

## Chapitre 16

# Communication avec les patients

La médecine personnalisée, en tant qu'approche de la médecine adaptée à l'individu, est étroitement liée à la découverte de ce qui est spécifique à une personne. La spécificité se caractérise par le fait qu'elle n'est pas automatiquement révélée, par exemple à partir des caractéristiques extérieures d'une personne. Cela signifie aussi que l'on ne peut pas directement s'enquérir des particularités spécifiques à une personne, des valeurs et des espoirs qui lui sont propres, qu'il faut la laisser se raconter – et c'est là qu'intervient la communication professionnelle qui est l'objet de ce chapitre.

**Exemple:** Une mère se rend à la consultation d'une généticienne ou d'une pédiatre avec son enfant âgé de 16 mois. Le diagnostic de neurofibromatose de Recklinghausen vient d'être posé. Le médecin traitant est confronté aux questions suivantes:

- Comment puis-je expliquer cela à la mère de l'enfant?
- Que sait-elle, que souhaite-t-elle savoir?
- Qu'est-ce que cela signifie pour l'enfant?
- Qu'est-ce que cela signifie pour d'éventuels autres enfants respectivement pour une nouvelle grossesse?
- Qu'existe-t-il comme possibilités diagnostiques?
- Comment réagit la mère à ces informations?
- Comment peut-elle gérer l'incertitude?

### 16.1. Différence entre la communication privée et la communication professionnelle

La communication privée est moins clairement orientée vers un objectif précis. Cela signifie, entre autres, qu'en règle générale, les personnes impliquées ne cherchent pas à atteindre un but précis dans la conversation. Dans la communication professionnelle, au contraire, le partenaire non professionnel a une demande précise qui l'a motivé à consulter un partenaire professionnel. Cette différence s'applique aussi bien pour un entretien auprès d'un conseiller fiscal ou d'une administration que pour une consultation médicale. Le partenaire professionnel d'une interaction a souvent ses propres objectifs, par exemple maximiser son propre avantage en vendant un certain service ou minimiser son propre effort en dissimulant des alternatives qui demanderaient un investisse-

ment personnel plus important. Dans une consultation médicale, le partenaire professionnel cherche souvent à informer le patient, par exemple des avantages et des inconvénients d'une intervention ou de la nature d'une maladie et de son traitement optimal.

La communication privée se déroule rarement dans un espace temporel limité; une gestion rigide du temps pendant une discussion privée, par exemple après le travail, est déconcertante, car celle-ci est supposée finir spontanément, sans que sa durée soit définie au préalable. La communication professionnelle est – du moins dans le quotidien médical – soumise à une cadence temporelle qui définit le temps imparti à chaque entretien dans le secteur ambulatoire et prévoit des créneaux horaires approximatifs dans le secteur stationnaire, dans lesquels, par exemple, la visite du service ou la présentation d'un patient au tumor board doivent être conclues.

Le contenu de tous les entretiens est soumis à des conventions précises qui sont orientées, par exemple, selon les stéréotypes de genre ou la position hiérarchique des personnes impliquées. Le plus souvent, les marges de manœuvre sont larges et très variables, alors que dans le contexte médical elles obéissent à un rituel particulier: A a un problème et espère que B a la solution. B s'attend à ce que A ait un problème; il veut en connaître la nature et savoir si ses compétences lui permettent de trouver une solution. Dans la communication entre le spécialiste et la patiente, la réciprocité, qui suppose que le choix des sujets et l'intimité de ce qui est dit sont répartis entre les intervenants, est exclue. Le spécialiste peut proposer des sujets et, le cas échéant, poser des questions intimes sans donner à la patiente le droit d'en faire autant.

## 16.2. Communication ouverte et communication fermée

Ce chapitre est consacré aux deux principales formes de communication entre le spécialiste et le patient. Les deux formes sont nécessaires pour atteindre les objectifs d'une communication professionnelle: identification d'un problème, proposition de solutions, discussion des solutions proposées avec le patient, accompagnement du patient et soutien lors de la mise en œuvre des propositions.

