

Spécificité de la communication en médecine générale

Specificity of communication in general practice

P. Thomas et J.-M. Thomas

Département de Médecine générale, Université Libre de Bruxelles, ULB

RESUME

Au-delà de ses compétences scientifiques et déontologiques, un bon médecin se caractérise par ses compétences communicationnelles. La capacité d'écoute est fondamentale. Durant un entretien, le médecin doit garder à l'esprit une approche bio-psycho-sociale tout en étant capable d'entendre l'indicible et l'inaudible. La connaissance des patients et de leurs proches, qui semble être une connaissance spécifique aux médecins généralistes, offre énormément d'informations. Parmi les principaux sujets sensibles que doit repérer le clinicien, se trouvent : la violence intrafamiliale, la violence conjugale, les abus de substances et les pathologies anxio-dépressives. Afin de s'améliorer, le praticien peut s'aider d'outils tels que le guide de Calgary-Cambridge ainsi que des techniques utilisées en Entretien Motivationnel.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 377-80

ABSTRACT

Beyond its scientific and ethical competencies, a good doctor is characterized by his communication skills. The ability to listen is fundamental. During an interview, the physician must keep in mind a bio-psycho-social approach while being able to hear the unspeakable and inaudible. Knowledge of patients and their relatives, which seems to be a specific knowledge for general practitioners, offers a lot of information. Among the main sensitive topics that the clinician must identify are: intrafamily violence, domestic violence, substance abuse and anxiety-depressive disorders. In order to improve, the practitioner can use tools such as the Calgary-Cambridge guide and techniques used in Motivational Maintenance.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 377-80

Key words : doctor-patient communication, motivational interviewing, patient's agenda, general practice

INTRODUCTION : LES ENJEUX D'UNE BONNE COMMUNICATION

En 2010, dans étude réalisée sur les qualités d'un bon médecin¹, les chercheurs ont recueilli cinq points de vue différents : celui des patients, des médecins, des médecins enseignants, des étudiants en médecine et du personnel paramédical. Il en ressort que les qualités attribuées aux " bons médecins " se retrouvent dans trois champs de compétences : médicales et scientifiques, relationnelles (avec les patients et les confrères), et enfin éthiques et déontologiques.

Les compétences relationnelles (ou communicationnelles) constituent l'un des trois piliers du " bon médecin ". Une bonne communication aura un impact

positif sur la santé des patients². On observe ce phénomène non seulement au niveau de la compliance thérapeutique, mais également au niveau de la tension artérielle et des glycémies des patients diabétiques³.

On estime que 70 à 80 % des plaintes et des poursuites en matière médico-légales ont pour origine un problème de communication⁴. Par ailleurs, le taux d'observance thérapeutique (la compliance, directement corrélée au style de communication)⁵ ne s'élève qu'à 50 %⁶. Ces chiffres mettent l'accent sur l'importance d'une bonne communication.

Parmi les rôles du médecin se trouve celui de la prévention des comportements à risque. De nos jours, le paternalisme autoritaire n'a plus sa place. Le médecin doit acquérir une habilité communicationnelle

qui prend en compte l'impact psychologique de tout changement dans le mode de vie du patient⁷.

LE GUIDE CALGARY- CAMBRIDGE

Le guide de Calgary-Cambridge⁸ reprend étape par étape le déroulement d'une consultation entre un patient et son médecin. Il se centre principalement sur la communication et non sur l'examen physique. L'entretien est divisé en six parties : débiter l'entrevue, recueillir l'information, structurer l'entrevue, construire la relation, expliquer et planifier avant de terminer l'entretien.

Débiter l'entretien

Avant de recevoir le patient, le médecin préparera l'entrevue et relira, si possible, ses notes de la dernière consultation, les derniers résultats sanguins, etc. Ensuite, il accueillera lui-même le patient depuis la salle d'attente. Le médecin se présentera s'ils ne se connaissent pas et présentera également le rôle de toute autre personne présente dans la salle d'examen en obtenant le consentement du patient. " *J'ai avec moi un étudiant en médecine, est-ce que ça vous pose un problème s'il assiste à la consultation ?* ". Ensuite, il identifiera les motifs de consultation du patient. Le plus pertinent sera une question ouverte du type : " *Qu'est-ce qui vous amène ?* ".

