; il a ensuite
26 comparé ces résultats avec ceux obtenus par la sociologue. L'analyse s'est penchée sur les
27 éventuelles différences d'appréciation dans la mise en œuvre des différentes compétences
28 relationnelles entre soignants SM+ et SM- à travers la grille d'observation (appréciation et
29 applicabilité). L'analyse a également comparé les soignants SM+ et SM- quant à leur orientation
30 plutôt biomédicale et/ou plutôt centrée sur le patient, sur base de codes d'analyse reposant sur la
31 grille conceptuelle de l'approche centrée sur le patient de Mead et Bower [4]. Pour les besoins de
32 l'analyse nous avons inclus 4 dimensions dichotomisées: (1) focus biomédical / biopsychosocial ; (2)
33 patient porteur d'une maladie / patient comme personne ; (3) relation asymétrique / relation
34 participative ; (4) courtoisie / empathie et alliance thérapeutique.
35 Les codes d'analyse ont été complétés par des codes relatifs aux contraintes et aux conditions
36 requises pour la mise en œuvre de ces différentes compétences relationnelles.

43 **(c) Discussion des résultats des observations : données qualitatives**

44
45 Lors des ateliers de restitution, la prise de parole par les participants était difficile et leur
46 contribution, en particulier pour les soignants des centres SM-, faible et superficielle. L'analyse s'est
47 donc centrée sur les entretiens individuels et de groupe avec les soignants de centres SM+ et des
48 témoins privilégiés. Menée par deux chercheurs dont le chercheur principal, elle a consisté à
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

dégager les hypothèses explicatives fournies par les soignants sur les différences ou absences de différences de scores entre SM+ et SM- aux différentes étapes de la consultation.

L'étude a été approuvée par la Commission Nationale d'éthique pour la Recherche en santé (CNER) de Guinée sous le N°010/CNRS/17. Les participants, patients et soignants, informés de l'objectif de l'étude au moment du recrutement et au début des observations et entretiens, ont librement consenti à la collecte des données. Les données étaient rendues complètement anonymes tant pour les patients que pour les soignants.

Résultats

(a) Observation des consultations concernant 'soins centrés sur le patient'

De manière générale, dans les structures SM+, 89 consultations sur 171 (51%) ont été évaluées positivement (score total supérieur à 11), pour 58 sur 275 (21%) dans les centres SM-. Il n'y a pas eu de scores manquants. Les consultations ont duré en moyenne 8,7 minutes dans les centres SM+ et 7,3 minutes dans les centres SM-.

La probabilité (cote) d'avoir une consultation de « bonne qualité » est presque 3 fois plus élevée (95% Wald CI : 1.07 – 7.99) dans les structures SM+ que dans les structures SM- (tableau 2)

Place du tableau 2

La figure 1 présente les scores des 18 soignants. On note une grande hétérogénéité pour les différentes dimensions au niveau de chaque prestataire individuel, mais aussi entre les différents prestataires. Cette hétérogénéité indique aussi que chaque question évalue une dimension distincte de la qualité de soins. Dans le groupe SM-, presque toutes les consultations « médiocres » pour les dimensions 1, 2.1 et 2.2 ont eu lieu dans la même structure, suggérant que ces différences sont liées à la structure elle-même plutôt qu'à la présence ou non de l'intégration de la santé mentale.

Place du Figure 1

1
2
3
4
5
6
7 L'effet de l'intégration de la santé mentale varie selon les dimensions explorées (tableau 3). Des
8 différences statistiquement significatives s'observent entre SM+ et SM- pour chacune des
9 dimensions, sauf pour les dimensions 2.1 et 2.2, identification et l'exploration du problème du
10 patient, et la dimension 8, maintien de la relation avec le patient tout au long de la consultation.

11
12 Malgré l'absence de différence entre SM+ et SM- pour ces dimensions, les scores sont globalement
13 bons dans les deux catégories

14
15
16 Pour les dimensions 2.3 à 7, les scores sont bas dans les deux groupes tout en restant
17 significativement plus élevés pour le groupe SM+. Il s'agit de la prise en compte de la perspective
18 du patient, son vécu, sa référence par rapport à son problème de santé, du partage et de la
19 compréhension de l'information, et la clôture de la consultation après avoir partagé la décision.
20
21
22

23 **Place du Tableau 3**

24 **(b) Perception de la pertinence et l'applicabilité de la grille par les soignants**

25
26 Les soignants de centres SM- perçoivent les dimensions présentées dans la grille comme « *un*
27 *idéal* » difficile à atteindre : ils accordent la priorité à l'accueil, au recueil des informations utiles au
28 diagnostic, et à l'explication du traitement au patient, et la plupart déclare « *sauter des étapes* »,
29 en particulier la prise en compte des perspectives du patient sur son problème, l'information sur la
30 maladie et la négociation du traitement. Ces étapes sont jugées non applicables en raison du faible
31 niveau d'instruction des patients et de contraintes de temps.
32

33
34 Par contraste, tous les soignants de centres SM+ jugent pertinentes et applicables toutes les étapes
35 de la grille, et déclarent mettre en œuvre les différentes compétences communicationnelles, tout
36 en reconnaissant que ce n'est pas toujours possible faute de temps. Alors qu'aucune question ne
37 portait sur la santé mentale, la plupart des soignants SM+ font spontanément des parallèles avec
38 la communication avec des malades mentaux, soulignant l'importance de l'écoute active, du sens
39 donné à sa maladie par le patient psychiatrique, de son implication dans l'adaptation du traitement
40 à sa situation, ou de la prise en compte des croyances populaires.
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51
52 Biomédical / Bio-psycho-social
53