**Pose de l'indication: les problèmes sont-ils évidents ou définis de manière imprécise?**  
Lorsque la communication est ouverte, la patiente fournit des informations complémentaires qui peuvent aider à définir le problème ou l'éventail des solutions possibles. En cas de problème manifeste, une communication ouverte n'est pas

nécessaire, mais peut être perçue comme une invitation amicale à un échange. Mais il peut tout aussi bien arriver que la patiente soit irritée et quitte la consultation parce que le spécialiste, croyant qu'une communication ouverte dans le but d'enregistrer la situation globale de la patiente était préférable dans tous les cas, n'a pas perçu son souhait d'exposer brièvement et de manière succincte sa préoccupation concrète. La recherche ciblée d'informations n'a de sens que s'il y a un but, c'est-à-dire si le spécialiste dispose de suffisamment d'indices pour envisager une hypothèse de diagnostic, qu'il peut ensuite clarifier en posant une série de questions fermées qui exigent des réponses sans ambiguïté. Il est inutile de poser des questions orientées vers un but en l'absence de but – c'est là qu'intervient la communication ouverte.

**Techniques concrètes de la communication ouverte.** L'acronyme ARRR, *Attendre, Répéter, Reformuler, Résumer*, désigne quatre techniques de communication qui renvoient l'initiative de l'entretien au patient.

Si la patiente poursuit la conversation de sa propre initiative, *Attendre* est une stratégie judicieuse qui permet de ne pas perdre trop de temps, puisque même lors d'une première rencontre, 80 % des patientes mettent un terme à leurs réponses après 2 minutes. La durée pertinente d'une attente se lit dans le regard de la patiente: si elle réfléchit à une question ou souhaite poursuivre le fil de sa conversation, elle détourne souvent le regard – elle interrompt ainsi le contact visuel avec le spécialiste et «se tourne vers son intérieur» à la recherche de ce qui mériterait d'être raconté.

Le fait de *Répéter* des mots isolés de la dernière phrase de la patiente l'invite à continuer à s'exprimer; le choix des mots répétés dirige en même temps le focus des déclarations suivantes (le patient: «Voilà trois semaines que j'ai de la fièvre tous les soirs!»; le médecin: «...de la fièvre?» – fournit des informations sur la hauteur de la température, par exemple; le médecin: «...trois semaines?» – fournit des informations sur le déroulement temporel).

La spécialiste paraphrase ce qu'elle a perçu chez la patiente. *Reformuler* avec ses propres mots ce qui a été perçu peut se référer au contenu des déclarations («En vous écoutant, j'ai l'impression que ces deux derniers mois vous avez subi à peu près toutes les complications possibles de votre diabète»), aux ressentis («Lorsque vous parlez de cette époque, je vous sens plutôt décidé et énergique») ou à des particularités frappantes au niveau des mimiques et de la gestuelle («Je constate que vous ponctuez votre récit de mouvements de mains très énergiques!»).

La spécialiste résume avec ses propres mots ce qu'elle a compris des propos de la patiente. Si, à la fin du résumé, elle ne pose plus de questions, mais attend une réaction de la patiente, le résumé tient lieu de communication ouverte, car la spécialiste invite la patiente à compléter son récit par des détails ou à corriger les éventuelles mauvaises interprétations.

La formulation explicite («ça me fait peur») ou l'expression ouverte de ses sentiments (larmes, nervosité, etc.) sont plutôt rares en-dehors de la médecine psychothérapeutique. Encore trop rarement prises en compte, elles permettent pourtant de comprendre la vie intérieure des patients. Le fait de *nommer des sentiments supposés* donne l'occasion à la patiente de dire pourquoi elle est bouleversée, permettant ainsi à la spécialiste d'adapter son comportement à la situation spécifique de la patiente. Le fait de manifester de la compassion pour les ressentis de la patiente est bienfaisant dans la mesure où celle-ci est fondée et perçue comme sincère et empathique. Exprimée comme un cliché, elle est blessante.

La notion de «*Reflecting Back*», qui provient du répertoire comportemental de la conversation motivationnelle, regroupe toutes les techniques d'entretien avec lesquelles le spécialiste rapporte d'une manière ou d'une autre ce qu'il pense avoir perçu, sans apporter d'éléments nouveaux sous forme de questions ou de suggestions.

