



Corinne Perdrix, Xavier Gocko,
Catherine Plotton

Collège National des Généralistes
Enseignants

www.exercer.fr
exercer 2017 ; 132:187-

→ **Mots-clés** : Relation médecin-patient ; communication ; soins centrés sur le patient.

→ **Key words** : physician patient relations ; communication ; patient-centered care.

La relation médecin-patient

Objectifs

- Expliquer les bases de la communication avec le patient.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès
- Élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances

CONTEXTE

La compétence relationnelle est une compétence générique pour tous les médecins et la formation à cette compétence est inscrite dans les textes officiels¹. Le référentiel métier des médecins généralistes² a placé la relation médecin-patient au centre de leurs compétences.

La relation entre un médecin et un patient est une relation singulière : c'est une rencontre soignante. Le modèle relationnel a évolué d'un système paternaliste et biomédical vers un modèle autonomiste et bio psychosocial. L'approche centrée sur le patient (ACP) remplace progressivement l'approche centrée sur la maladie^{3,4}.

Le mot *malade* devrait progressivement laisser sa place dans les mots clés au mot *patient* qui illustre davantage la prise en charge globale bio médico psycho sociale.

Ces évolutions sont inscrites dans la loi du 4 mars 2002, qui réhabilite la place de l'individu dans le processus de soin et s'applique aux soignants.

Le modèle bio psychosocial et l'ACP améliorent la satisfaction

des patients et influencent positivement les différents indicateurs de santé.³ À travers le concept de démocratie sanitaire, les patients demandent à leur médecin d'être compétent en particulier dans la dimension relationnelle.

La communication professionnelle est une compétence essentielle à l'atteinte d'objectifs de soins. Elle procède de capacités qui peuvent être enseignées et apprises.

Le travail des habiletés communicationnelles nécessite un entraînement régulier et permet d'améliorer la relation médecin patient. L'annonce d'un diagnostic ou d'une maladie grave, ou l'éducation en santé en illustre l'importance.

L'APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT

Le concept d'approche centrée sur le patient définit une méthode systémique clinique reconnue internationalement⁴. Il fait l'objet de nombreux travaux de recherche et d'une littérature abondante. Le modèle ACP^{4,5} s'est développé à partir des travaux de M Balint⁶ et C Rogers⁷.

L'ACP est une démarche clinique pragmatique qui intègre à la fois les perspectives du médecin (démarche biomédicale, raisonnement clinique, diagnostic, thérapeutique) et celles du patient (expérience vécue de la maladie) mais aussi « l'agenda caché » du patient, son motif réel de consultation parfois révélé en fin d'entrevue. L'ACP utilise un mode de communication et des techniques d'entretien flexibles. Ce modèle d'entrevue est applicable par tous les médecins. Il peut permettre d'accueillir et d'organiser tous les facteurs non spécifiques contribuant à l'effet thérapeutique comme le remède médecin⁶.

La démarche clinique ACP comprend 4 dimensions se mettant clairement en interaction.

- Explorer à la fois la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient.
- Comprendre la personne dans sa globalité biomédicale, psychosociale et son contexte.
- Trouver un terrain d'entente, une compréhension commune sur le problème de santé ou de maladie et les solutions afin d'aboutir à une décision partagée. Promouvoir la santé et la prévention en développant l'éducation du patient.
- Développer l'alliance thérapeutique par un savoir-faire communicationnel et des attitudes thérapeutiques adaptées. Faire preuve de réflexivité et de réalisme, s'adapter à chaque situation et tenir compte de ses propres limites, de ses contraintes professionnelles et personnelles (charge de travail, charge intellectuelle, charge émotionnelle).

En utilisant différentes habiletés techniques, décrites plus loin, et en particulier ce que l'on nomme les 5 questions de Stewart, le praticien pourra approcher au mieux l'importance des motifs de consultation⁸.

- Qui est le patient ? Ses intérêts, son travail, ses relations ...
- Quelles sont ses attentes à l'égard de la médecine ?
- Quelle est l'influence de la maladie dans sa vie ?
- Quelle est sa compréhension (représentation) de sa maladie ?
- Comment vit-il sa maladie ?

À l'issue d'une entrevue centrée sur le patient, le médecin devrait pouvoir répondre aux 3 questions suivantes :

- Que connaître et comprendre du patient pour mieux le soigner ?
- Quelles attitudes thérapeutiques acquérir pour développer une alliance thérapeutique et optimiser le « remède » médecin ?
- Quels outils utiliser pour optimiser une écoute active et mieux conduire l'entretien avec le patient ?

LES BASES DE LA COMMUNICATION

La communication met en forme l'information et sert la qualité de la relation. Des médecins canadiens ont retenu la définition suivante : « *La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange verbal, ou par tout autre moyen, entre un médecin, un patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de santé. La communication en médecine comporte essentiellement deux fonctions : l'échange d'informations, et le développement d'une relation* ».⁹

C'est cette fonction « développement d'une relation » qui va être abordée ici.

Écouter

Déjà Confucius remarquait que :

« *Puisque tu as deux oreilles et une seule bouche ... écoute deux fois plus que tu ne parles* » et pour le Pr. Sicard, président du comité consultatif national d'éthique de 1999 à 2008, « *Un médecin qui écoute est souvent plus utile qu'un médecin qui prescrit* ». Ces deux exemples expriment les qualités d'écoute nécessaires au médecin. Mais ce n'est pas suffisant. Pour P. Watzlawick, « *On ne peut pas ne pas communiquer* »¹⁰. Ce qui signifie que la communication va bien au-delà des mots. 30% d'un message passe par les mots. Les 70 % restant sont de l'ordre du non verbal entre le patient et le médecin. La manière de dire, le ton, le regard sont des signaux émis et reçus, plus ou moins interprétés et compris. La présentation du patient et du médecin appartiennent aussi au non verbal : la morphologie, l'habillement, l'odeur, la coiffure, les accessoires, le maquillage ... tout est langage.