1
2
3
4
5
6
7 Les soignants SM- rapportent une orientation biomédicale centrée sur l'identification d'une
8 pathologie et son traitement. Si certains disent « *prendre le problème social et psychologique des*
9 *patients en compte* » parce qu'il peut interférer avec la maladie ou le traitement, la plupart ne se
10 montrent /ou rapportent ne pas se sentir concernés par les aspects non-médicaux des problèmes
11 de leurs patients.
12

13
14
15
16 Les discours des soignants SM+ sont tous orientés vers le bio-psycho-social. Tous accordent de
17 l'importance à « *l'environnement social et l'état psychologique* » du patient, et la plupart parle du
18 « *problème* » du patient plutôt que de pathologies.
19
20
21

22 23 Patient comme porteur d'une maladie / comme personne 24

25 Pour la quasi-totalité des soignants SM-, le patient est essentiellement porteur d'une maladie. Ils
26 décrivent l'anamnèse comme un « *interrogatoire orienté* », une écoute sélective où le soignant doit
27 « *décanter ce qui est important et ce qui ne l'est pas* » pour le diagnostic. Les significations que
28 donne le patient à sa maladie ne sont pas pertinentes pour le diagnostic, et il est superflu de
29 « *trainer trop sur la dimension échange et dialogue* ». Les SM- ne contredisent pas ouvertement les
30 « *croyances des malades* », mais n'en tiennent pas compte : « *Quand le patient vient avec un*
31 *diagnostic ancré en lui, il est difficile de le convaincre de changer d'idées ; je cherche donc à cerner*
32 *la réelle pathologie et je gère à mon niveau* ».
33
34
35
36
37
38

39 Les soignants SM+ considèrent le patient comme une personne qui souffre, et les significations qu'il
40 donne à sa maladie sont importantes pour comprendre son problème. Ils insistent sur la nécessité
41 de « *prendre au sérieux* » ses préoccupations : « *quand tu te focalises simplement sur ses plaintes*
42 *et pas sur le vécu, tu risques de passer à côté* ». Ils estiment indispensable de poser des questions
43 ouvertes pour offrir « *un champ plus large pour expliquer sa problématique* », de « *l'encourager à*
44 *s'exprimer* » à travers « *l'écoute active basée sur la compréhension, sur la valorisation de ce que ton*
45 *interlocuteur t'apporte* ». Les soignants SM+ non seulement ne contredisent pas les croyances
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7 populaires mais évoquent des tentatives de compréhension partagée: « *il ne faut pas nier sa*
8 *conviction mais faire des liens avec son problème de santé* ».

9
10
11
12 Relation asymétrique / participative

13
14 Pour les soignants SM-, le soignant a un rôle actif dominant, en tant qu'expert il conduit la
15 consultation et prend les décisions, et le patient doit collaborer. Cela se traduit à toutes les étapes
16 de la consultation. L'« *interrogatoire* » est dirigé par le soignant, qui « *sait ce qu'il cherche comme*
17 *information* » et doit « *cadre le malade par rapport à son problème* ». Les patients étant pour la
18 plupart peu instruits et jugés incapables de comprendre, les soignants SM- fournissent peu ou pas
19 d'explications sur la maladie et plusieurs admettent ne pas donner le diagnostic. Quant à la décision
20 de traitement, elle relève pour eux du soignant seul, et « *il faut que le malade accepte le traitement*
21 *que vous lui proposez* ». Il en va aussi de l'autorité du médecin : « *si vous acceptez que le patient*
22 *vous impose quelque chose, c'est vous qui perdez votre autorité* ». Certains soignants SM- toutefois
23 disent tenir compte des préférences du patient et de ses capacités financières pour favoriser
24 l'adhésion au traitement.
25
26

27
28 Pour les soignants SM+, le patient est un partenaire, sa contribution active est encouragée et il
29 participe à la décision de son plan de traitement. L'un d'entre eux déclare que le soignant « *doit*
30 *partir avec les priorités de son patient* » et « *c'est le malade qui guide le soignant* », le rôle du
31 soignant étant de recadrer les informations. Les explications au patient à propos de sa maladie sont
32 jugées essentielles, à la fois pour qu'il s'implique dans la gestion de son problème et parce que c'est
33 un « *droit légitime du patient* ». Le faible niveau d'instruction des patients suppose un effort
34 supplémentaire pour expliquer : « *la majorité des malades sont des analphabètes, donc c'est*
35 *important de voir s'il a compris, et là où il n'a pas compris, tu reprends et tu le rassures davantage* ».
36
37 Enfin ils estiment qu'il faut « *faire participer nos patients à la prise de décision* ». La discussion du
38 traitement doit notamment aborder d'éventuelles objections du patient. Le soignant est le garant
39 de l'efficacité technique du traitement, mais doit « *proposer des variantes avec les avantages et*
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53

1
2
3
4
5
6
7 *inconvenients et amener le malade à prendre aussi des décisions pour qu'il se sente concerné par le*
8 *choix ».*
9

10
11
12 La relation : courtoisie / alliance thérapeutique

13
14 Tant les soignants SM+ que SM- insistent sur la qualité de l'accueil pour créer un climat de
15 confiance. Pour les soignants SM- il s'agit d'être « *courtois* » et « *aimable* » pour rassurer le malade
16 et l'inciter à coopérer : « *quand vous établissez la confiance, tout ce que vous direz au patient il va*
17 *comprendre et il va l'appliquer* ». Quelques soignants SM- soulignent également que la confiance
18 est favorable à la renommée du soignant : « *il va recommander à d'autres patients de venir chez toi*
19 *»*. Cette « *courtoisie* » va de pair avec des discours parfois peu respectueux de patients « *qui*
20 *divaguent beaucoup* », qu'il ne faut pas encourager à parler ou qui ne comprennent pas.
21
22