Poser une question ouverte n'est pas une perte de temps. Des scientifiques ont mené une étude sur la durée des plaintes. Ils ont laissé parler librement les patients sans les interrompre et les ont chronométrés jusqu'à ce qu'ils disent : " *voilà docteur, c'est tout* ". En général, les patients s'arrêtent de parler après 92 secondes et 78 % d'entre eux avaient tout dit en deux minutes⁹. Il est donc primordial que le soignant fasse l'effort de ne pas interrompre le patient avant qu'il n'ait énoncé sa plainte principale. En effet, on estime que les interruptions surviennent en moyenne entre 12 et 23 secondes après le début de la discussion¹⁰.

Ensuite, il faudra confirmer la liste des plaintes du patient et établir avec lui quelles plaintes seront abordées au cours de la consultation et lesquelles seront abordées ultérieurement. Les patients consultent rarement pour un seul problème. Confirmer avec le patient une liste des plaintes permettra d'organiser le temps de la consultation.

Recueillir l'information

Durant l'anamnèse, les outils de l'Entretien Motivationnel peuvent être utiles. Le clinicien formulera un maximum de questions ouvertes. Il pratiquera aussi l'écoute réflexive et clarifiera les plaintes exprimées. Ces techniques apporteront une richesse d'informations que le médecin n'aura plus qu'à séquencer dans un résumé.

Par la suite, le praticien pourra se concentrer sur

les craintes et les préoccupations du patient quant à sa santé ainsi que ses attentes quant à son problème¹¹.

En 2011, des chercheurs se sont demandé si les patients asymptomatiques qui se présentaient pour un check-up étaient effectivement asymptomatiques. Il en ressort que seuls 7 patients sur 66 ne présentaient réellement aucune plainte ; les 59 autres présentaient $4,2 \pm 3,3$ symptômes. Ceux qui prétendaient ne consulter que pour un *check-up* avaient un " agenda caché "¹². Le rôle du praticien dans ce genre de situation est de sonder le patient afin de dévoiler cet agenda caché. Par ailleurs, il est essentiel de se centrer sur le patient et d'être capable de comprendre sa plainte. En 1983, une étude révélait que la plainte du patient était identifiée dans 76 % des cas quand elle était d'origine physique mais elle n'était identifiée que dans 6 % des cas quand elle était d'origine psychosociale¹³.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*¹⁴. Quelques siècles auparavant, Platon écrivait : " *On ne peut guérir la partie sans soigner le tout. On ne doit pas soigner le corps séparé de l'âme, et pour que l'esprit et le corps retrouvent la santé, il faut commencer par soigner l'âme. Car c'est une erreur fondamentale des médecins d'aujourd'hui : séparer dès l'abord l'âme et le corps* ".

Les médecins " d'aujourd'hui " n'ont pas changé en bientôt 2000 ans. Ils n'aiment pas s'aventurer dans la sphère psycho-sociale de leurs patients et préfèrent imputer des problèmes physiques à ces maux psychosociaux. La névralgie intercostale en lieu et place du trouble panique en est un exemple courant. La principale raison de cet évitement est la charge émotionnelle que ces problèmes vont exercer sur eux. On ne s'étonnera pas si une étude a mis en évidence que, lors des consultations de routine, les médecins ne détectaient que dans 30 % des cas un indice de détresse psychologique élevé¹⁵.

Le rôle du médecin, dans cette vision de la santé, est de prendre le patient en charge globalement, de faire le pont entre le somatique et le psychosocial, de soigner à la fois le corps et l'âme.

Structurer l'entrevue

Le praticien rendra explicite l'organisation de l'entrevue. Pour ce faire, il est plus agréable de commencer par un résumé des plaintes du patient. Il permettra de confirmer la compréhension des plaintes et de s'assurer de n'avoir oublié aucune information importante. Ensuite, le médecin annoncera au patient les différentes séquences structurées de l'entretien et parfois les expliquera. Ça permettra d'avoir l'accord du patient ainsi que de diminuer ses craintes. Ce qui sera utile avec les enfants ou durant des actes techniques plus spécifiques. À titre d'exemple, un patient pourrait très bien ne pas comprendre pourquoi le médecin

s'approche de lui avec une grosse aiguille.

Construire la relation

La construction de la relation avec le patient nécessitera de se concentrer sur trois points : utiliser un comportement non-verbal approprié, développer une relation chaleureuse et harmonieuse, et associer le patient à la démarche clinique. En ce qui concerne le comportement non-verbal, les études sur la communication, rendues célèbres par la programmation neuro-linguistique (PNL), rapportent que le non-verbal correspond à 93 % du message¹⁶. Le médecin devra y prêter attention.

