

PATIENTS HOSPITALISÉS ATTEINTS DE CANCER

# Vaut-il mieux s'asseoir ou rester debout pour les rencontrer?



Dr Samir Azzaria, MD, CMFC  
medecine@michel-sarrazin.ca

SOINS PALLIATIFS

Article de référence

Strasser F et coll. *Impact of physician sitting versus standing during inpatient oncology consultations: Patients' preference and perception of compassion and duration. A randomized controlled trial.* J Pain Symptom Manage, mai 2005; 29: 489-97.

Référence

\* Maguire P. *Improving communication with cancer patients.* Eur J Cancer, 1999; 35: 2058-65.

## RÉSUMÉ

### Objectif

Évaluer, dans un contexte d'oncologie hospitalière, si les patients préfèrent qu'un médecin soit assis ou debout et connaître l'impact de la position du médecin (assis ou debout) sur la perception de la compassion et la durée de la consultation.

### Conception

Étude clinique randomisée en chassé-croisé.

### Contexte

Étude réalisée dans un centre de soins palliatifs universitaire de Houston, au Texas.

### Participants

Soixante-neuf patients de plus de 16 ans atteints d'un cancer avancé, hospitalisés ou externes.

### Interventions

Deux documents vidéo identiques, à l'exception de la position debout ou assise du médecin, ont été présentés aux participants. La séquence de visionnement était debout-assis (A) pour 35 d'entre eux et assis-debout (B) pour les 34 autres. La situation clinique présentée durait 9,5 minutes et consistait en une discussion sur l'approche à adopter devant un cancer qui évoluait malgré les traitements.

### Mesures des résultats

Mesure principale:

La préférence quant à la position du médecin (assis, debout, sans préférence).

Mesures secondaires:

La durée estimée des entrevues et la perception des caractéristiques du médecin, dont la compassion.

### Résultats

La majorité des 69 patients étaient de race blanche (84 %) et scolarisés (65 % avaient au moins un diplôme collégial). La moitié (51 %) étaient des femmes. L'âge variait de 20 à 86 ans (moyenne de 57 ans). Près des trois quarts avaient un cancer métastatique, les autres, une maladie localement récidivante.

Alors que 23 % des participants ont choisi le médecin debout et que 26 % n'avaient pas de préférence, **un peu plus de la moitié (51 %) ont préféré l'entrevue avec le médecin assis, mais ce pourcentage n'est pas significativement différent de celui qui pourrait être attribué au hasard (50 %)**. La durée subjective des entrevues n'était pas non plus significativement différente entre ceux qui avaient opté pour le médecin assis (5,8 ± 3,3 minutes) et ceux qui avaient opté pour le médecin debout (4,8 ± 3,0 minutes). Cependant, 81 % de tous les patients ont dit trouver important que leur médecin s'assoie quand il leur parle. D'autre part, la perception de compassion était la caractéristique du médecin la plus significativement différente (p=0,07) associée au médecin assis. Enfin, **l'étude a montré un biais significatif des participants en faveur du deuxième document vidéo qu'ils ont vu, tant pour leur préférence de position que pour la perception de compassion.**

### Conclusion

Les résultats de cette étude ne sont pas concluants quant à la préférence des patients pour la position assise ou debout du médecin vu dans les documents vidéo. Pourtant, après qu'on leur a révélé la nature de l'étude et après le visionnement, la majorité des patients ont dit préférer que leur médecin s'assoie. Afin d'optimiser la communication, les médecins devraient s'informer de la préférence de leurs patients à l'égard de la position à adopter.

## COMMENTAIRES

### Pertinence de l'article

Il est important de favoriser la communication entre le médecin et le patient, tant pour alléger la détresse psychologique à court terme que pour optimiser l'adaptation et la qualité de vie à long terme\*. Pour cela, l'adoption de stratégies efficaces est encore plus importante avec des patients à qui l'on annonce une maladie incurable et, de façon plus générale, pour annoncer toutes formes de mauvaises nouvelles. Cet article a le mérite de s'intéresser à une situation fréquente dans la pratique médicale – l'annonce d'une mauvaise nouvelle – et à une intervention simple – l'utilisation ou non d'une chaise! Comme le contexte hospitalier et le rythme de travail ne permettent pas toujours de s'asseoir, la question est de savoir si les patients perçoivent que cette « intervention » leur est bénéfique.

### Importance des résultats

Les constatations des auteurs sont surprenantes. En effet, 69 % des participants de la séquence A ont opté pour le médecin assis, contre 32 % de ceux de la séquence B (pour une note globale de 51 % en faveur de la vidéo en position assise). De plus, on a noté une préférence pour la deuxième vidéo de la séquence dans les deux groupes pour l'ensemble des caractéristiques observées. Les auteurs suggèrent que cet effet pourrait refléter une adaptation à la mauvaise nouvelle, qui la rend plus acceptable la deuxième fois que le patient la reçoit. La position assise ou debout pourrait donc n'avoir que peu d'importance.

### Méthodologie de l'étude

**L'étude est très solide. Les auteurs ont choisi de mener une étude randomisée en chassé-croisé afin de s'assurer que la séquence des documents vidéo (vidéo A, séquence debout-assis et vidéo B, séquence assis-debout) n'avait pas d'effet sur la préférence des patients. L'intervention a été bien standardisée et prétestée. Plusieurs outils de mesure ont fait l'objet de validation et ont été administrés à l'insu des hypothèses de recherche. Enfin, les 69 participants ont terminé l'étude. L'étude s'est déroulée dans un contexte précis avec un échantillon de patients assez homogène en tentant d'isoler comme seule variable la position du médecin en n'utilisant que deux séquences.**

### Mise en perspective selon l'état des connaissances

Les auteurs admettent qu'il serait nécessaire de mener d'autres études dans lesquelles on isolerait d'autres aspects de la communication et on évaluerait plus à fond l'impact des différentes stratégies de communication sur la qualité de vie des patients. Ils peuvent tout de même se féliciter d'être les premiers à analyser de façon prospective l'effet de la position du médecin sur les patients.

En conclusion, les résultats en faveur de la position assise ne sont pas concluants. Il ne nous reste plus qu'à nous adapter à la préférence de chacun, dans la mesure du possible. Néanmoins, d'autres aspects de la communication médecin-patient semblent plus importants que la présence d'une chaise!



Points forts



Points faibles

Tous les textes de Critique et pratique sur Internet

<http://machaon.fmed.ulaval.ca/medecine/cetp>



## IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

**Afin d'optimiser la communication, les médecins devraient s'informer de la préférence de leurs patients à l'égard de la position à adopter, assis ou debout.**