UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

FACULTE DE MEDECINE

La communication médecin-patient permet-elle de favoriser l'observance du patient aux recommandations médicales?

Présentation d'une stratégie communicationnelle applicable en pratique de médecine générale

Travail de fin d'études présenté par

MULLIER AURORE

En vue de l'obtention de l'agrément en médecine générale

Master complémentaire en médecine générale

Année académique 2014-2015

Promoteur: Dr Heureux Philippe

Remerciements

« To my patients who have paid to teach me »

D.W.Winnicott

Merci à mon promoteur Dr Philippe Heureux pour son aide précieuse et ses conseils avisés tout au long de ce travail.

Je remercie mes maîtres de stage coordinateurs du séminaire de Nivelles, Dr Chantal Dutron et Dr Benoit Dufranne pour la lecture attentive de mon travail, leur écoute et leurs conseils.

Merci au Dr Laplanche pour son analyse efficace dans la façon de construire ce travail.

Merci infiniment à mon conjoint pour son soutien colossal lors de mes ultimes moments de doute, pour nos longues discussions aux étapes critiques du travail et pour son aide inestimable sur le plan informatique.

Un merci sans fin à mes parents pour la lecture de mon travail, leurs corrections, et la chance qu'ils m'ont donnée de pouvoir entreprendre les études qui m'ont menée à la pratique tant attendue du métier que j'aime.

Merci à mon frère, psychologue, pour ses conseils quant à l'écriture d'un mémoire, pour nos partages d'expériences professionnelles, pour la lecture de mon travail, et pour sa générosité.

Merci aussi à mon amie Nathalie Schleich, docteur en pharmacie pour nos discussions intéressantes concernant les échanges professionnels avec les patients.

Enfin, merci à ma sœur et mes grands-parents de me porter dans leur cœur et de m'encourager continuellement.

Abstract

La non-observance aux recommandations médicales est un phénomène complexe, multifactoriel et courant, potentiellement nuisible pour le patient et susceptible de mettre la relation médecin-patient en péril. Face à cette problématique, le médecin généraliste a un rôle important à jouer puisque la communication médecin-patient peut améliorer l'observance du patient. Paradoxalement, les études montrent que la communication médecin-patient est pauvre voire lacunaire. L'inefficacité prouvée du modèle médical asymétrique « centré sur le médecin » oblige à un autre regard en matière d'interaction avec le patient. Ainsi, l'approche communicationnelle dite « centrée sur le patient » favorise-t-elle l'observance. Les éléments communicationnels nécessaires à la conduite d'une entrevue médicale efficace sont aujourd'hui mieux connus grâce aux progrès récents de la recherche. Des outils de communication favorisant l'observance existent et peuvent servir de guide au médecin généraliste durant l'entrevue médicale. Ces outils consistent notamment à questionner l'observance en elle-même, à informer correctement le patient de la maladie et des traitements, à vérifier la compréhension du patient, à intégrer la perspective du patient, et à impliquer le patient pour arriver à une prise de décision partagée. Une application pratique de l'utilisation de ces outils est proposée dans ce travail au travers de deux vignettes cliniques.

MOTS-CLEFS

Physician-patient communication, patient compliance/adherence, communication skills.

Communication médecin-patient, observance, adhésion.

Introduction

Ce travail de fin d'étude, réalisé durant ma formation pratique en médecine générale, est né d'un double constat. Tout d'abord de l'impression qui m'est propre de ne pouvoir agir concrètement quant au phénomène récurrent de la non-observance (ou « non-compliance). Ensuite, de ma propre conviction de l'importance de la communication entre le médecin et son patient durant l'entrevue médicale. La communication est selon moi un outil fondamental grâce auquel le patient et le médecin entrent en relation pour atteindre un but thérapeutique. J'ai de ce fait décidé d'explorer en détails ce thème captivant pour voir si la communication du médecin avec son patient pouvait influencer l'observance.

Etant donné l'intérêt majeur que je porte au sujet, j'ai éprouvé le besoin d'étoffer mes connaissances en matière de communication en essayant de dénicher des outils communicationnels pouvant me servir de « balises » lors des consultations de façon à favoriser l'observance du patient.

Ma motivation émane du fait que, durant mon assistanat, j'ai remarqué que le phénomène de non-observance aux recommandations médicales est plus courant que je ne l'aurais imaginé. Combien de patients à qui j'ai posé la question de leur prise médicamenteuse réelle ne m'ont pas avoué ouvertement ou en regardant le sol qu'ils avaient tendance à oublier leurs comprimés voire ne les prenaient pas, ou qu'ils n'aimaient pas ce type de médicament, ou encore qu'ils se demandaient si le médicament était vraiment utile. Ils sont nombreux. Et pourtant le défaut d'observance est une des limitations majeures de tout acte médical.

En plus d'être fréquent, ce phénomène entraîne souvent un sentiment de frustration chez le médecin. A quoi bon s'acharner à trouver le bon diagnostic si l'on sait que seulement 40% à 50% des patients respectent l'ordonnance comme elle a été donnée par le médecin [1] ? Les médecins attribuent souvent ce problème aux patients eux-mêmes, les qualifiant de patients non-coopératifs. Et si plutôt que de rejeter la faute uniquement sur le patient, le médecin généraliste assumait lui aussi sa part de responsabilité face à ce problème de non-observance ?

De toute évidence, la non-observance est un problème complexe et multifactoriel et a de nombreuses conséquences en matière de santé. Cependant cette complexité ne devrait a priori pas décourager le médecin. Même si d'autres facteurs interviennent dans le suivi des recommandations médicales par le patient, le médecin ne peut-il pas lui aussi ajouter sa pierre à l'édifice ? Mais de quelle façon ?

Et si une bonne communication entre le médecin et son patient avait un effet positif sur l'observance ? C'est à cette question que ce travail tente de répondre, tout en essayant de dégager des outils de communication qui pourraient être appliqués en consultation par le médecin généraliste dans le but de favoriser l'observance aux recommandations médicales.

La littérature médicale nous enseigne que la communication médecin-patient peut améliorer l'observance [2, 3, 4, 5, 6]. Pourtant les études montrent que la communication entre le médecin et son patient est pauvre sinon lacunaire. Ce constat m'amène à penser que les médecins pourraient s'améliorer en la matière. En effet, les compétences communicationnelles ne sont pas innées, elles s'enseignent et s'apprennent. Le médecin généraliste aurait donc tout intérêt à développer ou améliorer ses compétences dans le but de favoriser l'observance du patient aux recommandations médicales. Pour cela, il importe que le médecin s'intéresse et s'interroge sur sa propre façon de communiquer avec ses patients. Après plusieurs années de pratique, le comportement du médecin en matière de communication pourrait avoir tendance à se figer, par pur automatisme et/ou par facilité. D'où l'intérêt de l'utilisation d'outils de communication qui peuvent servir de guide au médecin généraliste lors d'entrevues médicales.

Il est indéniable qu'améliorer les habiletés communicationnelles du médecin consiste en une approche performante pour favoriser l'observance. Cependant, cette approche ne règlera pas à elle seule le problème complexe de la non-observance. La discussion d'autres approches favorisant l'observance, bien que certainement très intéressante, ne rentre pas dans le cadre de ce travail de fin d'études.

Les objectifs de mon travail sont de rechercher si la communication médecin-patient a un impact sur l'observance et si tel est le cas de trouver des outils de communication pouvant favoriser l'observance et applicables en consultation de médecine générale.

Ce travail s'articule en quatre chapitres : le premier chapitre porte sur le problème de non-observance et le deuxième met en lumière l'importance de la communication médecin-patient. Le troisième chapitre montre l'impact de la communication médecin-patient sur l'observance et expose les outils de communication utilisables en pratique. En chapitre quatre se trouve une application de ces outils au travers de deux vignettes cliniques issues de ma pratique d'assistante.

Méthodologie de recherche

Pour orienter correctement mes recherches, j'ai tout d'abord transcrit mes objectifs en mots-clés selon l'acronyme PICO (Patient – Intervention – Comparaison – Outcome) :

P: population adulte, homme ou femme

I: améliorer la communication médecin-patient

C: / (la comparaison ne s'applique pas dans ce cas car il est impossible de ne pas communiquer)

O: favoriser l'observance aux recommandations médicales.

➔ L'amélioration de la communication médecin-patient (I) permet-elle de favoriser l'observance (O) des patients adultes (P) ?

J'ai ensuite réalisé une recherche bibliographique en interrogeant les banques de données suivantes: Pubmed (accès aux ressources électroniques via le site internet de la bibliothèque de l'UCL en utilisant le serveur mandaté ou proxy[1]), Cebam[2] (EBM practice net, Tripdatabase, Sumsearch, Cismef, the Cochrane library, Medline, BMJ, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine), PsycINFO et les bases de données accessibles sur internet via Google Scholar.

J'ai consulté la National Library of Medicine (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh) dans le but d'utiliser l'outil MeSH. A noter que le mot « compliance » est devenu un terme MeSH en 1975, puis « treatment refusal » l'est devenu en 1991 et enfin en 2008 le terme « medication adherence » est devenu un terme MeSH[3].

Afin de cibler le mieux possible les articles en rapport avec mon sujet, j'ai utilisé les termes MeSH suivants : *communication, patient non- compliance, patient adherence, medication adherence, physician-patient relations.*

J'ai également consulté les sites de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) de la HAS (Haute autorité de santé) et de la SSMG (Société scientifique de médecine générale) ainsi que le site de médecine générale de

[1]Accès via l'adresse internet suivante : http://www.bib.ucl.ac.be/site/ucl/

[2] Les ressources de la Cebam Digital Library of Health disponibles à l'adresse http://www.cebam.be/

[3] Changements de terminologie pour les termes MeSH, consultable dans un article du BJCP à la référence [7] dans la bibliographie.

l’ULG (http://www.medgen.ulg.ac.be/sites_medicauxpag.php). J’ai pu trouver dans la revue médicale de Liège un article très intéressant sur la non-observance.