Approche systémique

D'après Bateson, « *Dans tout groupe, chacun influence et est influencé par les autres* ». Il en est de même pour un médecin et son patient. Pour mettre en œuvre une relation de qualité, une approche systémique et les éléments communicationnels qui en découlent sont utiles. Un système est un ensemble organisé d'éléments en interaction. Chaque système a une volonté d'équilibre, d'homéostasie, ce qui rend difficile tout changement menaçant cet équilibre. D'où la fréquente résistance au changement des patients si le médecin n'a pas conscience de ces interactions et n'utilise pas de technique adaptée :

Le type de relation : dans une relation symétrique les 2 personnes sont dans une escalade symétrique, soit vers le



haut, soit vers le bas, soit antagoniste : plus l'un monte plus l'autre descend. L'interaction reste stérile, elle ne se joue qu'à la surface, on n'est pas dans le contenu, chacun tentant d'être soit le plus fort soit le plus faible. Dans une relation complémentaire, les 2 interlocuteurs se placent dans un processus de collaboration : c'est un processus d'apprentissage, un processus constructif et une relation constructive.

Le type de logique : La logique linéaire décrit des procédures et recherche des causes premières : A entraîne B qui entraîne C etc., cette logique aboutit à des aberrations et ne tient pas compte des capacités d'évolution et de résistance des sujets. La logique non linéaire fait intervenir la rétroaction, c'est-à-dire l'action en retour d'un effet sur sa propre cause (le feed-back), découvert au 19^e siècle par les cybernéticiens qui travaillaient à l'étude des servomoteurs des machines à vapeur avec un risque d'explosion en l'absence de régulation. On peut citer pour exemple le développement des antibiotiques qui n'a pas tenu compte au début de la capacité des bactéries à s'adapter et à développer des résistances, nécessitant de développer des molécules de plus en plus puissantes et pas toujours efficaces.

La position des interlocuteurs : La personne en position haute tente de persuader l'autre qu'elle comprend mieux, sait mieux, est davantage capable. C'est une position de fragilité, de faiblesse. La personne en position basse reste dans l'écoute et l'acceptation sans mettre en avant ses capacités. C'est une position de pouvoir qui peut être utilisée dans une relation d'aide dont l'enjeu est la santé du patient.

Un praticien placé en position

basse, utilisant une relation complémentaire avec son patient, dans une logique non linéaire tenant compte des rétro actions, pourra mettre en place une relation médecin patient de qualité.

Les attitudes de PORTER :

Dans les années 50, Elias Porter¹¹ a identifié 6 grandes familles d'attitudes auxquelles nous avons recours dans nos relations interpersonnelles. Le tableau 1 caractérise ces attitudes et précise les effets possibles sur la personne à qui l'on s'adresse.

Avec des attitudes d'évaluation, de proposition de solution immédiate par exemple, le médecin ne reconnaît pas au patient sa capacité à être autonome, à gouverner lui-même ses conduites et peut le maintenir dans un état de dépendance.

L'attitude de compréhension empathique est une attitude qui favorise l'expression d'autrui. Elle place l'écouter dans une disposition intérieure favorable et lui permet au mieux la compréhension intellectuelle d'autrui. C'est une position très active, attentive, qui demande formation et entraînement. Le médecin imagine que lorsqu'il interroge une personne, celle-ci possède déjà une réponse prête à donner alors que dans les faits, elle ne sait pas tout à fait ce qu'elle pense, elle hésite, elle se cherche. L'attitude compréhensive vise à soutenir son effort intellectuel.

La conférence de consensus de Toronto :

En 1991, cette conférence a identifié les principaux problèmes de communication entre les médecins et les patients¹² :

- Les plaintes ou les préoccupations du patient ne sont pas prises en compte 1 fois sur 2 ;

- Les problèmes psychosociaux ou psychiatriques sont oubliés 1 fois sur 2 ;

- Il existe un désaccord du médecin et du patient sur la nature du problème principal 1 fois sur 2 ;

- Le patient est interrompu rapidement dans l'exposé de ses plaintes, en moyenne au bout de 18 secondes ;

- Les patients se plaignent plus souvent de problèmes de communication que de manque de compétence ;

- Beaucoup de patients ne comprennent pas ou ne se souviennent plus ce que le médecin leur a dit à propos du diagnostic et du traitement ;

- L'anxiété et l'insatisfaction du patient sont liées à la communication du médecin.

Plus récemment l'anthropologue S. Fainzang, a mis en évidence un « *décalage cognitif* » entre les attentes des patients et les comportements relationnels des médecins¹³. Les questions et les préoccupations des patients sont souvent mal entendues, mal comprises et font l'objet d'une réponse inappropriée, qui ne satisfait pas le patient, bien que les médecins aient le sentiment de faire des efforts pour communiquer. D'où l'enjeu d'une formation et d'un entraînement à une communication la plus efficace possible, pour laquelle il existe des outils validés.

