

Communiquer avec les patients âgés

Communicating with elderly patients

J.-M. Thomas et P. Thomas

Département de Médecine générale, Université Libre de Bruxelles, ULB

RESUME

Comme avec les autres adultes, la communication avec les patients âgés se basera sur les trois piliers que sont l'approche centrée sur la personne, l'entretien motivationnel et le guide Calgary Cambridge.

La particularité de la communication avec la personne âgée réside dans la prise en compte d'obstacles tels que les déficits visuels, auditifs et cognitifs. Par ailleurs, les aidants qui accompagnent le patient monopolisent parfois la parole, ce qui pourrait empêcher le patient de s'exprimer voire même de prendre des décisions concernant sa santé. L'Humanité et la Validation sont un ensemble d'outils permettant de mieux communiquer avec les personnes très âgées ou démentes.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 381-4

ABSTRACT

As with other adults, communication with elderly patients will be based on the three pillars of the person-centered approach, on motivational interviewing and on the Calgary Cambridge guide. The particularity of communication with the elderly lies in the consideration of obstacles such as visual, auditory and cognitive deficits. In addition, caregivers who accompany the patient sometimes monopolize the discussion, which could prevent him from expressing himself or even making decisions about his health. Humanity and Validation are a set of tools for communicating more effectively with the very elderly or those suffering from dementia.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 381-4

Key words : communication, elderly, dementia

INTRODUCTION

Dans la population générale, un patient sur cinq n'est pas satisfait de la communication avec son médecin. La manière de communiquer quant au diagnostic, aux examens complémentaires et aux traitements a une influence sur l'adhésion des patients¹.

Chez la personne âgée, la participation à l'élaboration du projet thérapeutique améliore sa compliance². La satisfaction du patient quant à sa prise en charge aura un effet sur son observance au traitement³. Les interventions communicationnelles et non médicamenteuses sont recommandées en premier lieu pour prévenir et gérer les troubles psycho-comportementaux liés à la démence⁴⁻⁶. Leurs effets sont toutefois limités dans le temps et de faible niveau de preuve vu la difficulté de réaliser des études en double aveugle⁷.

Malgré la démonstration de son efficacité dans l'art de guérir, l'apprentissage de la communication dans les facultés de médecine reste faible^{8,9}. Les

formations à la relation thérapeutique avec les personnes âgées sont principalement organisées pour le personnel soignant et rarement pour les médecins.

CONTEXTE

Les patients âgés sont des patients adultes à part entière. Ils souhaitent connaître leur diagnostic même en cas de maladie d'Alzheimer¹⁰. Ils souhaitent prendre part aux choix thérapeutiques et sont rassurés par la mise en route d'un plan de soins personnel anticipé.

Un patient souffrant de maladie de type Alzheimer est longtemps capable de faire des choix et d'accepter ou refuser ses traitements.

Le médecin respectera les règles définies dans la loi sur les droits du patient. Elle précise que le patient a droit de la part du praticien professionnel à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte

ne soit faite. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers¹¹.

Le médecin s'efforcera avec le patient et son représentant de réaliser un projet de soin personnalisé anticipé¹².

L'ENTREVUE

L'entrevue médicale se déroulera en s'appuyant sur les trois piliers traditionnels que sont l'approche centrée patient^{13,14}, l'entretien motivationnel¹⁵ et le guide Calgary Cambridge¹⁶.

Ce dernier divise l'entrevue médicale en étapes : commencer l'entrevue, recueillir l'information, structurer l'entrevue, construire la relation, expliquer et planifier et finalement terminer l'entrevue. A chaque étape correspondent des tâches, habilités et objectifs. Le contenu des étapes sera flexible et adapté à l'état de santé (par exemple aphasia ou trouble cognitif du patient) et aux circonstances. L'entrevue est différente en consultation, à domicile, en maison de repos ou aux urgences¹⁷.

LES DIFFICULTES RENCONTREES

Trois problèmes fréquents compliquent l'approche du patient âgé : les troubles visuels, auditifs et cognitifs. La DMLA touche 30 % des plus de 80 ans et 70 à 80 % des patients de plus de 70 ans ont un déficit auditif¹⁸.