J’ai réalisé une analyse des bibliographies des articles retrouvés. Finalement, les articles les plus pertinents et les plus récents, ceux publiés ces quinze dernières années, ont été sélectionnés. A l’exception d’un article sur le consensus de Toronto datant de 1991 retenu au vu de son importance.

Une recherche à la bibliothèque de santé de Woluwe m'a permis de trouver deux livres intéressants traitant de la communication médecin- patient. J'ai moi-même investi dans l’achat de quatre ouvrages traitant du sujet mais non disponibles en bibliothèque, dont un ouvrage majeur extrêmement intéressant, s’intitulant « la communication professionnelle en santé », publié par des auteurs canadiens et ayant reçu le prix Prescrire en 2005.

J’ai également regardé une vidéo-conférence donnée par Marie-Thérèse Lussier de la faculté de médecine de l’université de Montréal qui s’intitule « formation médicale 2011 : la communication, une compétence pour les professions de santé ».

Au terme de ces recherches j'ai réalisé une synthèse théorique des connaissances que j'avais acquises. Sur base de cette synthèse, j'ai réalisé une seconde partie plus pratique qui consiste à intégrer les résultats de la recherche au travers de deux vignettes cliniques. Ces vignettes cliniques, issues de ma pratique d'assistante, sont analysées, puis reconstruites en fonction des apports théoriques trouvés dans la littérature médicale. Elles se présentent sous la forme d’une conversation entre le médecin et son patient lors d’une entrevue médicale.

Chapitre 1 : La non-observance au traitement

1. Définitions

Dès les années 1970, les auteurs anglo-saxons ont introduit dans la littérature médicale le terme de « compliance » signifiant consentement, obéissance. En français, ce terme est habituellement traduit par celui d'**observance** auquel certains préfèrent la terminologie d'adhésion au traitement qui reconnaît mieux l'implication réelle du patient dans le choix thérapeutique qui lui est proposé.

La définition la plus couramment citée est celle donnée par Haynes (1979) et par l'OMS (2003) : l'observance est *« le degré auquel le patient conforme son comportement à l'avis médical reçu, qu'il s'agisse d'une recommandation de changements d'habitudes de vie, d'une prise de rendez-vous ou de la prise médicamenteuse »* [1, 4, 7].

Le terme d'« observance » implique la soumission du patient aux directives du médecin et suggère donc une relation asymétrique entre le soignant et le soigné. Bien qu'il soit encore le plus couramment trouvé dans la littérature médicale, son utilisation a été remise en cause du fait de ses connotations péjoratives. Adhésion ou concordance sont les principales alternatives qui ont été proposées. L'adhésion est le degré d'acceptation du traitement par le patient ; elle est donc plus subjective et moins quantifiable. La concordance est le choix considéré par le patient, il suggère l'échange approfondi d'information, la négociation et un esprit de coopération [4]. Le terme d'observance étant le plus recensé dans la littérature médicale, nous l'utiliserons dans ce travail par souci de cohérence avec la pensée des auteurs, en dépit des arguments plaidant pour l'utilisation des autres termes.

Malgré l'absence de définition consensuelle du terme « observance » dans la littérature médicale, la compréhension de l'observance semble tout de même avoir évolué d'une vision centrée sur l'obéissance du patient vers une conception plus globale de la construction d'un projet thérapeutique commun entre patient et soignant [4].

2. Un phénomène courant

Les médecins ont pendant longtemps ignoré le problème de non-observance. Depuis, la recherche a montré que la non-observance est un phénomène courant [4]. Les recherches menées sur l'observance des prescriptions ont donné des résultats accablants. Sackett et Snow (1979) affirmaient déjà que le taux habituel d'observance se situait autour de 50 %, mais qu'il pouvait varier de 0 à 100%. Plus récemment, Di Matteo (1994), un chercheur dans le domaine

de l’observance thérapeutique, résume les résultats des études des dernières années de la façon suivante: seulement 40% à 50% des patients respectent l’ordonnance comme elle a été donnée par le médecin [1]. Vingt à 30 % des patients ne se conforment pas au traitement pour une maladie aiguë, 30 à 40 % à un traitement préventif, 50% aux traitements chroniques, et 72% aux régimes alimentaires [8]. La non-observance varie aussi en fonction de la nature de la maladie. Ainsi, le taux en serait de l’ordre de 20% à 40% pour l’asthme, de 40 à 70% pour l’hypertension, de 25% à 65% pour le diabète et de 45% à 60% pour l’ostéoporose [1]. Dans le cas de patients présentant une dépression majeure, la moitié des patients pour qui des antidépresseurs sont prescrits ne prendront plus leur médicament trois mois après l’initiation de la thérapie [3]. Le taux d’observance des patients atteints de maladie chronique est bas et chute dramatiquement après les 6 premiers mois de traitement [3]. Dans une étude parue en 2000, portant sur 1000 diabétiques, les auteurs montrent que l’observance au traitement dans le cas d’une monothérapie suit la règle des trois tiers : 33% des malades prennent leur médicament comme prescrit, 33% s’y conforment jusqu’à un certain point mais pas assez pour que le traitement soit efficace, le dernier tiers n’en a cure [9].

Nous devons souligner le fait que malgré l’importance du problème de non-observance, la capacité des médecins à la détecter est pauvre [1]. Les médecins ne vérifient pas si les patients suivent les recommandations, et les patients ne parlent pas spontanément de cette question [1]. D’autant plus que les patients améliorent leur observance dans les 5 jours avant et après leur rendez-vous chez le médecin, un phénomène connu sous le nom de « white-coat adherence » ou observance lié à l’effet blouse blanche [3]. Une difficulté supplémentaire dans l’évaluation de l’observance est que, pour un même individu, elle n’est constante ni dans le temps, ni pour tous les aspects du régime thérapeutique [4].

Il est aussi stupéfiant de constater que beaucoup de médecins, après avoir formulé le diagnostic et prescrit le traitement, se désintéressent du problème de l'observance ultérieure de leur prescription par le malade. Pourtant l’inobservance rendrait vains tous les efforts soutenus pour parvenir à un diagnostic exact [10].

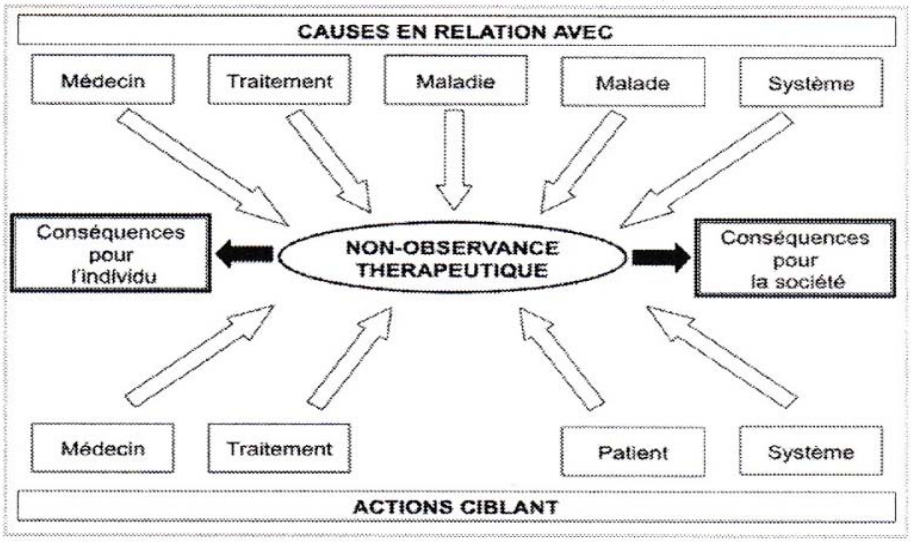
3. Enjeux

Dans un de ses rapports, l'Organisation Mondiale de la Santé a conclu que *« améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale »* (cité par Scheen et Giets, 2010, p 239)[11].

L'observance est un enjeu majeur en médecine pour trois raisons principales. La non-observance a un coût financier considérable pour les systèmes de soins. Dans une étude publiée dans la revue Managed Healthcare Executive datant de 2003, Krizner estime qu'aux Etats-Unis les coûts de la non-observance s'élèvent annuellement à 75 milliards de dollars [1]. Deuxièmement, l'adhésion au traitement est le maillon principal de la chaîne entre l'intention de traiter et l'objectif de santé à atteindre. Enfin, le manque de considération pour les problèmes de non-observance pourrait avoir un impact important sur les conclusions de la recherche clinique [4].

4. Causes et conséquences

Comme indiqué dans la figure 1 [11], les causes de non observance sont multiples. Le schéma montre que plusieurs facteurs peuvent influencer l'adhésion au traitement parmi lesquels les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin et l'organisation des soins de santé [11].



Causes, conséquences et solutions relatives à la non-observance thérapeutique. Système = système de soins.

Figure 1 [11]

Ces différents facteurs sont explicités par catégorie dans la figure 2 [11] ci-dessous. On y voit notamment que le médecin de par sa **communication** peut influencer l'observance.

Patient

Age, contraintes socio-professionnelles, connaissances et croyance, niveau d'anxiété et statut émotionnel (dépression).

Maladie

Intensité des symptômes, durée (maladies chroniques), gravité (pronostic ?), nature.

Traitement

Efficacité, tolérance (manifestation indésirable), galénique (taille du comprimé), nombre de prises journalières, durée, coût, co-médications.