LES OUTILS DE LA COMMUNICATION

Les attitudes, les habiletés relationnelles (savoir-être)

Elles vont permettre de développer une relation d'aide (selon Carl Rogers) et une écoute active. L'écoute active consiste à réellement vouloir comprendre le message communiqué. Il sous-entend :

- d'être disposé à écouter et de



Attitudes	Description	Risques	Apports
Décision (ordre-conseil)	Le médecin indique de façon plus ou moins contraignante au patient ce qu'il faut faire, penser ou sentir.	Peut provoquer chez le patient un accroissement de la dépendance ou un rejet de la consigne perçue comme infantilisante	Si elle est acceptée, elle peut diminuer l'anxiété et accroître la sécurité mais elle ne favorise pas la responsabilisation et le besoin d'autonomie
Interprétation	Le médecin explique au patient le mécanisme de sa maladie, il lui fait prendre conscience de lui-même, lui révèle comment il comprend l'implicite de la situation (maladie, symptôme, conduite)	Une interprétation inopportune, erronée ou trop précoce peut générer des défenses agressives et un sentiment de persécution (sentiment d'être « deviné »). Elle doit être « autorisée » par le malade acceptant un peu d'intrusion dans son appareil psychique.	Si l'interprétation est correcte, amenée tranquillement, acceptée par le patient, elle peut lui fournir des éléments pour renoncer à des bénéfices secondaires et se laisser guider vers des soins qu'il refusait.
Soutien (Support)	Rassurer, tranquilliser, soulager, dissiper les craintes, favoriser la confiance en soi. Le médecin va aussi confirmer la régularité de sa présence	Risque d'auto-rassurance du soignant. Risque de minimisation de la plainte du malade qui si elle est exagérée peut induire une contre réaction agressive, ou une attitude abandonnique.	Créer une sécurisation du patient influencé par une ambiance (inquiétude sociale, familiale, voisinage) hostile ou dramatisante. Permet au patient de s'appuyer sur une personne de confiance.
L'évaluation	Il s'agit d'un jugement moral (bien /mal) ou logique (vrai-faux) portant sur des actes, des pensées, des sentiments du patient.	L'évaluation négative non acceptée bloque la relation (rupture ou agressivité, rejet). L'évaluation négative acceptée entraîne dépression et culpabilisation.	L'évaluation négative acceptée (préparée soigneusement, mûrie...) peut extraire le patient d'un risque (abus, violence conjugale, maltraitance...) L'évaluation positive (quand le médecin connaît bien son patient et son histoire) peut apaiser ou inverser un sentiment de culpabilité.
L'enquête	Obtenir des informations supplémentaires, anamnestiques. Cette attitude se caractérise par des successions de questions.	Elle peut générer un certain degré de méfiance si le patient ne comprend pas la démarche du médecin : (« il veut en venir où ? »)	Dans l'imaginaire des patients, le recueil anamnestique est classique en médecine générale et constitue une preuve de l'intérêt porté à la souffrance de l'individu et de l'exploration soigneuse des pistes étiologiques mais aussi des préférences sur des modalités de soins.
L'écoute compréhensive	Comprendre de l'intérieur, se mettre à la place du patient pour saisir et lui faire saisir la signification de la situation (empathie et reformulation) :« <i>Si je vous comprends bien, vous êtes le souffre-douleur de tout le monde au bureau, sur qui pouvez-vous appuyer ?</i> »	Elle impose un minimum de confiance en soi du malade, de clairvoyance (insight), sous peine de laisser le patient pétrifié.	C'est une attitude qui favorise l'autonomie et diminue sa dépendance. Elle donne au médecin le sentiment d'avoir effectué un travail de qualité par l'élaboration d'une décision partagée.

Tableau 1 - Les attitudes de Porter

le montrer (attitude non verbale) ;

- d'observer les indices verbaux et non verbaux du patient ;
- de faire preuve de compréhension et d'encouragement à l'égard du patient à l'aide d'incitatifs verbaux et non verbaux ;
- de savoir respecter l'interlocuteur.

La congruence

Le médecin apparaît « tel qu'il est », les rapports avec le patient sont authentiques, sans masque et il exprime ouvertement les sentiments qui l'imprègnent dans « *l'ici et maintenant* » de la consultation. Le médecin pense tout ce qu'il dit, même s'il ne dit pas tout ce qu'il pense. Le patient se sent rassuré par l'authenticité du médecin. Le médecin peut disposer de ses sentiments et de ses émotions de façon libre, ils sont accessibles à sa conscience, identifiés, expliqués et il peut ainsi les mettre à distance ou les utiliser au moment opportun. Le médecin attristé par l'histoire de vie du patient peut ainsi l'exprimer « *Ce que vous dites là me touche beaucoup* ».

La considération positive du patient, dite aussi « inconditionnelle »

Il s'agit d'avoir une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce que vit le patient intérieurement, sans réserve ni jugement. Le patient se sent considéré, tel qu'il est, donc écouté et compris. Le médecin se soucie du patient dans sa totalité, sans condition, en mettant de côté son propre schéma cognitif et ses valeurs personnelles. Ainsi le médecin peut comprendre la nécessité d'un arrêt de travail pour ce patient, qui ne serait pas nécessaire pour un autre par exemple.

L'empathie

L'empathie met en œuvre l'expression verbale et non

verbale. Il s'agit d'apprécier, et d'accepter l'état émotionnel d'autrui, afin de mieux le comprendre. Pour comprendre le patient, le médecin essaie de mettre de côté son propre schéma de pensée vis-à-vis de la situation vécue par le patient. Cette compréhension est ensuite exprimée au patient : « *Je comprends que c'est difficile pour vous* ». Même lorsqu'il comprend le médecin n'oublie pas qu'il n'est pas le patient et évite d'être envahi par l'histoire du patient.

Adopter une attitude empathique permet au patient de se sentir écouté, compris et aidé. Et permet au médecin par son attitude professionnelle de se protéger de la sympathie ou de l'antipathie en renforçant l'alliance avec le patient.