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la prévalence de la démence est de 72 %¹⁹.

Commencer l'entrevue est le moment des présentations. Plus le patient aura de déficit visuel, auditif ou cognitif, plus souvent le patient sera accompagné. L'accompagnant peut-être un membre de la famille, un professionnel de la santé, un ami ou une simple connaissance. Il s'agira de bien savoir qui il est et de préciser son rôle. Est-il désigné officiellement mandataire ou personne de confiance ?

Le médecin veillera à ce que le patient puisse s'exprimer, certains aidants ayant le monopole de la parole. Il veillera aussi à systématiquement pouvoir passer un moment seul avec le patient pour qu'il puisse avoir le sentiment du patient sur sa relation à l'aidant. En effet, les auteurs les plus fréquents des violences et maltraitements vis-à-vis des personnes âgées se retrouvent parmi les aidants proches et la famille²⁰.

Le moment idéal pour ces confidences est probablement l'examen clinique. Le médecin aidera le patient à s'exprimer librement sur sa relation à l'aidant.

UNE COMMUNICATION ADAPTEE

Lors du recueil de l'information, il est de rigueur de commencer l'entretien par une ou des questions ouvertes. En cas de troubles cognitifs, l'emploi de questions fermées sera plus fréquent et permettra également de vérifier les allégations de l'accompagnant.

En cas de baisse de l'acuité visuelle, on s'assurera que la pièce est bien éclairée et que le patient porte ses lunettes. En cas de surdité, on évitera les bruits environnants. On parlera plus fort avec une tonalité plus grave. On fera face au malade pour permettre la lecture labiale. Si nécessaire on écrira ses questions ou emploiera un appareil d'amplification. En cas de ralentissement psychomoteur, on laissera assez de temps au patient pour répondre et en cas de fatigue on n'hésitera pas à faire l'anamnèse en plusieurs étapes.

Lors de la collecte des informations, le médecin confronte son point de vue, l'analyse bio-psycho-sociale à l'histoire du patient. Il investiguera systématiquement les craintes, croyances et attentes du patient par rapport à ses plaintes. A ce niveau il devra se méfier de l'âgisme tant de lui-même et des autres soignants que du patient lui-même. Soignants et patients partagent parfois les mêmes préjugés qu'il est normal par exemple avec l'âge d'avoir plus de pertes de mémoires ou de douleurs, de chuter plus souvent²¹.

Les patients ne se plaindront pas afin d'éviter des consultations, des investigations, des hospitalisations ou des traitements qui les effraient synonymes de coûts, d'effets secondaires ou de désagréments.

Tout au long de l'entrevue le médecin construira la relation. Il établira une relation chaleureuse et harmonieuse et surtout utilisera un comportement non verbal approprié : il veillera à maintenir le contact visuel, il sera attentif à son expression faciale. Il accordera sa posture, sa position, ses mouvements ainsi que le volume, le débit et la tonalité de sa voix à ceux du patient. En cas de discordance entre le verbal et le non verbal, c'est le non verbal que le patient enregistrera car il est moins sous contrôle. Le non verbal est prépondérant dans la communication avec les patients à trouble cognitifs.

DES OUTILS SPECIFIQUES POUR FACILITER LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT TRES AGE OU DEMENT

La ligue Alzheimer Belgique fournit des conseils pour communiquer avec le patient dément : commencer la conversation en s'identifiant et appelant la personne par son nom, rester face à face avec le malade, maintenir le contact des yeux, bouger lentement, toucher le malade sur le bras ou la main, employer des

mots familiers, utiliser des phrases courtes et simples, parler lentement, doucement sans crier, poser une question à la fois, attendre la réponse, si vous répétez, le faire avec les mêmes mots, employer des expressions de visage et des gestes qui expliquent ou amplifient le message.