Médecin

Relation de confiance, motivation, force de conviction, **communication** (intérêt pour l'observance)

Système de soins

Isolement relatif du médecin, coordination entre les soignants, dossiers médicaux électroniques

Figure 2 : principaux facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique [11]

Les barrières à l'observance sont détaillées dans la figure 3. Les plus courantes sont sous le contrôle des patients. Les raisons citées par les patients par ordre de fréquence décroissant sont : les pertes de mémoire, d'autres priorités, la décision d'omettre de prendre ses médicaments, un manque d'information et des facteurs émotionnels. Les médecins eux contribuent à une moindre observance en prescrivant des régimes trop complexes, en ne prenant pas en compte le style de vie du patient ou le coût des médicaments et en ayant une **communication** pauvre avec leurs patients [3].

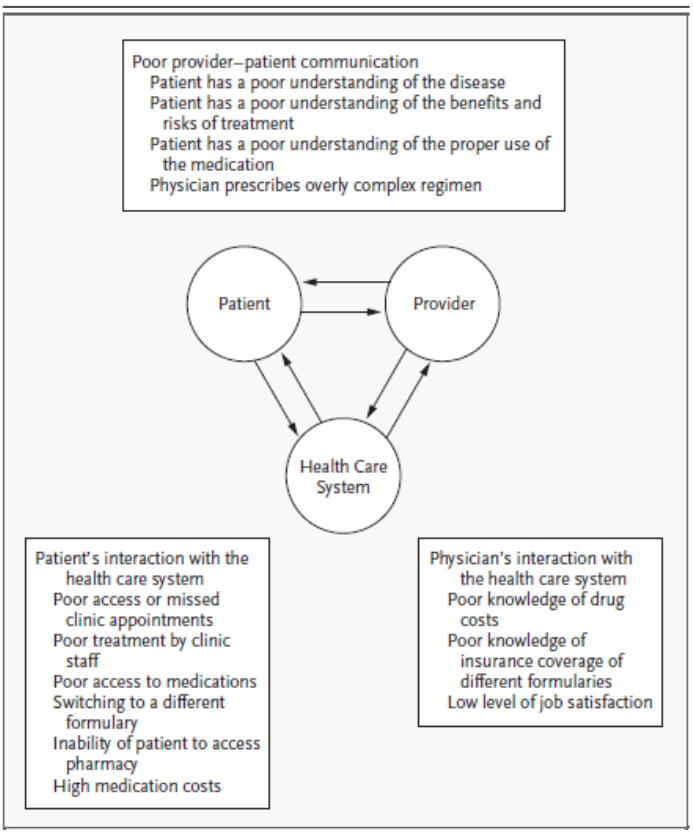


Figure 3 [3]

De façon plus large, le système de soins crée des barrières à l'observance en limitant l'accès aux soins et en ayant des coûts élevés pour les médicaments [3].

Pour améliorer la capacité du patient à suivre son traitement, l'ensemble des barrières à l'observance doivent être prises en compte. Une vue élargie prenant en compte les facteurs qui sont sous le contrôle du patient ainsi que les interactions entre le patient et le système de soins et entre le patient et son médecin aura le plus grand effet pour améliorer l'observance aux traitements [3].

La non-observance a pour conséquences de contribuer à la variabilité constatée dans l'effet thérapeutique d'un traitement et conduire le médecin à attribuer faussement l'aggravation du statut du malade à l'absence d'efficacité du traitement, entrainant parfois des changements inutiles de doses [4]. Il existe aussi un risque d'escalade thérapeutique avec une augmentation des doses, lorsque l'absence d'effets indésirables attendus est interprétée non comme un signe de non-observance mais comme une bonne tolérance aux traitements. Une mauvaise observance peut aussi compromettre la relation médecin-patient en provoquant des incompréhensions qui entament la confiance entre les deux parties et freinent la communication [4].

Chapitre 2 : La communication médecin- patient

Pour R.J. Bulger, *« on peut postuler qu'un juste dosage de compétence, d'engagement dans le service et de grande aisance dans l'utilisation de la parole et d'autres formes de communication produit la profession médicale la plus puissante et la plus humaine que le monde ait jamais connue »* (cité par Constantino Landolo, 2006, p77)[10].

1. L'impossibilité de ne pas communiquer.

Les médecins qui cherchent à éviter la communication avec le malade semblent ignorer que la communication est inévitable. Comme l'écrit Watzlawick : « *Il y a une propriété du comportement particulièrement fondamentale et du fait précisément de sa grande évidence est souvent négligée : le comportement n'a pas de valeur contraire. En d'autres termes, il n'existe pas quelque chose qui soit un non comportement ou plus simplement, il n'est pas possible de ne pas avoir de comportement. Par conséquent dans une situation d'interaction, le comportement global a une valeur de message, c'est-à-dire est une communication, il en résulte que, quoi que l'on fasse, on ne peut pas ne pas communiquer* » [10]. Si au cours d'une consultation médicale, un médecin prend une attitude pressée sans la verbaliser et se contente de faire une prescription sans commentaire, l'absence de message ouvre la porte à toutes les interprétations possibles. (« Le médecin me juge assez intelligent pour lire moi-même le mode d'emploi » ou « il n'a même pas pris le temps de m'expliquer pourquoi il me prescrit ce médicament » ou pire « il veut se débarrasser d'un patient encombrant »)[12]. Par conséquent, le médecin, du fait de son humeur ou parce qu'il est pressé, et qui évite de répondre aux questions du malade, n'est pas parvenu à éviter la communication avec lui ; il a simplement envoyé un message qui indique l'absence d'attention [10].

2. Définition, objectifs et modèle de la communication dyadique

Une définition précise et univoque de la communication n'est pas facile. Elle peut être définie comme « la transmission d'une information d'un lieu ou d'une personne à un autre lieu ou à une autre personne », ou bien encore comme « l'utilisation d'un code pour la transmission d'un message permettant l'entrée en contact d'un émetteur et d'un récepteur » [10]. L'étymologie latine du verbe « communiquer », « communicare », traduit le verbe transitif de

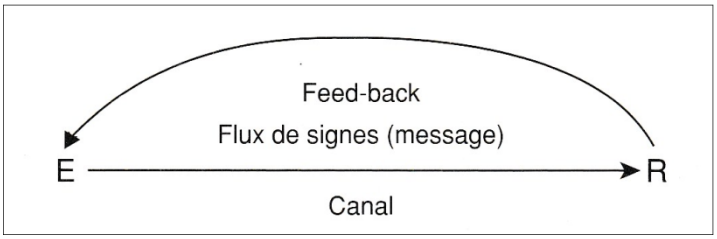
mettre en commun, d'avoir en commun avec quelqu'un, de partager avec. Dans sa forme intransitive, communication traduit l'action d'être en relation, de se concerter avec [12].

Le type de communication qui nous intéresse est la communication médecin-patient. Elle possède des caractéristiques propres, mais peut être intégrée au contexte général des relations et de la communication humaine [1]. La communication médecin-patient a deux objectifs. D'une part, elle permet de transmettre des informations réciproques telles que l'écoute, l'examen médical, la prescription de médicaments et d'autre part, elle est utile pour établir une relation thérapeutique de qualité permettant au patient de se sentir compris et soutenu dans sa souffrance, mais également d'augmenter son observance au traitement [12].

Pour bien saisir ce qui se joue lors d'une entrevue médecin-patient, voici un modèle qui exprime concrètement la structure et les séquences d'une communication verbale dyadique, c'est-à-dire de deux personnes qui communiquent entre elles face à face :

Le médecin : - Mlle M., connaissez-vous d'autres moyens de contraception ? La patiente : - Euh… J'ai une copine qui a un implant je pense…Mais je ne sais pas trop comment ça marche…

Dans ce cas, le médecin est l'émetteur (E) qui a amorcé la communication en transmettant un message (dans ce cas, une demande d'information) par un flux de signes (une phrase en langue française) à travers un canal qui est l'air. Le message a été reçu et compris par le malade qui est le récepteur (R) du message et qui, à son tour, envoie une information en retour ou rétro- information ou feed-back, qui démontre à l'émetteur que son message a été reçu et compris [10].



Pour que la transmission d'un message soit complète, c'est-à-dire pour qu'une véritable communication s'établisse, il est nécessaire que le récepteur réponde à l'émetteur en lui démontrant par une série de signes (mots ou gestes) qu'il a compris le message. Cette série de signes qui indique à l'émetteur la réception de l'émission, constitue *le feed-back*. Le feed-back permet à l'émetteur de savoir si son message a été ou non exactement reçu. Le feed-back

transforme la communication à sens unique, incomplète, en une communication bidirectionnelle complète [10].

L'émetteur est celui qui parle ; il a une idée de ce qu'il veut que l'autre comprenne (intention). Il envoie un message et celui qui le reçoit est le récepteur qui réagit à ce message (effet). Nous pouvons dire qu'une communication est bonne quand l'effet est superposable à l'intention. Dans cette communication idéale, le langage est clair et précis pour que le récepteur n'ait pas à deviner entre les lignes. Cette communication est bien sûr un concept dynamique, flexible, susceptible d'évoluer au cours de la mise au point et du traitement en fonction justement des feed-back rétroactifs entre intervenants [12]. Le bon récepteur essaye de saisir l'intention de l'émetteur. Il ne fait pas toutes sortes de suppositions sans les vérifier avec l'émetteur. Un bon récepteur essaye d'obtenir le plus d'informations possibles [12]. Pourtant, la plupart du temps les patients posent peu de questions et le médecin vérifie rarement si le patient a bien compris le message.

Une relation est toujours circulaire : médecins et patients sont alternativement émetteur et récepteur. L'émetteur influence le récepteur mais la réaction ou l'absence de réaction du récepteur influence à son tour l'émetteur. Si le récepteur n'est pas réceptif, il ne peut donner un feed-back, ce qui interrompt la communication. Toute rencontre soignant-soigné se développe ainsi comme une co-construction [12].

Les choses ne sont pas si simples puisque les spécialistes de la communication ont noté l'existence de filtres. Ces filtres déformants sont les représentations cognitives différentes, les images mentales différentes que nous nous faisons par rapport à la consultation. Le médecin arrive avec toute sa formation médicale et ses attentes par rapport à une recherche de diagnostic et de traitement, il possède tout un jargon médical qui peut être incompréhensible pour le patient. Le patient lui, vient avec toute son expérience vécue et son état émotionnel qui peuvent être faits de toute une série de questionnements à décoder [12].