Il convient d'avoir à l'esprit que l'empathie ne peut rester à l'état de technique pure. Il faut un minimum d'engagement et de conviction dans la souffrance de son patient pour que cette attitude prenne une fonction soignante.

La compétence émotionnelle

Les individus diffèrent dans la manière dont ils identifient, comprennent, expriment, régulent et utilisent leurs émotions et celles d'autrui¹⁴. En contexte professionnel, les émotions sont des ressources qui permettent, selon les situations, de s'ajuster (niveau individuel), d'optimiser la communication (niveau interpersonnel) et de faciliter la coordination sociale (niveau groupal). Cette compétence émotionnelle du praticien comprend 5 dimensions et trois niveaux.

Les 5 dimensions sont les capacités :

- D'identification de l'émotion : qu'est-ce qui se passe ?
- De compréhension de l'émotion : quelles en sont les causes et les conséquences ?
- D'expression de l'émotion, de

manière éthiquement acceptable ;

- De régulation de l'émotion : gestion du stress et des émotions ;
- D'utilisation de l'émotion : pour faciliter la pensée et l'action.

Les 3 niveaux rendent compte de la nature des compétences émotionnelles du médecin :

Niveau 1 : connaissance des émotions, c'est un savoir-redire déclaratif

Niveau 2 : habiletés à reconnaître les émotions, c'est un savoir-agir décontextualisé

Niveau 3 : dispositions à gérer et utiliser les émotions en contexte, c'est un savoir-agir en situation.

Le développement d'un niveau élevé de compétence émotionnelle par le praticien lui permet d'adopter une attitude véritablement empathique avec un travail sur les émotions oscillant entre l'évitement passif (convention sociale sans affect, minimiser les émotions), la dissimulation active (convention sociale, crainte de perte de confiance face à certaines émotions jugées négatives comme la colère) et le déferlement émotionnel. Ainsi peuvent se mettre en place les 6 étapes de la relation empathique (Smith et Hope 1991).

- Reconnaître les moments d'émotion ;
- Demander au patient ce qui se passe ;
- Nommer l'émotion ;
- La légitimer ;
- Respecter les efforts du patient pour faire face ;
- Lui offrir aide et soutien pour le futur.

Les habiletés techniques (savoir-faire)

Elles vont permettre de conduire un entretien structuré avec le patient pour un recueil d'information optimal.



Poser des questions ouvertes

Ce sont les questions auxquelles le patient ne peut pas répondre par oui ou non. Elles permettent au patient de réfléchir par lui-même et de mobiliser ainsi ses propres ressources. Elles permettent au médecin une économie d'énergie en ne réfléchissant pas à la place du sujet pour ne pas l'influencer. Idéalement une question ouverte commence par « Que ? » ou « Comment ? ». « *Que pensez-vous de vos troubles ?* », « *Comment envisagez-vous votre prise en charge ?* »

Respecter les silences

Il s'agit de laisser au patient, après une question, un temps de réflexion avant d'enchaîner sur une autre question. Ou bien, à l'intérieur d'une réponse, de laisser des moments de pause. Le patient est encouragé à poursuivre son idée à son rythme. Il mobilise ses ressources, avec un effet relaxant, libérant des émotions. Le praticien peut obtenir des éléments cachés, la levée d'une résistance, l'observation des éléments non verbaux.

Poser des questions fermées ?

Ces questions auxquelles le patient répond par « oui » ou « non » sont parfois utiles pour préciser certaines données de l'entretien, ou de l'examen physique, en particulier dans les situations d'urgence.

Recontextualiser

Il s'agit de parler de quelque chose de précis dans un contexte pour faire en sorte que le patient soit branché sur sa réalité et non sur la relation personnelle. Exemple : Faire parler le patient de sa douleur de façon précise : Où ? Quand ? Comment ? Qu'est-ce que ça vous a fait ? Qu'avez-vous ressenti ? A quoi avez-vous pensé ?.....

Ce recueil d'informations pertinentes peut se faire dans « *l'ici et maintenant* » de la consultation.

Reformuler

Il s'agit de répéter ce qui vient d'être dit par le patient, comme nous pensons l'avoir entendu et/ou compris ou bien de répéter ce que dit le patient avec ses propres mots. C'est une méthode puissante pour brancher la personne sur sa réalité. Elle permet au patient de prendre conscience de ce qu'il dit, de ce qu'il pense, de se sentir écouté et compris. Le praticien évite d'enchaîner les questions, il crée un ralentissement avec un effet relaxant de l'entretien, montre au patient qu'il est sur la même longueur d'onde.

Renforcer

Cela se définit par rapport à ce que le praticien souhaite voir « pousser ». Il renforce de manière directe, massive, sans nuance. Il s'agit d'une reconnaissance immédiate de la plainte du patient qui encourage la libération de la parole par un renforcement positif. Le patient se sent en confiance, son sentiment de culpabilité et/ou de honte diminue. Le praticien se positionne en tant que collaborateur et facilitateur de parole.

Résumer

Il s'agit de faire une synthèse de ce que le praticien a entendu et compris au cours de la consultation. Il fait un résumé plutôt que de poser une nouvelle question. L'effet pour le patient est un effet miroir, une prise de conscience de sa situation. Il a le sentiment d'avoir été écouté et compris. Le praticien peut vérifier la qualité de son écoute et renforcer l'alliance thérapeutique.

CONSTRUIRE UNE RELATION DE SOIN

L'alliance avec le patient, dite aussi alliance thérapeutique, est le résultat de la mise

en pratique de cette approche centrée sur le patient au cours des consultations successives. Cette alliance va au-delà d'une simple prescription médicamenteuse, c'est l'ensemble de la relation qui est thérapeutique. A l'aide de ces outils et de ces attitudes, le patient est amené à être un véritable acteur de sa santé.