Elle conseille aussi de parler à la personne dans un endroit calme et sans distraction, de faire comprendre à la personne et lui signaler que c'est à elle et avec elle que vous voulez parler, de l'écouter attentivement, de surveiller d'éventuels signes d'anxiété ou de recul. Si le patient n'est pas réceptif, de lui dire que vous comprenez qu'il ne veut pas parler maintenant et qu'il pourra le faire plus tard quand vous reviendrez²².

L'Humanitude²³ et la Validation²⁴ sont des méthodes de soins élaborées pour les personnes très âgées ou démentes.

Ces approches ne doivent pas être des corsets techniques ou théoriques, mais un moyen de rentrer dans l'univers de la personne confuse, de mieux la comprendre, de partager ses besoins et attentes, de mieux l'accompagner²⁵.

L'Humanitude est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce. A sa naissance, l'enfant n'est pas encore en humanité. C'est la relation à ses parents et aux adultes qui l'entourent qui va l'y faire entrer au moyen du regard de la parole et du toucher. L'Humanitude est une méthode de soins qui repose sur un changement global des comportements. Ses quatre piliers sont le regard, face à face, les yeux dans les yeux à hauteur du visage, la parole qui doit annoncer et expliquer chaque geste, le toucher qui se transformera d'" utilitaire en toucher tendresse " et la verticalité. Fini les patients et leurs toilettes au lit. Une personne âgée bien accompagnée doit vivre debout.

La Validation est une méthode de soins et de communication qui permet de " *marcher dans les pas de l'autre et d'entrer dans son univers, le comprendre et mieux l'aider en le respectant* ".

Elle se base sur les concepts de la théorie du développement psychosocial de Eric Erikson²⁶.

A chaque âge de la vie, à chaque moment de notre développement psychosocial, il existe des tâches à accomplir mettant en relation nos capacités biologiques, mentales, sociales et nos comportements, afin de résoudre les crises auxquelles nous sommes confrontés.

Les personnes très âgées voient leurs capacités physiques et sensorielles diminuées. La mémoire récente se perd et les stimuli extérieurs sont moins perçus. Elles vivent avec leurs yeux et oreilles de l'intérieur. Le passé devient le présent, elles retracent le film de leur vie et s'arrêtent sur des tâches non résolues.

" *La Validation est une méthode comprenant des techniques de communication verbales et non verbales pour communiquer avec les personnes très âgées désorientées, une façon d'aider les personnes très âgées à satisfaire leurs besoins humains pour leur permettre de mourir en paix. C'est une théorie appliquée qui indique que, pour les personnes très âgées, est arrivé le moment approprié de revivre et reconstruire leur passé pour achever les batailles de leur vie avant de disparaître* "²⁷.

La validation, c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. C'est lui dire que ce qu'il ressent est vrai. La validation emploie l'empathie pour s'accorder à la réalité de la personne âgée désorientée. L'empathie permet la confiance qui engendre la sécurité qui donne la force de retrouver sa propre valeur, ce qui diminue le stress.

L'empathie permet à l'intervenant de mettre des mots sur des sentiments. C'est cela qui valide la personne âgée et restaure sa dignité. Il n'y a pas de recette applicable à tous les patients, mais tous se sentent mieux quand ils se sentent validés.

CONCLUSION

Le patient âgé est un patient comme un autre. Les règles de déontologie et les textes de loi relatifs aux droits du patient sont les mêmes. Le médecin est confronté à différents problèmes qui peuvent interférer avec une bonne communication et donc avec une bonne prise en charge. La communication doit être adaptée à ces problèmes. Par ailleurs, il existe des outils spécifiques tels que l'Humanitude et la Validation qui peuvent aider le soignant.

Tous les médecins sont amenés à soigner des personnes âgées. La place de l'apprentissage de la communication, en particulier avec les aînés, devrait être augmentée dans les cursus de base, les masters de spécialisation et la formation continue de tous les médecins.