De plus, les êtres humains usent de deux sortes de communication : la communication digitale (= verbale) et analogique (= non verbale). Dans une communication claire, il doit y avoir une cohérence entre ce qui est dit et l'attitude générale, le regard, la position du corps, le ton de la voix [12].

Ce modèle nous permet de voir que des obstacles à la communication peuvent surgir à n'importe quel niveau de l'acte de la consultation.

3. Portrait actuel de la communication médecin-patient

3.1 Comment les médecins communiquent- ils en général?

Les études portant sur la communication médecin-patient ont démontré que les médecins ont tendance à surestimer leurs capacités en matière de communication [5].

En réalité, les recherches contemporaines, issues en grande partie du monde anglo-saxon, dressent un portrait inquiétant de la qualité de la communication médicale [8]. Les études de plusieurs pays ont confirmé que ces problèmes de communication sont communs en pratique courante. La plupart des plaintes des patients au sujet des médecins ne seraient pas en rapport avec des problèmes de compétences médicales, mais bien des problèmes de communication [13]. Un autre reflet que tout n'est pas optimal dans le monde de la communication médicale renvoie aux données accablantes provenant des recherches sur l'observance des prescriptions [8].

Plusieurs travaux ont mis en avant des lacunes dans les compétences communicationnelles des médecins : l'adoption d'un style autoritaire (ils initient les questions, interrompent fréquemment les patients), la négligence de la perception qu'ont les patients de leurs problèmes, et le manque d'attention au contexte de vie des patients [14]. Les médecins et les patients s'entendraient sur le motif de la consultation dans moins de 50% des cas ! [8]. Lors d'une étude faite à Londres sur 2000 consultations : les chercheurs observent que trois quarts des consultations sont entièrement menées par le médecin qui pose les questions sans chercher ce qui motive réellement le patient. Dans cette même étude, quand on demande aux patients pourquoi ils viennent consulter, on s'aperçoit que l'énorme majorité d'entre eux (99 %) ont quelque chose de précis à demander, mais que seulement 37 % sont prêts à le faire de façon spontanée, tandis que 26 % ne le font que si on les sollicite [12].
De plus, les médecins s'expriment presque toujours de la même manière et s'adaptent difficilement aux besoins des patients [9]. Ils éprouvent des difficultés à traduire les données médicales en des termes que les patients peuvent comprendre, sous-estiment le désir des patients de recevoir de l'information et surestiment le temps qu'ils passent à en donner [8]. D'après de nombreuses études, le médecin utilise une langue que le patient ne peut pas comprendre, et ils le font parfois délibérément pour garder la main mise sur l'entretien. Certains médecins continuent à utiliser les termes qu'ils avaient préalablement cités comme exemples de mots qui, selon eux, ont peu de chances d'être compris par les patients [8].

Pourtant, les médecins eux-mêmes reconnaissent que la communication avec les patients est une de leurs principales difficultés dans l'exercice de leur profession, en particulier dans le cas des patients atteints de maladies chroniques aux prises avec des problèmes d'observance. [1]. Il ressort de nombreuses études que le praticien donne généralement des informations très insuffisantes. Les généralistes britanniques surévaluent le temps qu'ils consacrent aux tâches clés suivantes : discussion sur les risques de la médication, capacité du patient à suivre le plan de traitement, et prise en compte de l'avis du malade sur la médication qui a été prescrite [8]. Stevenson (2000) signale que le nom du médicament n'est pas mentionné dans près du tiers des nouvelles prescriptions [14].

Svarstad (2002) a étudié les instructions du médecin pendant qu'il prescrit des médicaments à son patient : aucune discussion dans 20% des cas, pas d'information sur le nom ou l'action du médicament dans 30% des cas, aucune indication sur la fréquence des doses à prendre dans 80% des cas et sur la durée du traitement dans 90% des cas [8].

3.2 Essor de la recherche en communication professionnelle en santé

Ces dernières années, les travaux de recherche se sont multipliés, ainsi plus de 2000 articles enregistrés dans Medline traitent des relations médecin-patient et des aspects communicationnels de la formation médicale [8]. La recherche pour améliorer la communication médecin-patient est un phénomène interculturel pas seulement au Canada, un des pays pionniers, mais aussi en Australie, en Angleterre, aux Pays-Bas, dans les pays scandinaves, en Afrique du Sud, en Espagne, et aux États-Unis [15].

Les éléments communicationnels nécessaires à la conduite d'une entrevue médicale efficace sont mieux connus [16]. Cependant, la recherche en communication médicale ne recouvre pas de manière égale les six fonctions de la consultation médicale. Ces six fonctions sont : favoriser les relations médecin patient, recueillir l'information, donner l'information, pratiquer la décision médicale partagée, renforcer l'autonomie du patient et prêter attention aux émotions [17]. Les fonctions comme favoriser la relation et donner l'information sont amplement présentes dans la littérature alors que les autres fonctions semblent sous représentées. Néanmoins, la recherche en communication s'est récemment focalisée sur les fonctions plus récentes de l'entretien médical, comme la décision médicale partagée [17].

3.3 Les compétences en communication s'enseignent et s'apprennent

L'expérience du médecin n'est pas un guide infaillible. La communication utilise une série de compétences qui ne sont pas des dons de la nature ; la communication s'enseigne et s'apprend [8,18]. Plusieurs études ont montré qu'on peut enseigner et apprendre les habiletés communicationnelles pour améliorer la communication entre un professionnel et un patient [1]. Des programmes de formation à la communication se sont développés, inspirés au départ par le concept de Carl Rogers, qui insiste sur l'espace offert au patient, l'écoute attentive et l'empathie. Le concept de médecine centrée sur le patient est alors apparu et a été défini par Henbest et Stewarts comme « *un soin par lequel le docteur permet au patient d'exprimer les raisons de sa venue, incluant ses symptômes, ses pensées, ses sentiments et ses attentes* » (cité par Bensing J., 2013, p 287) [17].

Apprendre à communiquer de manière efficace est un petit peu comme apprendre à jouer au tennis de manière professionnelle. Pour devenir sportif professionnel, il est nécessaire de pratiquer une variété de compétences techniques ; de la même façon les compétences en communication vont s'atrophier si on ne leur prête plus attention. La communication peut être enseignée et apprise, pas uniquement aux étudiants mais aussi aux médecins à tous les niveaux de pratique [15].

Le guide d'observation Calgary -Cambridge (en annexe 1) est un guide fondé sur les preuves. [8]. Il s'agit d'une approche qui ne se limite pas à un modèle théorique unique de la relation médecin-patient mais qui intègre l'ensemble des habiletés communicationnelles qui ont été démontrées efficaces [19]. Il contient 70 items qui résument les recherches de la littérature à propos des habiletés communicationnelles requises pour améliorer la communication médecin- patient. Ces habiletés ont toutes été identifiées comme étant associées à de meilleurs résultats de soins [19]. La liste de compétences est longue mais une communication efficace en médecine est complexe et la recherche est étendue [8].

Le guide est organisé sous forme d'un nombre de tâches et de sous tâches nécessaires dans n'importe quel entretien médical : commencer l'entretien, donner l'information, construire la relation, expliquer et planifier, et terminer l'entrevue [8]. Ces tâches suivent généralement un ordre séquentiel. Il est évident qu'il n'est pas nécessaire d'utiliser ces 70 outils dans chaque interaction médecin- patient ; les compétences de communication nécessaires dépendent de la situation et des résultats spécifiques que le patient et le médecin essaient d'obtenir à travers

cette interaction [8]. A noter que ce guide est utilisé à tous les niveaux de la formation médicale et est également utilisé par des médecins pratiquants [15].

La recherche montre clairement que l'application de certains outils accroît la satisfaction du patient et son adhésion au traitement. Ces outils ont donc indubitablement une place dans la formation en communication et peuvent être utilisés délibérément dans la pratique clinique [8].

4. Importance de la communication médecin-patient

Les enquêtes de satisfaction montrent que c'est sur le plan de la communication que les patients ont le plus de critiques à exprimer à l'égard des médecins [14]. On estime que 70 à 80% des plaintes médicales ou poursuites médicales comportent des problèmes de relation ou de communication [14]. Les patients considèrent la communication comme l'une des trois compétences fondamentales qu'un médecin devrait posséder [20].

Une communication inadéquate entraîne une détection insuffisante des problèmes, de mauvaises investigations médicales, des traitements inappropriés, une insatisfaction du patient, une adaptation peu efficace à sa maladie, moins d'adhésion au traitement, une tendance à changer de médecin, une moindre compréhension et rétention de ce qui est dit lors de la consultation [12].

A contrario, une communication médecin-patient efficace a été associée à des résultats positifs auprès des patients, incluant la satisfaction du patient, l'observance au traitement, et l'amélioration de l'état de santé [10, 12, 13, 21]. Une communication relationnelle positive favorise aussi une plus grande participation du patient lors de la rencontre, ce qui est lié à une offre plus importante d'informations concernant le diagnostic et le traitement de la part du médecin et de ce fait menant à de meilleures décisions thérapeutiques et à un soin davantage centré sur le patient [22].

De fait, la communication est une compétence clinique fondamentale. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada définit la compétence communicationnelle comme une des sept compétences essentielles que doivent maîtriser les médecins [1]. Les six autres compétences essentielles sont l'expertise médicale, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme [1].