Aspects éthiques de la relation de soins

L'acte médical est le moment de convergence de 3 finalités : celle du malade, celle du médecin, celle de la société. Ces finalités induisent des relations et des interactions comportant toutes des aspects éthiques dont il faut tenir compte. Le Pr. D. Von Engelhardt de Lübeck en a schématisé les principales relations et interactions. (Figure.1)

En 1995, P. Ricoeur a défini la notion de « *pacte de soins* » basé sur la confiance, qui permet le rééquilibrage de la relation de soins.

En 1996, un groupe de médecins généralistes, réunis en séminaire de formation médicale continue sur les dimensions éthiques dans le cadre des soins palliatifs à domicile a produit la définition suivante : "*L'éthique permet le respect, la dignité et la liberté de l'individu lui-même, dans son groupe et dans la collectivité régie par ses lois*".

Dans la relation médecin-patient, « *La personne humaine est une identité libre et autonome, une nature raisonnable, en relation avec autrui. Cette personne est digne de respect. Elle n'est ni un objet, ni un moyen, ni une chose biologique, ni une convention sociale, mais une fin* ». (Claude Rougeon, d'après Emmanuel Kant).

Se dégagent ainsi des repères éthiques de la relation médecin-patient :

Il existe une unicité de la personne dans la relation patient-médecin. Cette personne humaine est citoyenne. Pour Kant : « *la personne est un sujet moral qui engage sa responsabilité et qui doit être reconnu dans sa dignité de sujet* »

La personne n'est pas reconnue dans sa dignité en tant qu'être pensant mais par un respect inconditionnel lié à la reconnaissance de cette personne comme « *fin en soi* », en fonction de son autonomie et de sa nature raisonnable. La personne est législatrice d'elle-même.

Le médecin doit conserver la structure complexe de la personne. Il doit penser à la structure interne faite d'un existant individuel, d'un au-delà de tous les mérites : moral, culturel, social ; contre tous les racismes, les intégrismes ; de la raison alliée à une volonté dans une action engagée. Pour Durkheim : « *La personne se construit au jeu des relations sociales et dans son engagement dans la société* ». La tolérance réciproque entre les deux protagonistes de la relation patient-médecin comprend la nécessaire non-violence de la relation de soins.

Classiquement l'éthique médicale est présentée sous la forme de quatre grands principes : l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice¹⁵. L'asymétrie du savoir des deux acteurs de la relation médecin patient peut conduire le médecin à instrumentaliser le patient. L'inférence du savoir et du pouvoir ont été décrits par de nombreux sociologues. (Abbott) Dans une position de décideur, le médecin transforme le patient en exécutant. Sa bienfaisance n'est pas garante de non malfaisance (malgré lui) et la décision univoque sera un jour contre dite. La posture

paternaliste peut amener un jour une opposition. Comment être juste ? Si le médecin obtempère au moindre désir du patient, il est à son tour instrumentalisé. Les demandes dites abusives requièrent des habiletés communicationnelles importantes puisque l'enjeu est de dire non sans rejeter. Comment être juste avec un patient placé en position de vulnérabilité par la maladie ? Le médecin ne peut pas éthiquement dire à un patient de choisir si oui ou non il veut essayer cette seconde ligne de chimiothérapie après avoir lui avoir exposé froidement des pourcentages de survie. Reconnaître la vulnérabilité comme qualité humaine (Kant) permet au médecin de l'intégrer dans la relation. Le médecin se transforme en témoin biographe du patient, facilitateur d'autonomie, dans un contexte de vulnérabilité¹⁶.

Tenir compte des difficultés de compréhension du patient

De nombreux patients peuvent présenter des difficultés de compréhension. Ces difficultés peuvent être linguistiques (patients migrants, étrangers, de cultures différentes) mais aussi médicales (déficits sensoriels, troubles cognitifs). Ces difficultés requièrent de la part du médecin une attention importante et une expertise des habiletés communicationnelles. Le risque éthique est celui d'une dépersonnalisation où le médecin oublierait l'être humain du fait des difficultés de compréhension.

ANNONCER LA MAUVAISE NOUVELLE

En février 2008 la Haute Autorité de santé (HAS) a publié une fiche méthode « Annoncer une

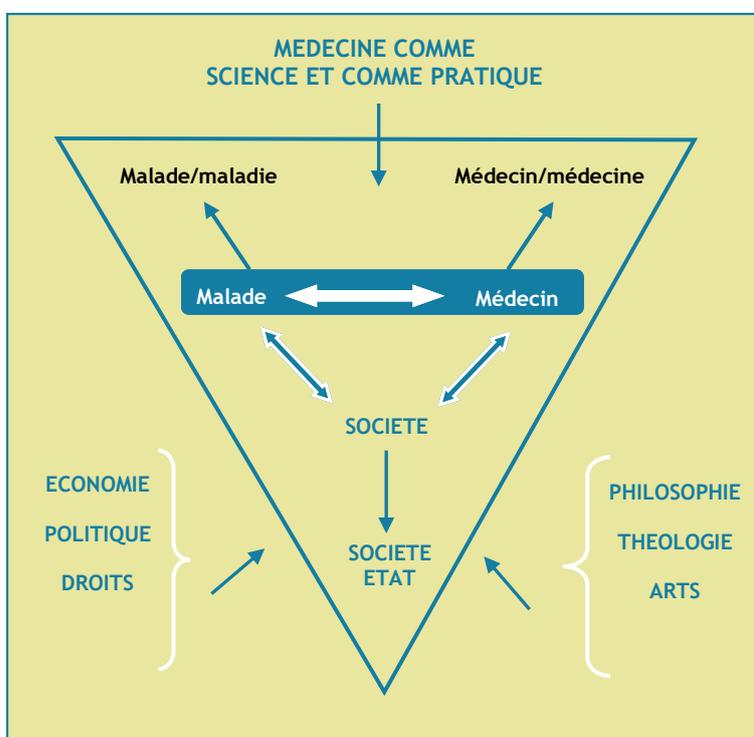


Figure 1 - Patient, médecin et société : relations et interactions selon D. Von Engelhardt de Lübeck



mauvaise nouvelle »¹⁷ pour aider les praticiens dans cette étape majeure de la relation médecin-patient. « *Une mauvaise nouvelle est une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son être et de son avenir* ».