23
24
25 Les soignants SM+ insistent également sur la confiance pour renforcer la coopération du patient,
26 mais à travers une écoute empathique. Ils évoquent comment « *donner de l'espoir au malade* »,
27 « *partager sa douleur et ses peines* », ou encore « *lui faire comprendre que vous êtes là pour lui* ».
28
29 Plusieurs soulignent que cela suppose une relation égalitaire.
30
31
32
33
34
35

36 **(c) Discussion des résultats des observations**

37
38 Les participants ignoraient jusque-là que l'étude visait à comparer les SM+ et SM- ; les soignants
39 SM- se sont étonnés de constater que leurs scores étaient plus faibles tandis que les soignants SM+
40 n'étaient pas étonnés mais ne comprenaient pas pourquoi ils obtenaient des scores similaires dans
41 certaines dimensions et différents dans d'autres. Pour explorer l'impact potentiel de l'intégration
42 de la santé mentale sur la qualité de la communication, nous nous basons donc sur les entretiens
43 individuels et de groupe avec les soignants SM+.
44
45

46
47 Les répondants ne sont pas étonnés des meilleurs scores des SM+ car ils considèrent que
48 l'intégration de la santé mentale a amélioré leur façon de communiquer : « *il y a eu un déclic lié aux*
49
50
51
52
53

1
2
3
4
5
6
7 *formations : les prestataires ont eu une logique d'intervention différente de ce qu'on faisait dans le*
8 *passé ».*
9

10 Ils ont assimilé un mode de pensée bio-psycho-social, incontournable en santé mentale, qu'ils
11 disent transposer dans leur pratique générale. Ils ont également développé des aptitudes à écouter,
12 à comprendre la perspective du patient, à « *entrer dans son répertoire* ». En effet, l'écoute du récit
13 du malade mental est cruciale pour comprendre son problème. Plusieurs répondants font
14 remarquer qu'il n'est pas facile de comprendre ce que dit un malade mental et que « *celui qui*
15 *comprend bien ça pourra le faire pour les autres malades également* ». Certains disent aussi avoir
16 transposé l'écoute du patient, en plus de celle de son entourage, à la consultation avec des enfants :
17 « *c'est grâce à la santé mentale que j'écoute maintenant les enfants même s'ils ne sont pas*
18 *matures* ».
19

20 Tout comme ils acceptent les interprétations populaires et les recours à la médecine traditionnelle
21 en santé mentale, ils disent tenir compte pour d'autres maladies des cadres de référence de leurs
22 patients. Sans s'opposer aux croyances populaires, ils disent informer les malades en partant de ce
23 qu'ils savent, pour nuancer, compléter, renforcer ce qui est juste et éventuellement « *corriger les*
24 *connaissances erronées* ». L'information est importante car « *plus un malade connaît et accepte sa*
25 *maladie, plus le soignant a la chance d'obtenir un bon résultat* ».
26

27 Associer le malade aux décisions concernant le plan de traitement est une condition d'adhésion
28 pour les malades mentaux, et les répondants évoquent des pratiques applicables aussi à d'autres
29 patients : « *Il faut toujours donner des éventails de solutions pour permettre le choix du patient,*
30 *parfois de la famille, qui est fondamental pour l'efficacité du traitement* ». Associer le malade au
31 traitement « *aboutit à la création d'une alliance, elle aidera à créer la confiance et l'observance du*
32 *traitement* ».
33

34 Par contre, ils s'étonnent que les différences de scores ne soient pas davantage marquées, et
35 fournissent des éléments d'explications.
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7 Pour l'initiation de la session, les scores des SM- sont moindres que ceux des SM+ mais néanmoins
8 assez élevés. Si certains s'en étonnent, d'autres font remarquer que l'accueil « *est le béaba de tout*
9 *praticien* », surtout dans les structures privées, et que la présence d'un observateur peut avoir
10 constitué un biais.
11

12
13
14 Les répondants s'étonnent également de l'absence de différence significative entre les scores des
15 SM+ et SM- pour l'identification et l'exploration du problème. Certains font remarquer que
16 l'anamnèse est une démarche commune à tous les praticiens, et que d'autres formations comme
17 celles sur le VIH/SIDA insistent sur l'écoute et la nécessité de donner la parole au patient. Mais
18 plusieurs suggèrent que l'écoute active et l'encouragement du patient à s'exprimer sont davantage
19 nécessaires en santé mentale qu'en santé organique, et que dans la pratique ils ne les transposent
20 sans doute pas systématiquement aux problèmes tout-venants.
21

22
23
24 L'absence de différence significative pour les scores concernant les dimensions transversales les
25 interpelle aussi : le maintien de la relation et la structure de la consultation. Le transfert des
26 attitudes développées avec les malades mentaux pourrait être limité parce qu'on n'utilise pas pour
27 les consultations « organiques » le dossier médical longitudinal utilisé en santé mentale qui permet
28 de « *rentrer dans la vie du malade* » et facilite l'empathie. La durée de la consultation en santé
29 mentale est également nettement plus longue qu'une consultation pour une maladie organique.
30 Enfin, d'autres suggèrent que « *avec un malade mental, le respect du schéma est obligatoire, mais*
31 *pour les autres malades ce n'est peut-être pas nécessaire* », ou encore que « *la santé organique est*
32 *beaucoup plus basée sur l'anamnèse, l'inspection, l'auscultation, la palpation et la percussion* ».
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44