Lipkin, Putnam et Lazare (1995) ont estimé qu'un médecin généraliste pouvait effectuer entre 160 000 et 200 000 entrevues au cours d'une carrière de 40 ans, c'est dire qu'il peut rédiger entre 96 000 et 120 000 ordonnances durant sa vie professionnelle [1, 18]. La médication occupe donc une place de premier plan dans la relation médecin-patient et le médecin est encore perçu par les patients comme la personne la plus crédible pour discuter des médicaments [1]. Il parait donc capital de pouvoir bien communiquer à ce sujet. Une bonne communication médecin-patient est d'autant plus importante dans la gestion des maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension, les maladies coronaires [20].

Il faut également ajouter qu'acquérir de bonnes compétences communicationnelles protège les étudiants et les médecins de la déshumanisation et améliore la relation médecin-patient [24]. Avec certains patients, le médecin peut se trouver dans une situation d'inconfort, et un état de malaise peut être perçu alors par le patient comme une tentative de fuite, un manque de sympathie. De plus, les entretiens inadéquats amènent à une insatisfaction professionnelle [12].

Enfin, vu le poids démographique croissant des personnes âgées, les contraintes de temps pesant sur les contacts entre les médecins et les patients, la prévalence accrue des maladies chroniques, la complexité et la diversité des options thérapeutiques, la valorisation de l'autonomie des personnes et de leur participation active aux soins ; les professionnels de santé doivent acquérir les habiletés communicationnelles et relationnelles qui leur permettent de faire face à cette complexité [1].

Les préoccupations éthiques, la prépondérance du consentement informé couplé aux droits des patients imposent au médecin des capacités communicationnelles particulièrement élevées afin de rendre des quantités d'informations compréhensibles à des patients en détresse [12].

5. Qu'est-ce qu'une bonne communication médecin-patient ? Modèles de communication médecin-patient existants

Il n'existe pas une seule forme de communication médecin-patient. En ce moment, le modèle du médecin communicateur idéal est associée à l'approche théorique dite « centrée sur le patient » [14]. S'il s'agit du modèle dominant, d'autres modèles co-existent : le modèle biomédical et l'approche biopsychosociale.

Les modèles de communication médecin-patient peuvent être regroupés en deux catégories : les modèles centrés sur le médecin et le modèle centré sur le patient.

a) Modèles centrés sur le médecin :

1. Le modèle biomédical :

Depuis plus de 50 ans, le modèle biomédical a été l'objet de si nombreuses critiques qu'il est devenu presque gênant d'en parler de manière favorable. Dans ce modèle, le médecin est d'abord un expert, dont le rôle principal est d'établir un diagnostic correct, selon un processus formel et en utilisant la démarche clinique comme méthode d'investigation. La conception de la pratique découle directement de la conception de la maladie qui lui est sous-jacente : une dysfonction organique [1].

Suivant ce modèle, la communication médecin-patient est essentiellement vue comme un outil servant à recueillir et à transmettre des informations. Dans ce type de consultation, les médecins auraient tendance à orienter l'entrevue et à se focaliser sur ce qui contribue directement à alimenter leur raisonnement déductif conduisant au diagnostic. Ils préfèrent des questions fermées, afin de rassembler le plus d'informations pertinentes. C'est pourquoi McWhinney (1985) émet l'idée que la consultation est alors centrée sur le médecin [1]. Cette approche néglige les aspects sociaux, culturels, fonctionnels de la maladie et elle ignore totalement les dimensions subjectives de cette expérience. Avec ce modèle on se préoccupe peu des attentes du patient, car on ne dispose d'aucun cadre pour situer la maladie dans l'histoire de vie du patient. Les critiques qui ont émergé progressivement par rapport à ce modèle ont facilité l'émergence de modèles de remplacement, comme l'approche bio-psychosociale [1].

2. L'approche bio-psychosociale

La conception de la pratique médicale qui soutient l'approche bio-psychosociale est tout à fait comparable à celle du modèle biomédical. Cependant, il propose d'élargir la vision du médecin, en incluant les données psychosociales et comportementales à la collecte des données. La communication y conserve la même fonction instrumentale que dans le modèle biomédical, elle est réduite à un outil de collecte d'informations précises. Le principal apport du modèle bio-psychosocial est la conception élargie et multidimensionnelle de la maladie. L'approche bio-psychosociale a montré qu'on pouvait transformer le discours sur la relation médecin-patient sans toucher à la démarche clinique ni écarter la structure de base de

l’entrevue du modèle biomédical, ce qui a favorisé l'émergence d'un modèle de remplacement connu sous le nom de « approche centrée sur le patient » [1].

b) Modèle centré sur le patient

L’approche centrée sur le patient

L'origine de l'expression « médecine centrée sur le patient » se situe dans les travaux de Balint. Le concept de maladie dans l'approche centrée sur le patient est bipolaire (disease/illness), mais le volet subjectif (illness) de l'expérience vécue est multidimensionnel, ce qui permet d'élargir le champ d'étude de la relation médecin- patient et d'adopter une vision plus globale des soins. Cela permet aussi de concevoir une structure bi-axiale de l'entrevue, un axe étant orienté vers le diagnostic de la maladie, l'autre concernant l'exploration du vécu de la personne malade. Dans le milieu médical, on utilise souvent les expressions « agenda du médecin et agenda du patient » pour résumer les différences de perspectives qui sous-tendent ces deux axes de la relation médecin patient. Dans l’anamnèse d'une entrevue centrée sur le patient, le médecin doit effectuer parallèlement deux investigations : la première conduira au diagnostic de la maladie, la seconde permettra de comprendre l'expérience subjective de la maladie vécue par le patient, par l’exploration de ses préoccupations, de ses attentes et des conséquences de sa maladie sur sa vie [1].

De nombreuse études documentent la relation entre une approche centrée sur le patient et la compliance (ou observance) du patient. Dans l’étude conduite par Abdel-Tawab et Roter (2002), les consultations ayant adopté une **approche centrée sur le patient** ne duraient qu’une minute de plus que les consultations centrées sur le médecin, et en revanche la satisfaction et l’**observance** du patient étaient nettement supérieures [8].

Dans une entrevue centrée sur le patient, la communication n’est pas seulement un outil de collecte et de transmission d’informations, c’est aussi un moyen privilégié pour comprendre la perspective du patient et parvenir à intégrer les deux agendas dans un plan d’action commun. Cette étape de co-construction paraît être un élément majeur de la satisfaction du patient, de sa motivation et de son observance [1].La communication devient donc elle-même un outil majeur puisqu'elle permet le passage d'un entretien qui comporte des visées diagnostiques à une relation thérapeutique. Les tenants du modèle centré sur le patient privilégient évidemment une approche directive et l'emploi de questions ouvertes pour comprendre la perspective du patient et favoriser sa participation active à la rencontre. Au besoin, on peut cependant utiliser une approche directive et poser des questions fermées, en particulier

lorsqu'il s'agit de préciser davantage les caractéristiques des symptômes décrits par le patient. Ce sont donc la flexibilité et la souplesse qui caractérise le mieux le mode de communication correspondant à ce modèle. Ce modèle est de plus en plus utilisé comme modèle de référence en formation médicale [1].

Bien qu'il n'y ait pas de gold standard d'une bonne communication médecin-patient, une approche centrée sur le patient (caractérisée par une attention plus marquée des idées, des émotions, des inquiétudes du patient et de leur besoin d'informations) est privilégiée [23]. Construire la relation, négocier et faciliter la coopération du patient sont les éléments centraux de ce qu'on appelle communément une bonne communication médecin-patient [23]. Une bonne communication médecin patient nécessite aussi une transmission d'informations claire, compréhensible, adaptée aux patients ainsi qu'une vérification de la compréhension [25].

Chapitre 3 : Communication médecin-patient et observance

1. Liens existants entre la communication médecin-patient et l'observance aux recommandations médicales : apports de la littérature médicale

Le lien qui existe entre l'observance du patient aux recommandations médicales et la communication médecin-patient a été observé de façon considérable dans la littérature et plaide en faveur du fait que la communication médecin-patient peut améliorer l'observance [2, 3, 4, 5, 6, 23].

Les méthodes qui peuvent améliorer l'observance peuvent être classées en 4 catégories qui sont : l'éducation du patient, l'amélioration des schémas de prise des médicaments, l'optimisation de la disponibilité du médecin, et l'amélioration de la communication médecin-patient [3]. Selon un article du New England Journal of Medicine, améliorer la communication entre le médecin et son patient est une stratégie clé et efficace pour stimuler la capacité du patient à suivre son traitement [3].

Une communication inadéquate expliquerait que 55% des patients dévient non intentionnellement de leur prescription [1]. La communication est donc un facteur important sur lequel les médecins ont un certain contrôle pour aider leurs patients à suivre leur traitement [2]. Une communication claire et efficace impliquant des questions ouvertes et des questions fermées nous permet d'avoir une évaluation correcte de l'état du patient ainsi qu'un climat de confiance garant d'une adhésion au traitement [12].

Richard et Lussier (2002) ont étudié 462 consultations menées au Québec par des médecins généralistes et ont tenté de dresser le profil précis des discussions portant sur la médication dans le cadre des consultations de médecine générale. Ils ont constaté que le discours sur l'observance est quasiment absent dans le cas de nouveaux médicaments, ce qui indique qu'aucune prévention n'est faite en la matière. La communication entourant la médication est pauvre à tout point de vue et dans une telle situation, il ne peut y avoir de consentement éclairé au traitement [1]. Pourtant l'observance s'améliore quand le médecin **pose plus de questions** sur l'observance elle-même [1]. Quand un patient ne répond pas à un traitement

donné, le médecin devrait toujours considérer la possibilité d'une faible observance de la part du patient [3]. La suggestion la plus simple et la plus pratique est de demander au patient sans le juger à quelle fréquence il oublie ses médicaments [3]. Les patients veulent en général faire plaisir à leur médecin et vont souvent répondre en disant ce qu'ils pensent que leur médecin aimerait entendre. Cela peut être rassurant pour le patient quand le médecin leur dit : « je sais qu'il peut être difficile de prendre ses médicaments de façon régulière. A quelle fréquence oubliez-vous de prendre vos médicaments ? ». Cette approche permet à la plupart des patients de se sentir à l'aise pour dire la vérité et de ce fait facilite l'identification de la non-observance [3]. Le médecin devrait aussi demander au patient s'il a des effets secondaires, s'il sait pourquoi il prend le médicament, et les bénéfices qu'il peut retirer de cette prise, puisque ces questions peuvent démasquer une faible observance [3].