La mauvaise nouvelle concerne le patient, par la modification radicale du cours de sa vie qu'elle engendre, mais aussi le médecin, par les difficultés auxquelles il peut être confronté au cours de son annonce au patient. La HAS recommande de structurer cette annonce en trois étapes : AVANT la rencontre avec le patient, LORS de la rencontre avec le patient, en FIN de rencontre avec le patient.

AVANT la rencontre

Le médecin doit préparer sa rencontre avec le patient, et comprendre ses difficultés.

- A-t-il des difficultés à dire et pourquoi ?
- Quelles représentations, quelles expériences personnelles (positive, négative) a-t-il de cette maladie et de ses conséquences ?
- Quel rôle va-t-il avoir dans la prise en charge du patient (traitement, accompagnement) et quelles en sont les limites ?

Afin de donner au patient des perspectives réalistes, le médecin doit disposer de suffisamment d'informations sur la maladie et les options thérapeutiques qui peuvent être proposées :

- Que sait-il de la situation clinique du patient ?
- Que sait-il de la maladie et de son évolution naturelle (survenue de handicap, mise en place de traitements de plus en plus contraignants...) ?
- Que sait-il des options thérapeutiques, des prises en charge possibles et de leurs conséquences ?

- Que sait-il du rapport bénéfice-risque de chacune de ces prises en charge ?

- Quelle est la part d'incertitude du pronostic, de la variabilité de l'expression de la maladie ?
- Que peut-il prévoir de l'évolution de ce patient ?
- Qu'est-ce qui va changer dans la vie du patient ? Qu'est-ce qui sera probablement le plus difficile pour lui ?
- Quelle est la filière de prise en charge (structure d'accueil lorsque le handicap ou les difficultés surviennent ?

LORS de la rencontre :

Le médecin doit s'efforcer d'obtenir des informations concernant le patient afin d'adapter l'information à ses besoins au moment de la rencontre et d'éviter de détruire les constructions intellectuelles et psychiques qu'il a élaborées pour se protéger.

- Ce que le patient attend de cette consultation.
- Les personnes qu'il a déjà rencontrées, l'information qu'il a déjà reçue, ce qu'il en a compris.
- Ce qu'il souhaite savoir, aujourd'hui.
- Les représentations qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.
- Les expériences personnelles (famille, proches), qu'il a de cette maladie et de ses conséquences.

Le médecin doit s'efforcer d'obtenir des informations concernant l'environnement du patient :

- Sa situation familiale personnelle (enfant, personne à charge, isolé ou entouré).
- Les soutiens possibles.
- Sa situation matérielle, professionnelle, sociale.
- La représentation qu'a son compagnon/ses enfants/son entourage de la maladie.

- L'information qu'il souhaite que l'on donne à ses proches, s'il préfère qu'on l'aide à informer ses proches.

- Les besoins ou les souhaits d'aide ou de soutien (psychologique, social) pour lui ou ses proches.

En FIN de rencontre :

Le médecin doit se poser des questions sur lui-même et le déroulé de la consultation :

- Lui ai-je laissé la possibilité de poser toutes ses questions ?
- Suis-je en mesure de savoir ce qu'il a compris ?
- Qu'a-t-il retenu de la consultation ?
- Pour la prochaine consultation : que me reste-t-il à lui dire ?

Quelques repères :

Annoncer, ce n'est pas seulement informer, c'est donner au patient les informations dont il a besoin, tout au long du processus d'accompagnement.

L'annonce a un effet traumatique : l'émotion est tellement forte lors de la première annonce que, la plupart du temps, le patient n'entend qu'une petite partie de ce qui est dit.

Lors de la consultation de première annonce, tout n'est pas abordé, le patient a besoin de temps.

Le patient se défend : il va adopter une attitude qui lui permettra de faire face à une situation vécue comme trop douloureuse. C'est une tentative d'adaptation du psychisme face à l'angoisse. Ainsi le patient pourra adopter différentes attitudes : l'isolation, le déplacement, la projection agressive, la régression, le déni.

Le professionnel peut rencontrer des difficultés pour annoncer une mauvaise nouvelle. Il peut mettre en place lui aussi des mécanismes de défense pour faire face à l'angoisse de la situation de son patient.

En pratique : il est essentiel à la démarche de se donner le temps, d'être à l'écoute, d'être attentif aux mots choisis et d'assurer un suivi de l'annonce.

ELABORER UN PROJET PEDAGOGIQUE INDIVIDUALISE POUR L'EDUCATION D'UN PATIENT

La relation médecin patient est le support de l'éducation à la santé et à la maladie du patient. Même si elle est très abordée actuellement l'éducation thérapeutique n'est qu'une partie des éducations. La charte d'Ottawa (OMS 1986)¹⁸ a bouleversé la conception biomédicale de la santé en intégrant sa partie sociale. La figure 2 représente les deux modèles de santé classiquement décrits : l'approche centrée sur la maladie et l'approche centrée sur le patient et la communauté.