Les *questions ouvertes* sont probablement la technique d'entretien la plus fréquente pour acquérir des informations que l'on ne souhaite ou ne peut pas spécifiquement demander. Une consultation est introduite de manière typique par une question ouverte («Quel est le motif de votre visite?»), car elle ne détermine pas concrètement la suite; néanmoins, elle n'est pas tout à fait ouverte, dans la mesure où elle limite le domaine thématique qui sera ensuite abordé.

**Techniques de la communication fermée.** Ces techniques sont à l'opposé de la communication ouverte, elles limitent l'espace dont disposent le spécialiste et le patient pour leur entretien. Elles sont, d'une part, nécessaires, car – comme nous l'avons présenté ci-dessus – la communication entre le patient et le spécialiste obéit à des exigences et à des règles précises, établies par Tarmed, par exemple. D'autre part, elles sont utiles, car elles permettent notamment aux patients de s'orienter dans un espace qui leur est peu familier.

Les consultations typiques ont presque toujours une structure précise, car elles suivent un déroulement précis. Le patient n'est cependant pas familiarisé avec

ce déroulement, il ne connaît donc pas à l'avance l'étape suivante et ne sait pas ce que l'on attend de lui. Les éléments d'une structure explicite sont le cadre temporel d'un entretien («Nous disposons maintenant d'environ 20 minutes pour notre consultation, essayons d'utiliser ce temps aussi judicieusement que possible») et les thèmes prioritaires qui définissent le contenu de l'entretien («...C'est pourquoi nous devrions fixer dès le début l'objectif de notre entretien d'aujourd'hui. J'aimerais discuter avec vous de..., qu'y a-t-il de votre côté?») Une telle introduction permet de définir un agenda commun et de prévenir, dans une large mesure, les attentes que le patient pourrait encore exprimer en dernière minute, avec pour ainsi dire la main sur la poignée de porte.

En posant des *questions fermées*, c'est clairement le spécialiste qui a l'initiative de la parole; cela a du sens s'il sait ce qu'il cherche ou quel objectif thérapeutique il veut atteindre. Avec des questions fermées, le patient risque de ne pas apporter des informations potentiellement intéressantes, qu'il aurait peut-être exprimées dans une communication ouverte.

Le *résumé*, tel que nous l'avons mentionné plus haut, peut également être utilisé pour la structure explicite, lorsque la fin du résumé n'est pas suivie d'une pause qui invite le patient à fournir d'autres informations, mais d'une transition vers le prochain thème («Je résume brièvement ce que j'ai compris:» [.....] Dans la prochaine étape, j'aimerais vous poser quelques questions tout à fait concrètes concernant vos fonctions corporelles»).

### 16.3. Communication monologique et dialogique

Ce qui précède indique clairement que, même si les conditions cadres sont clairement définies par le spécialiste, la communication professionnelle dans le système de santé devrait impliquer la patiente dans le déroulement et le contenu d'un entretien. L'énoncé pur et simple des conditions d'une conversation est monologique si la patiente n'a pas la possibilité de réagir aux informations du spécialiste; on attend de la patiente qu'elle accepte les conditions. Le fait d'expliquer ce dont il est question et de fixer le cadre temporel devient un dialogue lorsque la patiente a l'occasion de réagir aux explications concernant la structure de l'entretien. Après avoir communiqué une durée prévue, le spécialiste peut, par exemple, attendre jusqu'à ce que la patiente «accuse réception» et signale par un hochement de tête qu'elle a compris. La brève attente lui permet d'assimiler l'information; elle peut aussi exprimer sa surprise («Oh, 20 minutes, c'est bien») ou sa déception («Ah, dommage, je pensais que vous auriez plus de

temps pour moi»). Dans ce cas, il serait approprié de prendre en compte ce que la personne espérait en répétant («Plus de temps?», la patiente: «Je pensais que vous pourriez m'accorder une demi-heure») et d'exprimer de la compréhension pour sa déception («Oui, je suis désolé, je comprends bien que vous soyez déçue si vous avez espéré une consultation plus longue»).