Expliquer et planifier

Le médecin devra fournir la quantité et le type adéquats d'informations. Il aidera le patient à les retenir et à les comprendre. L'objectif principal est d'arriver à une compréhension partagée où il aura su intégrer la perspective du patient. Enfin, il faudra planifier : une prise de décision partagée.

Il existe des stratégies d'influences pour optimiser l'adhésion au traitement comme l'approche CIM. Le médecin y apprend à Convaincre (C) et à éduquer le patient à propos d'un problème de santé. Il va ensuite Implanter (I) un traitement et soutenir le patient lors de cette implantation. Enfin, il apprendra à Maintenir (M) l'adhésion du patient au traitement implanté¹⁷.

Terminer l'entretien

Le médecin clôture l'entretien en résumant la consultation et en vérifiant si le patient est bien d'accord sur la décision qui a été prise. Le médecin peut suggérer des solutions d'appoint au cas où le problème du patient ne serait pas résolu.

DES HABILITES COMMUNICATIONNELLES, POUR QUOI FAIRE ?

Des études, notamment celles de Kurtz, démontrent que la communication dans le domaine de la santé ne tolère pas l'expérience comme moyen d'apprentissage. L'apprentissage sur le terrain est mauvais maître d'autant plus que les habiletés communicationnelles peuvent être enseignées¹⁸. Cependant le nombre d'heures consacrées à l'enseignement des compétences communicationnelles en Belgique est sommaire comparée à d'autres pays¹⁹.

Le médecin doit également être capable d'entendre l'indicible et l'inaudible. L'annonce d'une mauvaise nouvelle ou d'un dommage lié à un soin est un moment stressant où des habiletés communicationnelles sont utiles. Cependant, ces compétences ne le limitent pas qu'à des cas stéréotypés. En effet, dans sa pratique quotidienne, le médecin doit être capable de parler ouvertement de tout : d'alcoolisme, de consommation de drogue, d'idées suicidaires, de la fin de vie, de la mort et des violences domestiques...

CONCLUSION

Au-delà des compétences scientifiques et déontologiques, un bon médecin se caractérise par ses compétences communicationnelles. Un médecin bon communicateur aura des patients en meilleure santé. Travailler dans le domaine de la santé implique obligatoirement tous les niveaux de la santé à savoir le plan somatique, le plan psychique et le plan social. La spécificité de la communication en médecine générale, c'est donc l'ouverture vers la sphère psycho-sociale. Cette notion doit être enseignée durant le cursus universitaire. Le médecin peut également se former avec des outils comme l'approche CIM ou l'Entretien Motivationnel.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Psychologie Médicale*. 2010;11(3):151-65.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
3. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27(3 Suppl):S110-27.
4. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994;154(12):1365-70.
5. Wroth TH, Pathman DE. Primary medication adherence in a rural population: the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(5):478-86.
6. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. *Am J Med Sci*. 2016;351(4):387-99.
7. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003;87(5):1115-45.
8. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003;78(8):802-9.
9. Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002;325(7366):682-3.
10. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med*. 2001;33(7):528-32.
11. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 1999;281(3):283-7.
12. Hunziker S, Schläpfer M, Langewitz W, Kaufmann G, Nüesch R, Battegay E *et al*. Open and hidden agendas of " asymptomatic " patients who request check-up exams. *BMC Fam Pract*. 2011;12:22.
13. Burack RC, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. *J Fam Pract*. 1983;16(4):749-54.
14. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

15. Lussier M-T, Rosenberg E, Beaudoin C, Richard C, Gagnon R. Doctor-patient communication as a determinant of psychological distress detection in primary care. *PEC*.1998;34(Supp 1):S25-S26.
16. Mehrabian A, Wiener M. Decoding of inconsistent communications. *J Pers Soc Psychol*. 1967;6(1):109-14.
17. Discutons santé 2015, une initiative de Capsana. (consulté le 02/05/17). Site de promotion de la santé au Canada [Internet.] www.discutonssante.ca
18. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent:Editions du Renouveau Pédagogique Inc. ;1995:2-3.
19. 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):525-30.

Correspondance et tirés à part :

P. THOMAS
Rue Vandernoot, 66
1080 Bruxelles
E-mail : Pol.Thomas@ulb.ac.be

Travail reçu le 26 mai 2017 ; accepté dans sa version définitive le 8 juin 2017.