Les deux étymologies du mot éduquer, educare et educere, expliquent les différentes postures possibles du médecin. Le premier « *nourrit* » le patient : l'enseignement est vertical, centré sur la maladie et sur le médecin qui diffuse son savoir. Le deuxième est « *conduire hors de* » : la posture du médecin est facilitatrice et propose aux patients de réfléchir à de nouvelles informations pour l'amener au changement. Dans la première, le médecin peut facilement prendre une posture d'injonction, une forme apostolique selon Balint⁶ auxquelles le patient ne répondra probablement pas.

Dans la deuxième, le médecin se sert de l'entretien motivationnel¹⁹ et renforce l'autonomie d'un patient acteur de sa santé.

Dans les années 1990, deux psychologues américains, Pro-

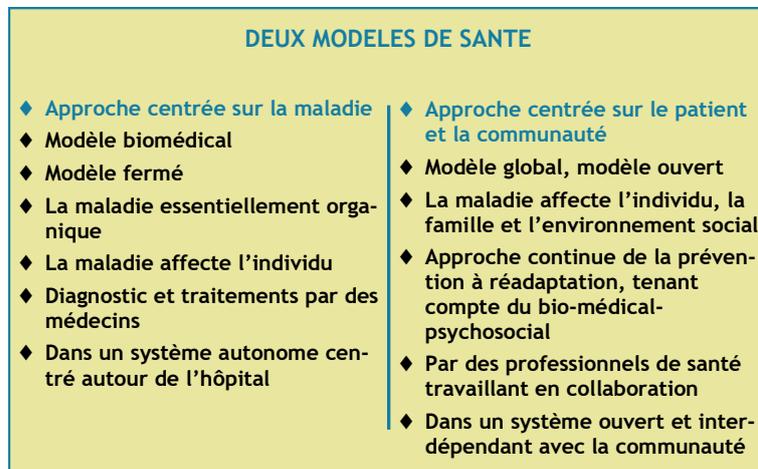


Figure 2 - Les deux modèles de santé

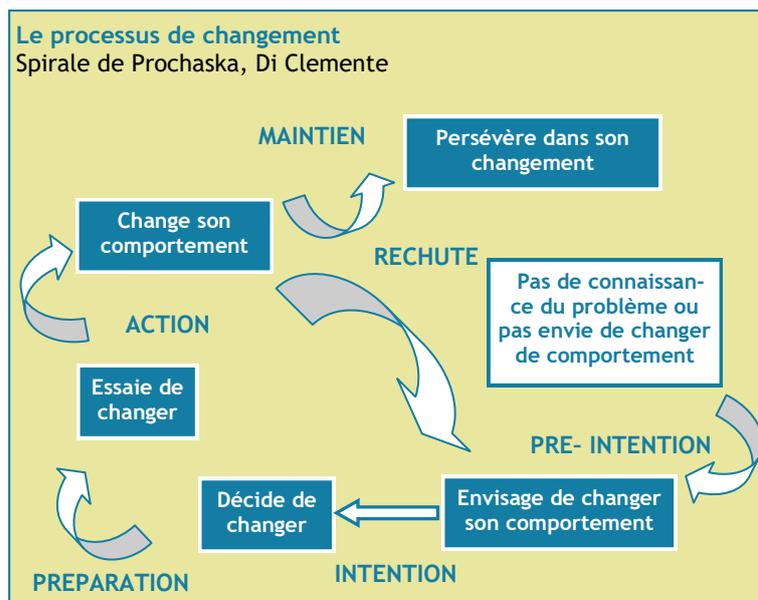


Figure 3 - Le cycle de Prochaska et Di Clemente

chaska et Di Clemente, ont modélisé un cycle de motivation au changement de comportement des sujets. Ce cycle, qui fait référence actuellement²⁰ peut être parcouru par les patients dans les deux sens mais le plus souvent étape par étape. Il permet de comprendre l'importance du repérage du stade motivationnel du patient afin d'adapter le discours du médecin. Il est représenté par la figure 3.

L'éducation a une logique

d'apprentissage centrée sur le patient. Les deux postures « Enseignement » et « Apprentissage » sont résumées dans le tableau 2.

La relation médecin patient permet au médecin de négocier des solutions à des problèmes en alliance avec un patient à même « *de faire son chemin* » (Bataille). Pour illustrer le concept, la prescription de l'activité physique chez le diabétique est un exemple des deux postures. A un patient



	Logique d'enseignement	Logique d'apprentissage
Centrée sur	L'enseignant	L'apprenant
Nature du savoir	Savoir-objet, théorique	Savoir-action, pratique
Objectifs éducatifs	Transmission de savoir	Acquisition de compétences
Acteurs	Enseignant/ Apprenant	Enseignant /Apprenant / pairs /autres
Contenus	Généralistes, communs à tous	Communs et spécifiques à chacun
Programme	Par thèmes et matières longitudinal	Coordonné et intégré transversal
Définition des objectifs	Par l'enseignant	Apprenant/ Enseignant

Tableau 2 - Les logiques d'enseignement et d'apprentissage

AVANTAGES	INCONVENIENTS
Echanges d'expériences entre patients	Risque d'enseignement vertical
Emulation, interactions	Difficulté de faire participer les patients
Convivialité	Patients trop hétérogènes
Confrontations des points de vue	Inhibition des patients à s'exprimer
Gain de temps	Horaires fixes des séances
Stimulation des apprentissages	Difficultés d'accorder de l'attention à chacun
Apprentissages expérientiels par situations-problèmes	Difficulté de gérer un groupe

Tableau 3 - Avantages et inconvénients de la pédagogie collective dans l'éducation du patient

obèse diabétique et hypertendu, la première posture dit de marcher 5 fois trente minutes par semaine (recommandation de grade C de la HAS : faible niveau de preuve). Si le patient est atteint de gonarthrose, il se verra probablement conseiller une activité comme la piscine moins précise que la première puisque hors recommandations. Et si le patient ne s'exécute pas, la première posture peut conduire le médecin à penser que les patients sont idiots et n'écoutent rien. La deuxième posture conduit le médecin à expliquer l'importance du couplage changement alimentaire et activité physique et à demander au patient ce qu'il

imagine pouvoir faire régulièrement comme activités. La solution sera négociée, fera probablement l'objet d'un contrat et aura plus de chance de réussir. L'attitude positive inconditionnelle du médecin évitera au médecin une posture de jugement en cas de non-réalisation.