45 **Discussion**

46 Dès les débuts de l'intégration de la santé mentale dans des centres de santé en Guinée, des
47 observateurs ont rapporté que cette initiative avait pour effet inattendu l'amélioration des
48 interactions des soignants avec l'ensemble de leurs patients (International Colloquium. Integration
49 and disease control, Institute of Tropical Medicine Antwerp 2002). Lors d'une étude par entretiens
50
51
52
53

1
2
3
4
5
6
7 auprès de ces soignants [12], une partie d'entre eux déclaraient effectivement transposer à
8 d'autres patients l'approche centrée sur le patient découverte lors de leur formation en santé
9 mentale. Une seconde étude menée dans des centres SM+ et SM- [13] suggère que les patients
10 attribuent des scores plus élevés aux soignants des centres SM+ pour la participation.
11
12
13
14

15
16 Les résultats des observations montrent presque trois fois plus de consultations de « bonne
17 qualité » parmi les SM+ que les SM-. Les SM+ obtiennent de meilleurs scores pour toutes les
18 dimensions de la communication et ces différences sont significatives, sauf pour l'identification et
19 l'exploration du problème du patient et le maintien de la relation tout au long de la
20 consultation pour lesquels tous les soignants SM+ ou SM- obtiennent des scores élevés, de même
21 que pour l'accueil. Pour les dimensions de prise en compte de la perspective du patient, de
22 l'information du patient sur sa maladie et de l'implication du patient dans la décision de traitement,
23 tous les soignants ont des scores faibles, même si ceux des SM+ restent significativement supérieurs
24 à ceux des SM- .
25
26
27
28
29
30
31

32 Les entretiens individuels corroborent largement les données quantitatives concernant les SM-, qui
33 déclarent « sauter des étapes » et privilégier l'accueil, l'identification et l'exploration du problème,
34 et l'explication du plan de soins lors de la clôture de la session – c'est à dire les étapes pour
35 lesquelles ils avaient des scores élevés. Quant aux SM+, ils considèrent toutes les dimensions
36 comme importantes, y compris celles pour lesquelles leurs scores sont bas et que certains
37 reconnaissent ne pas toujours appliquer.
38
39
40
41
42

43 La comparaison entre SM- et SM+ montre un discours nettement plus centré sur le patient chez les
44 SM+ alors que le discours des SM- relève davantage de l'approche biomédicale traditionnelle [4]. A
45 noter qu'il y a davantage d'homogénéité dans le discours des SM+ que dans celui des SM-.

46
47 Enfin, les entretiens à visée explicative indiquent que les SM+ ont vécu la formation et la pratique
48 en santé mentale comme un tournant dans leur façon d'envisager la relation avec le patient : ils se
49 seraient attendus à obtenir des scores élevés partout. Certains expliquent la faiblesse de certains
50
51
52
53

1
2
3
4
5
6
7 scores par le fait que la grille serait moins indispensable dans sa totalité pour les maladies
8 organiques que mentales, surtout quand le soignant manque de temps. Par contre, les scores élevés
9 pour tous pour l'accueil et l'anamnèse s'expliquent selon eux par le fait qu'ils constituent la base
10 de toute consultation.
11

12
13
14 De manière générale notre étude corrobore l'hypothèse que l'intégration de la santé mentale
15 contribue à l'acquisition d'attitudes centrées sur le patient, transférables à des consultations de
16 patients tout-venants. Tant les scores (systématiquement) supérieurs des SM+ lors des
17 observations que leurs discours clairement centrés sur les patients vont dans ce sens.
18

19
20
21 Les scores élevés des SM- pour les dimensions liées à l'anamnèse et au maintien de la relation ne
22 sont pas surprenants : l'approche biomédicale classique exige elle aussi une « bonne
23 communication » dans ces domaines pour obtenir la coopération du patient. Par contre, les
24 discours des SM+ et SM- divergent sur le sens à donner à la qualité de la relation: les SM- parlent
25 de « courtoisie » nécessaire à l'atteinte de leurs propres objectifs, tandis que les SM+ expriment
26 l'importance de respect et d'empathie dans le cadre d'une alliance thérapeutique participative. En
27 d'autres termes, la « bonne communication » serait davantage instrumentalisée dans l'approche
28 biomédicale. Le respect et l'empathie dans le cadre d'une alliance thérapeutique participative font
29 partie des caractéristiques des soins centrés sur le patient [7]. Ce sont précisément ces dimensions
30 que les SM- disent « sauter » et pour lesquelles leurs scores sont effectivement faibles : l'écoute
31 active et la prise en compte de la perspective du patient, l'information du patient sur sa maladie,
32 et l'implication du patient dans la décision de traitement.
33

34
35
36 Reste à comprendre pourquoi les SM+, qui pourtant jugent toutes les étapes nécessaires,
37 obtiennent eux aussi pour ces dimensions des scores certes supérieurs mais néanmoins faibles.
38 Selon nous, la contradiction n'est qu'apparente, et rappelle qu'il ne suffit pas de maîtriser des
39 compétences relationnelles pour effectivement les mobiliser systématiquement dans la pratique.
40

41
42
43 L'intégration de la santé mentale a permis à ces soignants de se familiariser avec le paradigme de
44 l'approche centrée sur le patient, qu'ils pratiquent régulièrement et dont ils perçoivent la
45