De plus hauts niveaux d'observance au traitement sont également observés quand le médecin communique de manière chaleureuse et **empathique** [8, 23, 26]. Le médecin doit faire preuve d'empathie et se montrer aussi conciliant que possible en fonction du contexte médical pour qu'un contrat thérapeutique s'établisse avec le patient [25].

D'après une méta-analyse portant sur 41 études, l'observance des recommandations du médecin est d'autant plus forte que le médecin est soucieux de répondre aux besoins d'information du patient [1]. En effet, la non-observance au traitement résulte souvent d'une **information** insuffisante. Des explications concises, claires et précises dans le but de s'assurer que le patient comprenne et se souvienne de ce qu'il doit faire sont associées à une meilleure observance [2, 23, 27, 28]. Un manque d'explication entraîne une faible compréhension du côté du patient et un manque de consensus entre le médecin et le patient peut mener à un échec thérapeutique [5]. La **répétition** des messages est importante parce que la plupart des patients ne **comprennent** pas ou ne **retiennent** pas l'information la première fois [28]. La discussion des différentes options de traitement ou la longueur du traitement et l'importance du suivi ainsi que les effets secondaires potentiels doivent être discutés [28].

Un problème important de la communication médecin-patient tient aussi aux différences entre les systèmes de référence, les médecins ayant reçu un enseignement scientifique et les patients se basant sur leur propre expérience. Dans l'exemple de l'hypertension, la plupart des malades pensent que l'hypertension est une description et non une maladie et prennent leur médicament selon leur humeur. S'ils ne ressentent rien, ils ne prennent pas le médicament mais s'ils ont des maux de tête, ils le prendront. Ils agissent selon leur système de référence [9]. Un des obstacles majeurs à la communication résulte du fait que les médecins sont

convaincus que le malade connaît la signification de certains termes banals alors qu'il n'en est rien. Il ressort d'une enquête effectuée pour évaluer les différences d'interprétation de certains termes médicaux d'usage courant, que les patients ne parviennent pas à un accord complet sur la définition de certains termes [10]. L'exemple suivant montrant les répartitions des définitions de « un médicament » par les patients est révélateur :

Définitions	*Patients * n = 111*
Tout remède qui fait évacuer	1 (0,94 %)
Toute substance utilisée pour soigner une maladie	48 (43,2 %)
Tout comprimé à l'exception de produits simples comme l'aspirine	6 (5,4 %)
Toute chose prescrite par le médecin	47 (43,2 %)
Un comprimé ou un liquide pour soigner la constipation	9 (8,1 %)

Or, une communication médecin-patient permettant d'améliorer l'adhésion au traitement doit comprendre des explications claires **sans jargon** à propos de la nécessité et des buts du traitement ainsi que des effets secondaires [8, 29].

Pour maximiser l'observance, une relation de collaboration prenant en compte les **attentes** du patient et ses **préférences** est nécessaire [5, 8]. Une bonne communication médecin-patient permet d'acquérir une bonne compréhension du contexte social du patient, de ses attentes, et de son expérience. Certains faits, certaines conditions particulières, peuvent être identifiés permettant d'avoir un nouveau regard sur la situation, attirant l'attention pour améliorer la situation et le traitement qui en découle [5]. Britten (2002) a identifié 14 catégories de malentendus, dûs entre autres à l'absence de communication par le médecin. Tous les malentendus avaient à voir avec un manque de participation du patient qui, pendant la consultation, n'avait pas pu exprimer ses attentes, ses préférences, ou n'avait pas pu réagir aux décisions du médecin ou aux actes thérapeutiques. Les malentendus étaient tous liés à des résultats négatifs, tels que la non-adhésion au traitement. Les médecins semblaient penser que le point de vue du patient sur les médicaments était sans incidence sur le traitement prescrit [8]. Dans une étude menée par Bultman (1999), l'auteur conclut que les patients traités pour dépression ont une meilleure observance au traitement quand le médecin répond aux attentes et aux croyances des patients à propos de leur traitement. Cela demande que le médecin communique clairement le traitement à prendre, la fréquence et le moment des prises, le dosage, le délai d'amélioration, les effets secondaires et la durée prévue du traitement [30].

Une revue de littérature sur l'observance conclut que de hauts niveaux d'observance sont associés aux modèles communicationnels qui prennent en compte les **croyances** du patient**.** [8]. Pour éviter les malentendus, le médecin doit savoir évaluer les interprétations cognitives que le patient se fait des symptômes de sa maladie : « A votre avis de quoi s'agit-il ? », « Que savez-vous déjà sur votre maladie ? », Et même « à quoi vous attendez-vous ? » [12]. Dans le cas de l'hypertension, le partage des croyances du patient au sujet de l'hypertension, l'évocation de ses peurs concernant les effets secondaires et son implication dans la prise de décision sont des points importants [29]. Une expérience a été réalisée dans le cadre d'une étude conduite sur des patients qui ne prenaient pas leur traitement de manière optimale et dont le contrôle clinique était médiocre. Les consultations ont compris une exploration des croyances sur la maladie et le traitement, elles ont pris en compte ce que le patient comprenait et acceptait. Trois mois après la fin de cette intervention, 14 patients sur 24 avaient un meilleur contrôle clinique ou adhéraient mieux au traitement [8].

De hauts niveaux d'observance sont également associés aux modèles pour lesquels la communication médecin-patient se base sur un processus **négocié** caractérisé par une implication plus grande de la part du patient [15, 20]. Il existe une correspondance entre les taux de négociation et de participation du patient dans le processus de décision et leur adhésion au traitement [2, 8]. L'adhésion au traitement augmente quand les patients sont **impliqués** dans les décisions médicales, ce pourquoi le modèle traditionnel du praticien autoritaire devrait être remplacé par le modèle plus dynamique de décision médicale partagée dans lequel le patient doit participer activement à la sélection et à l'ajustement de son traitement, ainsi qu'au changement concernant son style de vie [3]. En effet, on constate dans la profession médicale un profond changement dans l'approche de la planification et de la prise de décision. Les chercheurs, les éthiciens et les groupes de patients préconisent de plus en plus des modèles de décision consensuelle incluant le partenariat, la négociation et la collaboration. Charles (1999) préconise un modèle de prise de décision conjointe où il y a réciprocité dans les échanges bilatéraux d'information. Les deux partenaires disent à quel traitement va leur préférence et se mettent d'accord sur la décision à mettre en œuvre. Médecin et patient s'investissent autant et aussi valablement dans les décisions à prendre et recherchent ensemble un consensus. Le médecin est parfaitement en droit d'avoir une préférence pour telle ou telle solution, à condition de signaler clairement que la position du patient est tout aussi importante que la sienne et que la décision doit être prise conjointement. Ce modèle de la décision consensuelle est maintenant largement reconnu et recommandé [8].

Lorsque le praticien demande à son patient ce qu'il souhaite, il y a plus de probabilités pour que le patient soit satisfait et pour qu'il soit mieux disposé à adhérer à un plan négocié de prise en charge [8]. Une telle prise de décision conjointe requiert que les patients soient bien informés au sujet des alternatives et des risques potentiels liés au traitement [20]. Smith a découvert dans une étude consacrée à l'expression des préférences en matière de consultation que la plupart des patients préféraient que la décision soit partagée avec le médecin plutôt que de lui déléguer celle-ci ou de la prendre seul. Bien que l'implication du patient dans le processus de décision soit essentielle pour améliorer l'observance, tous les patients ne souhaitent pas le même partage de décision à propos du traitement [23]. Ce pourquoi les médecins doivent évaluer au cas par cas le degré d'implication souhaité par le patient dans la prise de décision [9].

Schulman (1979) a montré que les patients hypertendus activement impliqués dans leur traitement (c'est-à-dire que le patient se considère comme un partenaire associé à un projet collaboratif, engagé dans une communication bilatérale et dans une prise de décision conjointe, informé de ce qui justifie le traitement, encouragé à donner ses impressions et à signaler ses effets secondaires) avaient des taux plus élevés d'adhésion thérapeutique [8]. Les patients qui jouent un rôle actif dans la consultation médicale en posant des questions au médecin ou en clarifiant des termes non familiers ont davantage tendance à adhérer au traitement [6].

Quand le traitement proposé et bien compris a fait l'objet d'un **accord**, le taux d'observance monte et l'état de santé s'améliore [1].

En résumé, les guidelines du NICE (UK National Institute for Health and Care Excellence) pour une communication efficace permettant d'augmenter l'observance mettent l'accent sur une approche ouverte, laissant la place aux questions sur l'observance elle-même, explorant les barrières à l'observance, apportant une information basée sur les preuves sans jargon médical, adaptant la communication aux préférences des patients, centrée sur le patient incluant une décision médicale partagée, tout en reconnaissant que la décision finale du patient peut ne pas être en accord avec les recommandations du médecin [26].

2. Outils de communication

Suite à ces recherches, nous présentons ici une stratégie de communication pouvant favoriser l'observance et applicable en consultation. Cette stratégie est basée sur une approche « centrée sur le patient » à même de promouvoir un partenariat entre le médecin et le patient. Elle repose notamment sur une décision médicale conjointe. L'objectif est d'impliquer le patient et d'élaborer de concert un plan d'action satisfaisant à la fois du point de vue clinique et du point de vue de l'expérience du patient, de façon à augmenter son engagement et son adhésion au suivi qui a été planifié [8].