L'éducation est parfois proposée de manière collective à travers les réseaux qui sont florès. Les avantages et les inconvénients de la pédagogie collective sont résumés dans le tableau 3.

La transition épidémiologique des derniers siècles, grandes épidémies versus maladies chroniques²⁰ et le désir d'autonomie des patients ont conduit

les médecins à réfléchir à leur posture éducative. Cette posture doit être efficace mais surtout éthique. Le danger serait d'opposer une culture sanitaire normative à la liberté imprescriptible à disposer de son corps. La somatocratie ou la morale des corps (termes empruntés à Foucault) remplacerait la dichotomie bien/mal par bien portant/malade. La posture de facilitateur d'apprentissage comporte un transfert de savoirs et de pouvoirs qui donnent au patient la possibilité de modifier des comportements néfastes en développant le sens de sa responsabilité. Si l'observance est estimée actuellement à 30% (OMS) le changement de modèle éducatif devrait parler d'alliance et améliorer ce chiffre.

CONCLUSION

L'importance de la qualité de la relation médecin-patient sur différents indicateurs de santé a fait l'objet de nombreuses études et n'est plus à démontrer. Les critères de qualité de cette relation sont connus²¹ et peuvent être ainsi énumérés, calqués sur un temps de consultation :

- ◆ Ecouter attentivement le patient, sans l'interrompre, en respectant les temps de silences et en observant la communication non verbale.
- ◆ Poser des questions ouvertes : pour interroger sur les événements de vie, favoriser l'expression des idées du patient sur sa maladie, ses croyances, ses représentations, et l'encourager à poser des questions.
- ◆ Montrer de l'empathie en encourageant le patient à exprimer ses émotions, ses soucis et ses attentes, en essayant de comprendre ses problèmes du patient même lorsqu'ils ne peuvent pas être résolus, en

respectant ses préférences et ses valeurs.

◆ Montrer de l'intérêt par un examen soigneux.

◆ Expliquer le diagnostic avec des mots compréhensibles pour le patient et informer sur le traitement avec éventuel-

lement des explications écrites et s'impliquer dans la décision thérapeutique.

◆ Réaliser une compréhension commune en vérifiant que le patient a bien compris le diagnostic, le pronostic et le traitement, en se méfiant des conseils et des propos rassurants prématurés.

◆ Conseiller pour l'adoption de comportements préventifs.

◆ Outre la prise en charge adaptée du patient et de sa maladie, dans son contexte de vie et avec son accord, une relation de qualité permet au médecin de s'épanouir dans son travail et de lui donner un sens.

Références

1. <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/4/8/ESRS1308333A/jo/texte>

2. Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », CNGE, CNOSF, CASSF CNGOF. Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues -obstétriciens. Paris: Berger Levrault ; 2010. 155 p.

3. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM, How does communication heal ? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns 2009 ; (3) : 295-301

4. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000 ; (51):1087-1110.

5. Stewart M, Brown J, Weston W, et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Oxon: Radcliff Medical Press, 2014

6. Balint M. Le Médecin, son Malade et la Maladie. Payot; 2009. 419 p.

7. Rogers C. Psychothérapie et relations humaines Théorie de la thérapie centrée sur la personne. Issy-les Moulineaux: ESF éditeur; 2009. 157 p.

8. Stewart MA, Brown JB, Weston WW. Patient-centred interviewing part I: five provocative questions. Canadian Family Physician 1989; 35:159-61.

9. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, et al. Compétence en communication professionnelle en santé, Pédagogie Médicale 2010 ; 11 : 255-72.

10. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson D. une logique de la communication. Paris. Seuil, 1979 ; 280 p.

11. Porter, Elias.H., An introduction of Therapeutic Counseling, Boston, Houghton Mifflin, 1950

12. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication : The Toronto consensus statement, BMJ 1991 ; 303 : 1385-87

13. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonges. Paris. PUF, 2006 : 159p

14. Mikolajczak M, Qoidbach J, Kotsou I, Néllis D : Les compétences émotionnelles. Paris : Dunod ; 2009. 308 p.

15. Lecoz P. Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Volume 12, Numéro 6, 383-90. Novembre Décembre 2009.

16. Lemoine E, Lange L, Chapuis F, Vassal P. Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. Éthique et santé (2014) 11, 85-90.

17. Haute autorité de santé, Annoncer une mauvaise nouvelle, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf [Consulté le 28 juillet 2015].

18. Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986. Disponible sur http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf. [Consulté le 20 juillet 2015].

20. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris : InterEditions-Dunod, 2006 : 241p.

21. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviours . In : Herson M, Eisler RM, Miller PM, Progress in behaviour modification. Newbury Park : Sage : 184-218, 1992.

22. Moreau A, Dedianne MC, Bornet Sarassat L, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attente et perception de la qualité de la relation entre médecins et patients. Rev Prat Med Gen 2004 ; 674/675 :1495-1498