#### 16.4. Exigences particulières

**Exemple:** Dans le cas d'un patient qui a un parent atteint de la maladie d'Alzheimer, la question est de savoir si le génotypage de l'apolipoprotéine E doit être effectué. Les médecins se posent alors les questions suivantes:

- Le patient comprend-il ce que j'aimerais lui communiquer?
- Est-il capable de le résumer avec ses propres mots?
- Comment mon patient peut-il gérer le résultat de l'examen du point de vue émotionnel?

**Breaking Bad News.** L'annonce de mauvaises nouvelles est, pour la plupart des médecins, particulièrement pesante. De nombreuses publications formulent des recommandations sur la meilleure façon d'accomplir cette tâche; selon des études plus récentes, les participants à des formations en communication communiquent mieux dans le sens des recommandations, toutefois sans que l'on puisse constater des effets positifs sur les patients et leurs proches. Lors de l'annonce de mauvaises nouvelles, le défi majeur est probablement l'attention portée aux signaux émis par un patient, avec lesquels il signale qu'il souhaite plus ou moins d'informations ou qu'il souhaite à un moment précis parler de ses ressentis avec le spécialiste ou, avant tout, retrouver son calme. Comme nous l'avons présenté dans le chapitre concernant l'attente, le regard du patient est un bon indicateur pour savoir s'il «digère» l'annonce ou est prêt à poursuivre l'entretien avec le spécialiste. Pour que le patient puisse s'exprimer, de manière verbale ou non verbale, il est essentiel que le spécialiste attende jusqu'à ce qu'il reprenne le dialogue de son propre gré.

**Entretiens difficiles.** On entend par «difficult patients» les rencontres avec des patients ou des proches qui, du point de vue du médecin, ne se sont pas déroulées de manière satisfaisante. La cause en est généralement l'insatisfaction des attentes de l'une des parties envers l'autre: les patients n'obtiennent pas ce qu'ils attendent et les médecins constatent que les patients ont un avis différent ou se comportent autrement qu'ils l'auraient souhaité. Ce que les médecins devraient faire dans de tels cas correspond principalement à ce qui a déjà été dit: dès le

début de l'entretien, les deux parties devraient définir l'objectif de cet entretien. Cela permet d'éviter des déceptions après une discussion vaine et offre la possibilité de clarifier les incompatibilités dès le début. Si le patient vient consulter son médecin généraliste pour obtenir un arrêt de maladie et que ce dernier sait, compte tenu de l'histoire du patient, qu'il ne répondra pas à ce souhait, soit la conversation se termine dès le début de la consultation parce que les objectifs sont incompatibles, soit les deux parties se mettent d'accord pour rechercher des alternatives pour soutenir le patient. A l'inverse, si le médecin signale que sa priorité est de parler du problème d'adhérence du patient, ce dernier peut immédiatement rejeter ce sujet et le médecin a alors la possibilité de décider comment il souhaite poursuivre. Également lorsque le patient n'a pas (correctement) compris les informations, son comportement peut ne pas répondre aux attentes du spécialiste. Les stratégies de communication utiles dans ce cas sont traitées au chapitre suivant.

**Problème au niveau de la communication d'informations.** Les médecins expliquent une quantité incroyable d'informations; il leur est difficile de renoncer à donner des informations lorsqu'ils savent qu'ils aimeraient transmettre plus de données que ce qui est possible. Seule une infime partie de ce qui a été communiqué sera retenue. Les concepts de la théorie de l'apprentissage suggèrent, d'une part, que le contenu à transmettre devrait être lié aux connaissances existantes et, d'autre part, que l'information devrait être subdivisée en segments individuels à l'aide d'informations explicites. Pour ce faire, on peut utiliser la métaphore du livre et transposer la structure des livres (avec une table des matières et des titres de chapitres) à l'information orale. A l'évidence, les médecins sont déçus lorsqu'ils supposent à tort que les patients ont compris ce qui leur a été expliqué – ce qui est plutôt l'exception que la règle. En fin de compte, le seul moyen de savoir ce que le patient a compris est de lui demander de répéter (par exemple en lui posant la question: «Que direz-vous à votre mari ce soir, s'il vous demande ce que nous avons discuté aujourd'hui?»). Cette stratégie, désignée par les termes de «boucler la boucle» (closing the loop) ou «ré-explique-moi!» (Teach-back), s'est avérée extrêmement efficace pour améliorer la compréhension des informations et finalement l'observation des prescriptions. L'information des proches exposés à un risque de maladie précis, par exemple sur une base génétique, obéit aux mêmes principes: l'information doit être structurée et, dans un premier temps, aussi brève que possible; la compréhension des informations doit être vérifiée à l'aide de la stratégie Teach-back.