La recherche sur l'efficacité des approches communicationnelles sur la satisfaction des patients, leur adhésion aux traitements et la gestion des troubles psycho-comportementaux associés aux démences devrait être développée.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Richard C, Lussier MT. Les lacunes des professionnels de la santé en matière de communication. In: Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. 2e éd. Montréal:PearsonErpi;2016:XXXIV-XXXV.
2. DiMatteo MR. Variations in patient adherence to medical recommendations. Med Care. 2004;42(3):200-209.
3. Linn M, Linn B, Stein S. Satisfaction with ambulatory care and compliance of older patients. Med Care. 1982;20(6):604-614.

4. Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9(4):361-81.
5. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brotady H, Grossberg G, Robert P *et al*. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(3):346-72.
6. O. Vanachter. Le traitement non médicamenteux des démences. *Rev Med Brux*. 2005;26:S289-92.
7. KCE. (consulté le 30/07/2017). Démence : quelles interventions non pharmacologiques [Internet]. https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_160b_demence.pdf
8. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity of just a minority sport. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):361-367.
9. Richard S, Pardoën D, Piquard D, Fostier P, Thomas JM, Vervier JF *et al*. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. *Rev Med Brux*. 2012;33(6):517-80.
10. Peppersack T. L'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Rev Med Brux*. 2008;29(2): 89-93.
11. Moniteur Belge. (consulté le 12/7/2017). Loi relative aux droits du patient. 26.9.2002:43719-24 82245 [Internet]. (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002082245&table_name=loi)
12. Fondation Roi Baudouin. (consulté le 12/7/2017). Le projet de soin anticipé personnalisé en pratique [Internet]. (<http://manualzz.com/doc/5069418/le-projet-de-soins-personnalis%C3%A9-et-anticip%C3%A9-en-pratique>)
13. Pörtner M. Ecouter, comprendre, encourager. S.L. : Ed Chronique sociale;2010:15-66.
14. Richard C, Lussier MT. L'approche clinique centrée sur le patient : des principes et des pratiques adaptées. In: Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. 2e éd. Montréal:PearsonErpi;2016:135-47.
15. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel*. Paris:InterEditions;2006.
16. Richard C, Lussier MT, Kurtz S. Une présentation et adaptation de l'approche Calgary Cambridge. In: Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. 2e éd. Montréal:PearsonErpi;2016:207-32.
17. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Un modèle descriptif de l'usage de la communication dans le domaine de la santé. In: Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. 2e éd. Montréal:PearsonErpi;2016:3-18.
18. Le Sommer-Péré Champoux N, Péré JC. Des écueils dans la communication avec le patient âgé. In: Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. 2e éd. Montréal:PearsonErpi;2016:389-91.
19. Letenneur L, Dequae L, Jaqmin H, Nuissier J, Descamps A. Prevalence of dementia in Gironde (France). *Rev Epidemiol Santé Publique*. 1993;41(2):139-145.
20. Berg N, Moreau A, Giet D. La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société. *Rev Med Brux*. 2005;26:S344-49.
21. Le Sommer-Péré, Champoux N, Péré JC. L'âgisme ou la discrimination envers les personnes âgées. In: Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. 2e éd. Montréal:PearsonErpi;2016:388-89.
22. Ligue Alzheimer. (consulté le 09/07/2017). Communiquer avec un patient atteint de la maladie d'Alzheimer [Internet]. <http://alzheimer.be/la-maladie/alzheimer-la-maladie-communication>
23. Ginest Y, Pélissier J. *Humanité : Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris:Armand Colin;2007.
24. Phanoëuf M. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal:Chenelière Education;2002.
25. Pörtner M. *Ecouter comprendre encourager*. S.L.:Ed Chronique sociale;2010:148-150.
26. Phanoëuf M. La validation une clé pour l'évolution. In: Phanoëuf M. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal:Chenelière Education;2002:543-51.
27. VFvalidation. (consulté le 12/07/2017). L'empathie et la méthode de validation [Internet]. <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/lempathie-et-la-methode-de-validation/>

Correspondance et tirés à part :

J.-M. THOMAS
Rue Lenoir, 18
1090 Bruxelles
E-mail : jmichel.thomas@skynet.be

Travail reçu le 13 juillet 2017 ; accepté dans sa version définitive le 8 août 2017.