Le guide de Calgary Cambridge, évoqué au chapitre deux et consultable en annexe 1, reprend un grand ensemble de compétences communicationnelles. Sur base des recherches présentées au premier point du chapitre trois, nous avons extrait de ce guide les compétences communicationnelles qui pouvaient favoriser l'observance. Ces compétences communicationnelles spécifiques permettent de faire entrer dans la pratique clinique les découvertes de la recherche. Lors de l'entrevue médicale, elles s'utilisent à la phase des explications et de la planification du suivi. Ces compétences sont les suivantes :

1) **Informer : Fournir la quantité et le type adéquats d'information**

• Fournir l'information par portions gérables et vérifier la compréhension du patient ; utiliser les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications.

• Évaluer les connaissances du patient : avant de donner de l'information, s'enquérir des connaissances préalables du patient.

• Demander au patient quelles autres informations lui seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic).

2) **Aider le patient à retenir et comprendre les informations**

• Organiser les explications : Diviser l'information en parties logiquement organisées (ex : discuter du traitement en présentant d'abord les options non pharmacologiques puis pharmacologiques. [1]).

• Utiliser des catégories explicites; annoncer les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement…». « Maintenant, abordons… » ; il faut fournir un fil conducteur au patient pour faciliter sa compréhension [1].)

• Utiliser la répétition et les résumés pour renforcer l'information (répéter l'information de différentes manières et proposer des résumés de manière à augmenter le taux de rétention d'informations par le patient [1]).

• Utiliser un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, éviter le jargon médical.

• Vérifier la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifier si nécessaire.

3) Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

• Le médecin doit relier ses explications aux opinions du patient: faire le lien avec les croyances, préoccupations et attentes du patient.

• Fournir au patient des opportunités pour participer et l'encourager à contribuer : l'inciter à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répondre adéquatement.

• Relever les indices verbaux et non verbaux: Par ex. : détecter que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; être sensible aux signes de surcharge d'information; être attentif aux indices d'inconfort, de douleur, de malaise ou de surcharge d'informations.

• Faire exprimer au patient ses croyances en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaître et y répondre au besoin.

4) Planifier : une prise de décision partagée

• Partager ses réflexions cliniques lorsque approprié : idées, processus de pensée, dilemmes.

• Impliquer le patient en offrant des suggestions et des choix plutôt que des directives.

• Encourager le patient à partager ses propres idées, suggestions.

• Explorer les différentes options d'action (le médecin encourage le patient à livrer ses croyances et ses pensées à propos des différents traitements possibles).

• S'assurer du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre

• Discuter d'un plan mutuellement acceptable.

-signaler sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles.

-déterminer les préférences du patient.

•Vérifier avec le patient

- s'il est d'accord avec le plan.
- si l'on a répondu à ses préoccupations.

Une stratégie communicationnelle supplémentaire consiste à questionner le patient au sujet des médicaments qu'il consomme, c'est-à-dire poser des questions sur l'observance elle-même [1]. Cela peut se faire lors de n'importe quelle entrevue, même lors d'une visite de suivi habituel. En faisant l'inventaire des médicaments consommés, le médecin peut encourager le patient à respecter les recommandations. Il peut à nouveau informer le patient sur la raison pour laquelle il prend ces médicaments et peut aussi préciser ou corriger les connaissances du patient. Le médecin a intérêt à vérifier si le patient éprouve des difficultés à respecter la posologie. La participation du patient à la consultation en est stimulée, ce qui aidera le patient à mieux gérer la médication après la consultation [1].
Le médecin peut communiquer de la façon suivante en posant des questions ouvertes au patient [1] : « Prenez-vous des médicaments sur ordonnance en ce moment ? » ou « Lorsqu'on doit prendre des médicaments régulièrement comme vous, il arrive à la plupart des gens d'en oublier. Durant la semaine, vous est-il arrivé d'oublier de prendre vos médicaments pour la tension ? ou encore « Avez-vous noté de nouveaux symptômes associés à la prise du médicament ? » ou bien « A part les médicaments sur ordonnance, prenez-vous d'autres produits en vente libre ? » ou encore « Je vois dans votre dossier que vous prenez du Coversyl®, en prenez-vous toujours ? A quel moment de la journée ? ».
En annexe 2, se trouve un algorithme pour le suivi du profil pharmaceutique d'un patient connu ou d'un nouveau patient. Cet algorithme intègre une façon pratique de vérifier l'observance des traitements [1]. Nul ne peut nier que si le médecin veut tenter d'améliorer l'observance, il faut avant tout la vérifier en communiquant avec le patient sur ce point. Ceci peut être réalisé en début d'entrevue, lors d'une visite habituelle par exemple.

Les outils présentés ci-dessus peuvent servir de guide pour le médecin généraliste pendant la consultation. A priori, cela peut paraître rébarbatif et demander davantage de temps. Au contraire, une fois que l'on s'intéresse au sujet et que l'on essaie d'appliquer cet outil en consultation, il ressort de l'entrevue médicale des éléments intéressants et qui ont leur importance pour la planification du suivi avec le patient. Je suis actuellement en train d'essayer d'appliquer cette démarche lors de mes consultations et je remarque déjà des bénéfices importants. Les patients s'étonnent en bien de recevoir plus d'informations ou des explications plus fournies, de participer au plan de traitement. Ils s'étonnent aussi qu'on ait pensé à vérifier s'ils ont bien compris comment prendre les médicaments, qu'on tienne compte de leurs préférences et qu'on vérifie s'ils sont d'accord. De mon côté en tant que médecin, en utilisant ces outils, je suis davantage consciente de l'importance du problème de

non observance et du peu de compréhension qu'ont les patients à propos de leur traitement. En posant des questions sur l'observance elle-même sans jugement, les patients osent avouer spontanément qu'ils ont oublié leur médicament, ou qu'ils ne l'ont pas pris pour telle ou telle raison, ou qu'ils sont en fait contre les médicaments mais qu'ils n'ont pas osé le dire. Ce problème est incroyablement fréquent. En laissant les patients exprimer leurs croyances sur la maladie ou le traitement, ou leurs préférences, je m'aperçois que j'ai accès à des informations importantes qui auraient pu passer sous silence. Mais surtout, j'apprends énormément sur le comportement des gens, leur façon de prendre leurs médicaments, leurs perceptions des médicaments. Bien souvent, ils ne connaissent pas le fonctionnement du médicament, ne savent pas pourquoi ils le prennent. Le médecin explique : « c'est un médicament pour la tension ». Or combien de patients à qui je demande ce qu'est l'hypertension en ont une idée erronée.

Au chapitre quatre, nous illustrons cette stratégie communicationnelle de façon concrète à l'aide de vignettes cliniques.

Chapitre 4 : Vignettes cliniques

J'ai réalisé deux vignettes cliniques relevant de ma pratique d'assistante et illustrant le phénomène de non-observance que j'ai pu rencontrer. J'ai ensuite analysé chacun de ces deux entretiens en essayant de voir quels étaient les manquements au niveau de la communication médecin-patient. Puis j'ai reconstruit chaque entretien en y intégrant la stratégie communicationnelle présentée au chapitre trois dans le but de montrer la différence entre une consultation réalisée avec ou sans outils de communication.

Vignette n°1

Je vois en consultation de suivi Mr L., 58 ans, fumeur et en surpoids, qui est venu pour le contrôle de sa tension. La semaine dernière, sa tension s'élevait à 16.5/9 mmHg pour la première fois, et j'avais demandé qu'il vienne la recontrôler.

Légende de la vignette : M= médecin, P= patient

M:Votre tension est à 16/5mmHg aujourd'hui Mr L. C'est trop élevé.

P: Ah oui ça m'inquiète parce que j'avais déjà beaucoup la dernière fois.

M: Oui et ce n'est pas bon pour votre cœur, d'autant plus que vous fumez. Vous sentez-vous fort stressé ces derniers temps ?

P: Non pas spécialement, je ne me sens pas mal en fait…

M: Cela fait deux fois que votre tension est trop haute. Je vous propose donc de faire un régime hygiéno-diététique, c'est-à-dire qu'il faudra faire attention à votre alimentation et faire de l'exercice physique pour perdre un peu de poids.

P: Pourtant je ne mange pas trop mal Docteur…

M: Je vous propose tout de même de faire le point avec une diététicienne qui pourra rééquilibrer votre alimentation. Voici ses coordonnées, elle pourra faire le point avec vous, c'est important pour votre santé. Il faudrait également refaire un peu de sport : un peu de marche, de course à pied ou de natation serait très bénéfique. Je vous y encourage vivement.

P: … (comportement non verbal : le patient n'acquiesce pas à ma proposition).

M: Il faudrait que nous nous revoyions bientôt pour recontrôler votre tension.

P: Pas de problème docteur.

Le patient revient en consultation quasiment 3 mois plus tard pour un problème de douleur au genou. Cela fait quelques mois qu'il a mal mais a attendu le plus longtemps possible avant de venir pensant que cela passerait. Il s'est automédiqué avec de l'ibuprofène pendant plusieurs semaines mais la douleur persiste. Il n'a pas suivi son régime alimentaire et sa tension est toujours aussi élevée.

Analyse de cette vignette :

Qu'est-ce qui a fait défaut en matière de communication dans la consultation précédente ? Que vit le médecin ? Que vit le patient ? Qu'est-ce qui est en jeu ? Que peut améliorer le médecin ?

Le médecin est frustré. Il a l'impression que sa consultation n'a servi à rien et n'a pas atteint son objectif (le traitement de l'HTA). Intérieurement, il est fâché sur le patient qui ne se représente que 3 mois plus tard sans avoir suivi ses recommandations. Le patient lui est davantage concentré sur son problème de genou qui l'embête actuellement. Il ne ressent pas les effets de l'hypertension et a pris à la légère les conseils du médecin pour la traiter. La santé du patient, la satisfaction du patient et du médecin, l'adhésion du patient au traitement et la relation médecin-patient sont menacées.