1
2
3
4
5
6
7 pertinence au-delà de la santé mentale. Leur posture mentale est centrée sur le patient, et c'est
8 elle qui ressort dans les entretiens. Mais si les conditions pratiques ne sont pas favorables (manque
9 de temps, stress, routine...), l'approche biomédicale à la base de leur formation et pratique initiales
10 tend à reprendre le dessus, au moins en partie.
11

12
13
14 Si l'expérience d'intégration de la santé mentale en Guinée a favorisé l'approche centrée sur le
15 patient, c'est parce que la formation en santé mentale était elle-même centrée sur le patient (plutôt
16 que biomédicale), qu'elle s'est déroulée dans un contexte non-bureaucratique, et que ses
17 modalités ont privilégié une pratique conjointe offrant un modèle de rôle, un travail d'équipe et un
18 soutien émotionnel aux soignants [12]. Parmi les aspects de la formation en santé mentale
19 déterminants pour l'acquisition des compétences relationnelles centrées sur le patient figurent le
20 respect authentique pour chaque patient, l'écoute active sans laquelle il est impossible de
21 comprendre les problèmes d'un malade mental, l'approche bio-psycho-sociale qu'exige la santé
22 mentale, la prise en compte des représentations sociales de la maladie mentale, et notamment le
23 recours aux médecines traditionnelles, et l'association du malade et de ses accompagnateurs à la
24 décision en vérifiant qu'il y a compréhension et accord sur le traitement [12].
25

26
27 Le fait que ces compétences ne soient pas systématiquement mobilisées rappelle que si la
28 formation est une condition nécessaire, elle ne suffit pas. Selon Petersen [17] la formation à
29 l'approche centrée sur le patient ne suffit pas à sa mise en pratique, et ajouter des soins
30 psychiatriques en Afrique du Sud ne va pas changer l'approche biomédicale dominante si les
31 conditions structurelles ne changent pas. Il faut aussi noter que toutes les approches en santé
32 mentale ne sont pas centrées sur le patient, et que les approches davantage biomédicales
33 n'excluent en rien la stigmatisation des patients, fréquente parmi le personnel psychiatrique (18-
34 21).
35

36
37 Un point fort de notre étude a été de combiner l'observation des pratiques permettant
38 d'appréhender les pratiques réelles et les entretiens donnant accès aux représentations qu'ont les
39 soignants de leurs pratiques. Cette approche par méthodes mixtes nous a permis de repérer des
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53

1
2
3
4
5
6
7 convergences mais aussi des décalages entre discours et pratiques, et par là de mettre en évidence
8 que l'acquisition de compétences ne suffit pas à leur mobilisation.

9
10 Notre étude comporte cependant de nombreuses limites. Elle repose sur un échantillon restreint
11 de 18 soignants, hétérogènes en termes de diplôme (médecin ou non) ou ancienneté dans la
12 pratique. Des variables telles que le niveau d'instruction des patients ou le caractère aigu ou
13 chronique de la consultation ont pu interférer sur les observations. Les observations ont été
14 menées par un seul observateur ; or Burt et collaborateurs [17] indiquent que l'outil est fiable si 3
15 observateurs différents évaluent chaque consultation, étant donné que l'observation demande
16 beaucoup de concentration qui peut subir des moments de relâchement. La simple présence d'un
17 observateur a potentiellement renforcé l'attitude aimable des soignants à l'égard de leurs patients.
18 Enfin, les entretiens post-observations s'appuyaient sur la grille d'observation, présentée comme
19 ensemble de bonnes pratiques de communication, ce qui a pu biaiser les réponses.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29

30 **Conclusion**

31 L'intégration de la santé mentale dans l'offre de soins de première ligne présente une opportunité
32 pour améliorer la qualité des soins dans sa dimension « soins centrés sur le patient ». Les soignants
33 des centres de santé SM+ adoptent un mode de communication plus centrée sur le patient - dans
34 leur interaction clinique avec des malades présentant des problèmes de santé quelconques durant
35 la consultation curative polyvalente.
36
37
38
39
40
41
42