Comme présenté dans le chapitre 5, par exemple, les informations résultant d'examen génétiques, obtenues sans passer par un spécialiste, ne sont généralement pas claires et donc difficiles à interpréter. Même si dans ces cas, il ne s'agit pas de problèmes médicaux préoccupants, les résultats peuvent créer de la confusion, principalement en raison de l'incertitude quant à leur signification pour l'individu. Dans la consultation génétique au sens strict (cf. chapitre 13), l'évaluation de la pertinence et de la signification des résultats pour l'individu ou pour sa famille est encore plus difficile, car ceux-ci peuvent avoir une influence considérable sur le mode de vie de la personne qui demande conseil. Le setting minutieux du conseil génétique comprend à lui seul 13 points, chacun d'eux devant être traité individuellement. Les informations transmises sur chacun de ces points sont complexes et exigent une approche mûrement réfléchie, selon laquelle l'étendue de l'information sur chaque point devrait être déterminée en concertation avec les personnes qui demandent conseil. Ce n'est qu'ainsi qu'il est possible d'éviter que les conseils ne créent plus de chaos que d'ordre.

**Connaissances de base en matière d'éducation des patients et d'autogestion de la santé.**

«Patient education» est le terme technique désignant l'effort déployé pour informer les patients de manière à ce qu'ils puissent assumer eux-mêmes, dans une certaine mesure, la responsabilité du traitement de leur maladie. Ces concepts laissent supposer que les patients qui comprennent de quoi ils souffrent et comment fonctionne le traitement, sont plus susceptibles de se comporter raisonnablement. Il existe, à cet égard, des exemples positifs dans des cas de maladies chroniques et dans la phase de transition entre le secteur des soins stationnaires et celui des soins ambulatoires. Les entretiens concernant la gestion des maladies chroniques deviennent difficiles lorsque la spécialiste et le patient se parlent à des niveaux différents. Cela concerne notamment l'écart entre les expressions émotionnelles du patient et les arguments rationnels de la spécialiste. Dans ce cas, le recours à la communication ouverte en parlant des émotions pourrait s'avérer utile, car elle inviterait le patient à parler, par exemple, d'attentes déçues qui le font douter de la pertinence d'une intervention.





Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

### Editrice

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)  
Maison des Académies, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern  
mail@samw.ch, www.assm.ch

### Conception

Howald Fosco Biberstein, Basel

### Traduction

Domíniqúe Nickel, Bern  
CVB International, Lausen

### Photo de couverture

adobestock – joyt; istock – teekid

Les versions allemandes et françaises (pdf) sont disponibles en ligne sous  
assm.ch/bases-medicine-personnalisee



Copyright: ©2019 Académie Suisse des Sciences Médicales. Ceci est une publication Open Access, distribuée sous les termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Le contenu de cette publication peut donc être utilisé, distribué et reproduit sous toute forme sans restriction, à condition que l'auteur et la source soient cités de manière adéquate.

Recommandation pour citer le texte:

Académie Suisse des Sciences Médicales (2019)  
Médecine personnalisée. Bases pour la formation interprofessionnelle prégraduée,  
postgraduée et continue des professionnels de la santé.  
Swiss Academies Communications 14 (6).

ISSN (en ligne): 2297-1823

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3271401>



### ODD: Les objectifs internationaux de l'ONU en matière de développement durable

Avec cette publication, l'Académie Suisse des Sciences Médicales apporte une contribution à l'ODD 3: «Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.»

[sustainabledevelopment.un.org](https://sustainabledevelopment.un.org)  
[www.eda.admin.ch/agenda2030](http://www.eda.admin.ch/agenda2030) → français → agenda 2030  
→ 17 objectifs de développement durable