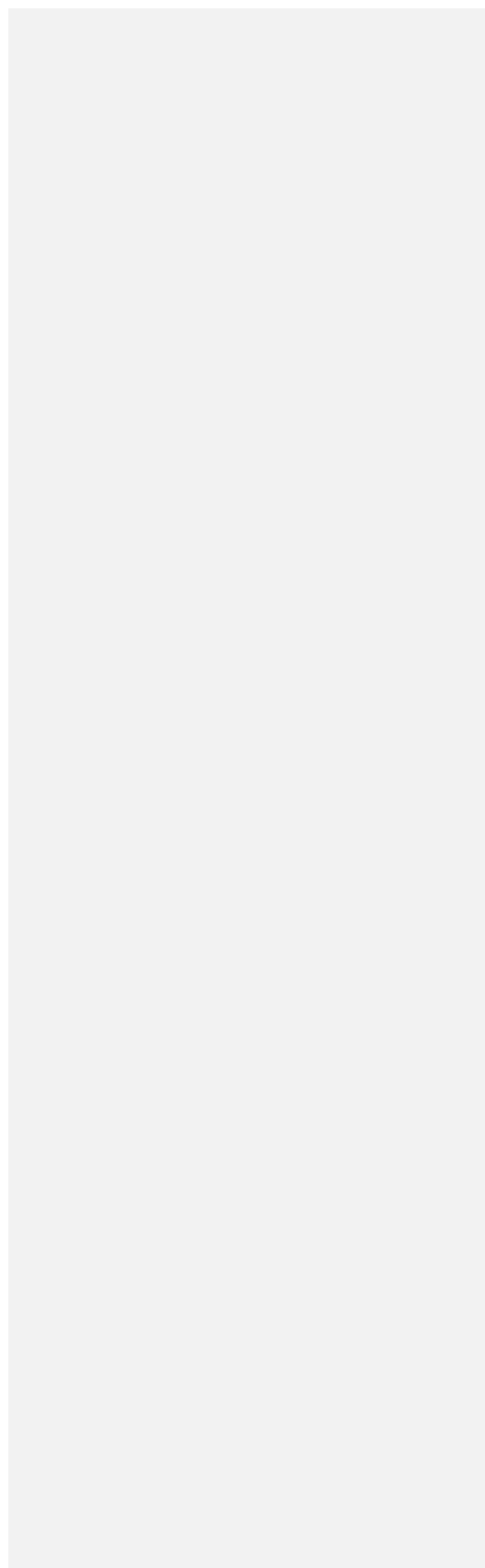
43 **Remerciements**

44 Nos remerciements s'adressent au Pr Wim Van Damme de l'Institut de Médecine Tropicale
45 d'Anvers, aux confrères Pr Alexandre Delamou et Dr Abdoul Habib Béavogui du Centre de
46 formation, de soins et de recherche en santé rurale de Maferinyah, à l'équipe de collecte de
47 données et d'adaptation des outils –les Dr Mory Diakité, Bapaté Barry et Amadou Lamarana Diallo,
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Fatoumata Binta Bah et Mr Abdoul Karim Diallo. Merci à Michel Dewez, psychiatre-psychanalyste et le Pr Mamadou Pathé Diallo pour leurs apports et conseils éclairés.

Conflit d'intérêt : Aucun



1
2
3
4
5
6
7 **Références**
8

- 9
10 1. De Man J, Mayega RW, Sarkar N, Waweru E, Leys M, Van Olmen J, et al. Patient-centered care
11 and people-centered health systems in sub-Saharan Africa: Why so little of something so badly
12 needed? *Int J Pers Cent Med*. 2016;6(3):162-73.
13
14 2. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method
15 Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Acad. Med*. 2003;78:802–809
16
17 3. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011;
18 9:100-3.
19
20 4. Mead N & Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical
21 literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-110.
22
23 5. Matusitz J et Spear J. Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. *Soc*
24 *Work Public Health* 2014; 29(3): 252-66. DOI: 10.1080/19371918.2013.776416.
25
26 6. Stewart MA. Effective Physician-Patient Communication and health outcomes. A review 1995;
27 152(9).
28
29 7. Paul Little, HazelEveritt, IanWilliamson, GregWarner, MichaelMoore, ClareGould, Kate Ferrier,
30 Sheila Payne: Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary
31 care: observational study *BMJ* VOLUME 322 24 FEBRUARY 2001 bmj.com
32
33 8. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre
34 soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest. Paris: Editions APAD Karthala;
35 2003.
36
37 9. Patel V, Saxena S, Lundt C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet commission on
38 global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018;392:1553–98.
39 [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-X).
40
41 10. OMS 2016. Rapport de l’OMS-IESM sur le système de santé mentale de la République de
42 Guinée, OMS et Ministère de la Santé, (Conakry, Guinée).
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

- 1
2
3
4
5
6
7 11. Sow A. Soins de santé mentale et services de santé de premier échelon. Analyse des résultats
8 du projet Sa.M.O.A. (Santé Mentale en Milieu Ouvert Africain), Guinée Conakry. Mémoire
9 présenté en vue de l'obtention d'un Master en Santé Publique. 2003.
10
- 11 12. Sow A, Van Dormael M, Criel B, De Spiegelaere M. Intégration de la santé mentale dans les
12 centres de santé communautaires en Guinée Conakry. Santé publique. 2019;31(2).
13
- 14 13. Sow A, Jeroen De Man, Myriam De Spiegelaere, Veerle Vanlerberghe and Bart Criel. Integration
15 of mental health care in private not-for-profit health centres in Guinea, West Africa: a systemic
16 entry point towards the delivery of more patient-centred care? BMC Health Services Research
17 (2020) 20:61 <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4914-3>
18
- 19 14. Marie-Renée Guével et Jeanine Pommier RECHERCHE PAR LES MÉTHODES MIXTES EN SANTÉ
20 PUBLIQUE : ENJEUX ET ILLUSTRATION S.F.S.P. | « Santé Publique » 2012/1 Vol. 24 | pages 23 à
21 38 ISSN 0995-3914 Article disponible en ligne à l'adresse. [https://www.cairn.info/revue-sante-
23 publique-2012-1-page-23.htm](https://www.cairn.info/revue-sante-
22 publique-2012-1-page-23.htm)
24
- 25 15. Burt J, Abel G, Elmore N, et al. Assessing communication quality of consultations in primary
26 care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge
27 Guide to the Medical Interview. BMJ Open 2014;4: e004339. doi:10.1136/ bmjopen-2013-
28 004339
29
- 30 16. Cécile Fournier, Sandra Kerzanet, « Communication médecin-malade et éducation du patient,
31 des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », Santé Publique 2007/5 (Vol. 19)
32
- 33 17. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream
34 or possibility? Soc Sci Med. 2000;51:321-34.
35
- 36 18. Schulze B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate
37 relationship. Int Rev Psychiatr. 2007; 19(2):137-55.
38
- 39 19. Ewhrudjakpor C. Knowledge, beliefs and attitudes of health care providers towards the
40 mentally ill in Delta State, Nigeria. Ethno-Med. 2009;3(1):19-25.
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

20. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ.* 2015;15:34.
21. Kapungwe A, Cooper S, Mayeya J, Mwanza J, Mwape L, Sikwese A, et al. Attitudes of primary health care providers towards people with mental illness: evidence from two districts in Zambia. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2011; 14(4):290-7.

Tableau 1 : Domaines de compétences de la grille d'observation GCRS adaptée

Domaines de compétences	Principales dimensions
Séquentiels	
1. Initier la « session » avec le patient et/ou, famille, accompagnant	<p>Dimension 1 : Initiation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil (salutation, installation) - Utilise une question d'ouverture appropriée
2. Rassembler l'information (venant du patient et/ou famille/ accompagnant)	<p>Dimension 2.1 : identification du problème du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Écoute attentive, minimise l'interruption, laisse de l'espace au patient - Encourage le patient à raconter « l'histoire » de son (ses) problème(s) du début jusqu'au moment de la consultation - Négocie (priorise/précise/clarifie) l'objet de la consultation présente <p>Dimension 2.2 : exploration du problème du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilise des questions ouvertes et fermées, allant adéquatement de l'un à l'autre - Facilite les réponses verbales et non-verbales du patient (par ex. silence, répétition, paraphrases) - Capte et répond aux signaux verbaux et non-verbaux (langage corporel, discours, expression faciale) - Clarifie des déclarations vagues ou qui nécessitent une amplification - Résume périodiquement et invite le patient à corriger l'interprétation ou à donner plus d'information - Utilise un langage clair, facile à comprendre, et évite le jargon <p>Dimension 2.3 : Perspectives du patient</p>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

	<ul style="list-style-type: none"> - Explore activement/ comprend mieux /cerne le vécu du patient sur son problème - Prend au sérieux et répond de façon appropriée au vécu du patient
3. Donner suffisamment d'informations appropriées au patient individuel et/ou famille	<p>Dimension 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morcèle l'information donnée - Evalue et tient compte du niveau de connaissance de départ du patient - Découvre quelle autre information pourrait aider le patient, recherche et gère les besoins en information du patient
4. Aider et vérifier la bonne compréhension de l'information	<p>Dimension 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organise l'explication en utilisant des résumés - Vérifie la compréhension par le patient en l'invitant à reformuler dans ses propres termes - Utilise un langage clair, évite le jargon et un langage déroutant
5. Arriver à une compréhension partagée : incorporer la perspective du patient et/ou famille/ accompagnant	<p>Dimension 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respecte et prend en compte le cadre de référence de la maladie par le patient
6. Planifier une prise de décision partagée	<p>Dimension 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explore avec le patient les options en termes de prise en charge - Implique le patient dans la prise de décision en tenant compte de son souhait

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

	<ul style="list-style-type: none"> - Négocie de façon appropriée un plan d'action mutuellement acceptable - Se met d'accord avec le patient sur les étapes suivantes
7. Clôturer la "session"	<p>Dimension 7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résume brièvement la session et clarifie le plan de soins Vérification finale que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan
Transversaux	
8. Maintenir la relation (avec le patient et/ou famille/ accompagnant) tout au long de la consultation	<p>Dimension 8</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fait preuve d'un comportement non-verbal approprié ; par ex. contact visuel, positionnement, posture, visage - Reconnaît les points de vue et les sentiments du patient ; ne juge pas - fait preuve d'empathie pour communiquer son appréciation des sentiments et la situation difficile du patient - Donne du soutien : exprime préoccupation, compréhension, et volonté à aider
9. Donner de la structure au processus de la consultation	<p>Dimension 9</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progresse d'une section à l'autre en utilisant une signalisation - Structure l'interview selon une séquence logique, surveille le temps / le timing

Tableau 2 : Association entre qualité de la consultation et intégration de la santé mentale (SM+), estimée par régression logistique multi-niveau des consultations regroupées en prestataires et en structures.

	Estimation	Intervalle de confiance (à 5%)*
Intercept	0.31 ^a	0.17 – 0.56
Effet de SM+	2.92 ^b	1.07 – 7.99
Variance entre prestataires	0.04	
Variance entre structures	0.51	

**estimé en utilisant la méthode de Wald^a Cote^b Rapport des cotes*

La probabilité (cote) d'avoir une consultation de « bonne qualité » est presque 3 fois plus élevée (95% Wald CI : 1.07 – 7.99) dans les structures SM+ que dans les structures SM-

Tableau 3 : Fréquences (%) des scores des 11 dimensions dans les centres de santé SM+ et SM-

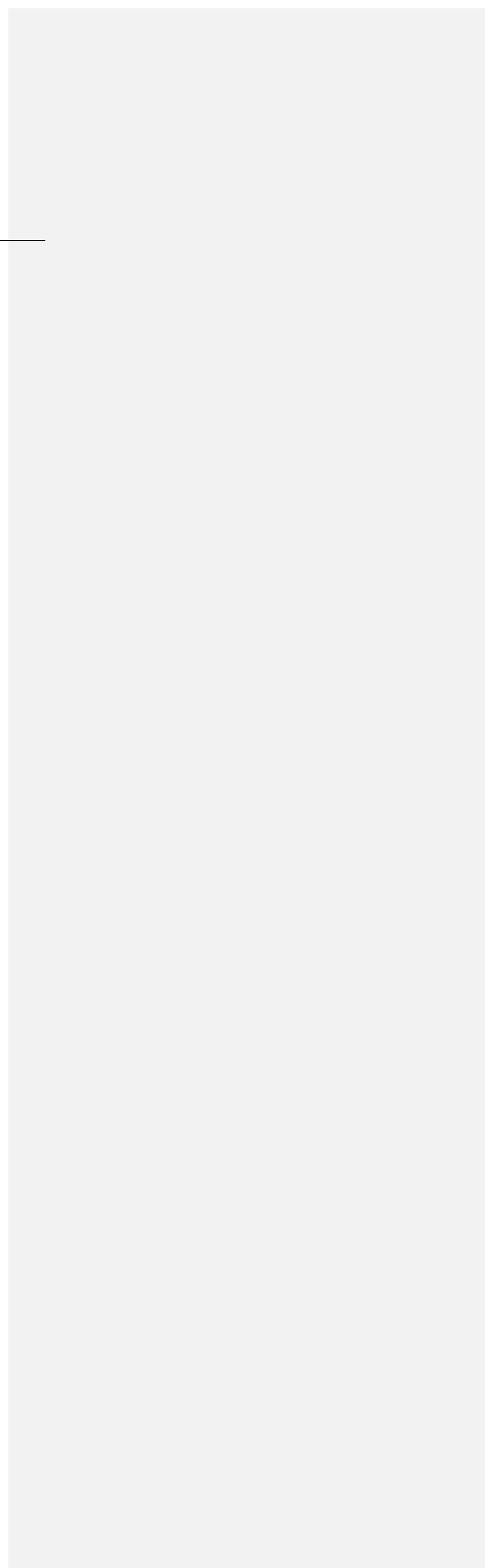
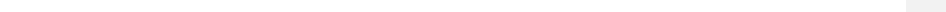
Dimensions	SM	Évaluation			p (test de χ^2 avec 2 dl)
		Faible	Moyenne	Bonne	
1	SM-	0 (0)	78 (28)	197 (72)	< 0.001
	SM+	0 (0)	4 (2)	171 (98)	
2.1	SM-	0 (0)	63 (23)	212 (77)	0.112
	SM+	0 (0)	26 (15)	149 (85)	
2.2	SM-	1 (0)	103 (37)	171 (62)	0.573
	SM+	2 (1)	68 (39)	105 (60)	
2.3	SM-	245 (89)	25 (9)	5 (2)	0.002
	SM+	134 (77)	32 (18)	9 (5)	
3	SM-	217 (79)	45 (16)	13 (5)	< 0.001
	SM+	134 (61)	60 (27)	27 (12)	
4	SM-	222 (81)	49 (18)	4 (1)	< 0.001
	SM+	84 (48)	67 (38)	24 (14)	
5	SM-	231 (84)	41 (15)	3 (1)	< 0.001
	SM+	115 (66)	44 (25)	16 (9)	
6	SM-	258 (94)	15 (5)	2 (1)	< 0.001
	SM+	132 (75)	34 (19)	9 (5)	
7	SM-	224 (81)	47 (17)	4 (1)	< 0.001
	SM+	82 (47)	74 (42)	19 (11)	
8	SM-	0 (0)	21 (8)	254 (92)	0.863
	SM+	0 (0)	11 (6)	164 (94)	
9	SM-	3 (1)	176 (64)	96 (35)	0.009

Formatted: Font: Bold, Font color: Red

Formatted: Font: Bold

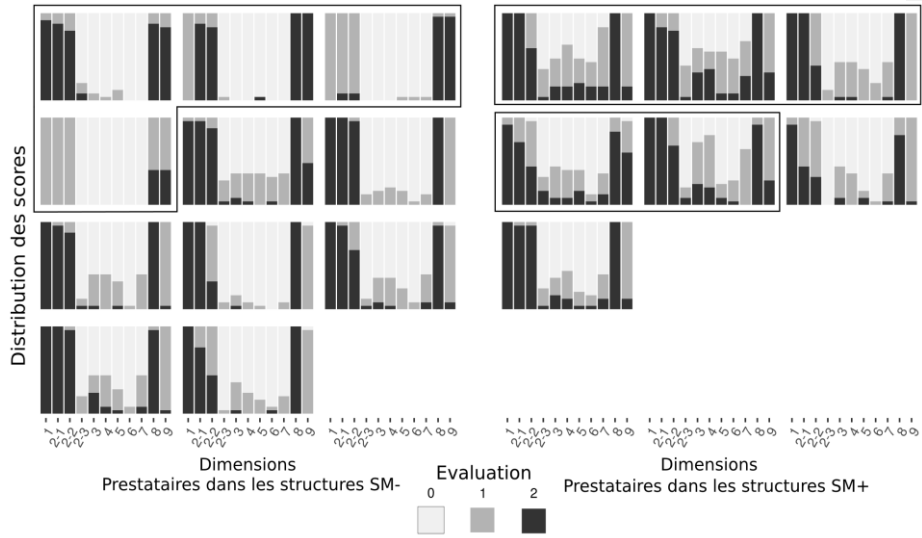
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

SM+	1 (1)	136 (78)	38 (22)
-----	-------	----------	---------



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Figure 1. Répartition des scores pour les 11 dimensions parmi les 18 prestataires.



Chaque diagramme à bandes représente un prestataire distinct. Les prestataires opérant dans un même centre de santé sont regroupés dans un encadré. Pour chacun des prestataires, chaque bande est basée sur 25 observations.