Le médecin aurait pu aborder cette consultation différemment. Il s'est centré sur la maladie et non sur le patient. Il n'a pas informé correctement le patient sur son problème de tension, il n'a pas cherché à vérifier la compréhension du patient. Il aurait pu impliquer davantage le patient, le questionner sur ses croyances, ses attentes, lui faire prendre part à la décision du traitement à suivre, et s'assurer que le patient est d'accord avec le plan d'action proposé.

En intégrant les outils communicationnels cités au chapitre trois, vous trouverez ci-dessous une reconstruction possible de la consultation qu'aurait pu effectuer le médecin et qui aurait permis d'améliorer l'observance du patient.

Légende de la vignette : M= médecin, P= patient

M: Mr L., votre tension artérielle est à nouveau trop élevée aujourd'hui. C'est ce qu'on appelle nous médecins de l'hypertension.	
M: Pouvez-vous me dire ce que vous savez à propos de l'hypertension ? **P**: Et bien je pense que ça veut dire que le sang coule trop vite, non ?…et le	Evaluer les connaissances préalables du patient avant de l'informer

chiffre ne doit pas être trop haut…c'est ça ? **M** : Pas tout à fait, en fait nous mesurons la force exercée par le sang sur les parois de vos artères. Quand la tension est trop élevée, les artères subissent cette force de façon trop importante en permanence et cela les abime. Mais vous avez raison quant aux chiffres, ils ne doivent pas dépasser 14 pour le grand chiffre et 8 pour le petit chiffre. Chez vous, le grand chiffre est à 16.5, et le petit à 10. Comme vous voyez, ces deux chiffres sont trop élevés. Au plus ces chiffres sont élevés, au plus la pression dans vos artères est élevée et au plus votre cœur doit pomper, ce qui le fatigue.	Informer par portion gérable Utiliser un langage clair, facile à comprendre, sans jargon Divisez l'information en parties organisées
M: Avez-vous compris ce qu'est l'hypertension ? **P**: Oui ça me semble plus clair maintenant. **M**: Souhaitez-vous encore d'autres informations pour mieux comprendre le problème? **P**: Euh, oui, qu'est ce qui pourrait arriver si ma tension restait trop élevée ? **M**: Cela m'inquièterait car ce n'est pas bon pour votre cœur, votre cerveau, vos reins et vos yeux. Vous augmentez le risque de faire un infarctus ou un accident cérébral, c'est-à-dire un saignement dans le cerveau. D'autant plus que vous présentez un autre facteur de risque de faire un problème cardiaque : vous fumez. **P**: Oui je comprends, je ne savais pas que c'était si dangereux. **M**: Quelles sont vos idées à propos de cette maladie ? **P**: Ma grand-mère avait de l'hypertension je me rappelle, elle avait des médicaments mais elle ne les prenait pas toujours, seulement quand elle se sentait mal ; et je me rappelle que le médecin se fâchait souvent contre elle. Mon père a fait un infarctus, je ne voudrais pas qu'il m'arrive la même chose... **M**: Ensemble, nous pouvons essayer de faire tout ce qui est possible pour éviter cela.	Vérifier la compréhension du patient Voir si le patient a encore besoin d'informations Utiliser un langage concis, facile à comprendre Explorer les croyances du patient
M: En résumé, une tension trop élevée comme la vôtre n'est pas bonne pour les artères de votre cœur, de votre cerveau, de vos reins. Votre risque est plus élevé de faire un infarctus, ce que vous voulez éviter à tout prix.	Utiliser le résumé et la répétition pour renforcer l'information
M: Vous souffrez donc tout comme votre grand-mère d'un problème d'hypertension. Comme vous l'avez bien dit tout à l'heure concernant le cas de votre grand-mère, souvent on ne ressent pas de symptômes lorsque la tension est trop haute. C'est là le piège de cette maladie, vous pensez être en	Relier ses explications aux opinions du patient, faire le lien avec les idées préalablement exprimées par

bonne santé alors qu'en fait vos artères sont déjà en train de s'abîmer. **M**: A présent, je voudrais discuter avec vous de la façon de soigner cette tension trop élevée. **M**: Etes-vous d'accord que nous voyons ensemble les différentes possibilités et que vous me fassiez part de vos préférences ou de vos peurs, de sorte que nous trouvions une solution acceptable pour vous comme pour moi? **P**: Oui bien sûr	le patient Utiliser des catégories explicites, annoncer les changements de thème S'assurer du niveau d'implication souhaité par le patient
M: Il existe plusieurs possibilités pour essayer de normaliser votre tension. La première possibilité consiste en un régime hygiéno-diététique, basé sur une alimentation équilibrée, accompagné d'un peu de sport dans le but de perdre du poids. **M**: La seconde solution consiste à prendre des médicaments. En général, quand le régime et l'exercice physique ne suffisent plus, nous devons alors passer aux médicaments. **P**: (comportement non verbal : le patient fait des grands yeux étonnés) **M**: J'ai l'impression que cette proposition vous effraie, pouvez-vous me dire ce que vous en pensez ? **P**: Je ne suis pas trop médicaments moi docteur, ma grand-mère a dû en prendre toute sa vie… elle en avait plusieurs pour sa tension… je n'ai pas envie de commencer comme ça.	Faire des suggestions et proposer des choix plutôt que d'édicter une directive. Impliquer le patient. Le médecin détecte que le patient veut s'exprimer sur le sujet et lui propose de prendre la parole
M: Que pensez-vous de ces deux possibilités?	Impliquer le patient, encourager le patient à faire part de ses suggestions. Négocier un plan acceptable pour le patient et le médecin.
P: Ca m'inquiète si vous dites qu'il y a un risque pour mon cœur, je sens bien que je dois faire quelque chose… Un régime oui je veux bien essayer mais par contre mon genou me fait mal depuis quelques temps, donc c'est hors de question que je fasse du sport...rien qu'en marchant quelques centaines de mètres j'ai déjà mal. **M**: Et avez-vous pris des médicaments pour soigner votre genou ?	Laisser le patient exprimer ses idées. Questionner la prise

P: Ma femme avait encore quelques boites d'ibuprofène, alors j'en prends depuis quelques semaines, au début ça me soulageait mais maintenant ça ne fait plus d'effet. **M**: Le médicament que vous prenez pour votre genou, l'ibuprofène, peut avoir comme effet indésirable d'augmenter votre tension. **P**: Ah je ne savais pas ça Docteur… **M**: Nous allons nous occuper de soigner votre genou de telle sorte que vous puissiez reprendre l'exercice physique. En attendant seriez-vous d'accord de faire attention à votre régime alimentaire ? L'objectif à atteindre serait une perte de 5 kg. **P**: Oui, je pense que c'est faisable.	médicamenteuse (le patient ne pense pas toujours à mentionner les nouveaux médicaments). Négocier un plan acceptable pour le patient et le médecin. Préciser clairement l'objectif à atteindre.
M: Etes-vous d'accord d'effectuer ce régime et de nous revoir dans 8 semaines ? **P**: Oui Docteur **M**: Je vous propose donc de nous revoir dans 8 semaines. Nous reprendrons votre tension et verrons ensemble si nous devons adapter le traitement et passer aux médicaments ou non. **P**: Très bien Docteur.	Vérifier l'accord du patient au plan de suivi. Réexpliquer le plan de suivi.

Analyse de la vignette

Par le biais de ces outils de communication, en posant certaines questions, le médecin reçoit en fait une mine d'informations qui redirige constamment le fil de la consultation.

Contrairement à la première version de cette consultation, ici, le patient a été correctement informé de ce qu'est l'hypertension, des conséquences de cette maladie. Le patient a pris conscience du problème, et se sent davantage concerné par les propos du médecin quant au traitement.

Le médecin a essayé de savoir quelles étaient les préférences du patient (celui-ci n'aime pas les médicaments), ce qui permet au médecin de gagner du temps, en insistant sur une option de traitement qui parait acceptable pour le patient. En discutant des différentes options de traitement, le médecin a réussi à savoir que le patient souffre de son genou et qu'il a pris de l'ibuprofène. Le médecin a évité le style paternaliste et a laissé le patient s'exprimer librement quant à ses croyances sur la maladie, de cette façon il a pu se baser sur l'histoire de la grand-mère pour mieux expliciter la maladie et le traitement au patient.

Il a également fixé un objectif, le patient ne reste pas dans le flou total et sait qu'un rendez-vous l'attend avec un résultat à atteindre. Le médecin a vérifié l'accord du patient ce qui permet de favoriser l'observance également.

Vignette n°2

Voici une seconde vignette présentant un autre cas vécu en consultation. Cette vignette sera analysée de la même façon que la première. Les outils de communication utilisés sont bien sûr les mêmes. Par contre, la thématique change, ce qui permet de visualiser une approche légèrement différente dans la façon d'appliquer ces outils.

Une jeune adolescente de 18 ans me consulte car elle a peur d'être enceinte, elle a eu un rapport sans préservatif, elle n'a pas eu ses règles il y a 2 semaines et s'inquiète.

M: Utilisez-vous un moyen de contraception ?

P: Oui la pilule, mais je l'ai oubliée plusieurs fois, trois fois je pense.

M: Il y a en effet un risque de grossesse après l'oubli de plusieurs comprimés. Je vais vous faire une prise de sang pour s'assurer que vous n'êtes pas enceinte.

P: Ok (visage inquiet)

M: Ne vous inquiétez pas trop. Je vous revois demain en consultation pour vous remettre le résultat.

Le lendemain :

M: Votre résultat est négatif, vous n'êtes pas enceinte. Je vous conseille d'être prudente à présent. Vous devez prendre le comprimé chaque jour à la même heure. Il faut mettre un rappel quelque part pour vous en souvenir. Si vous avez oublié un comprimé, vous avez 12h pour le prendre et rester protégée, au-delà, il y a un risque de grossesse. N'oubliez pas qu'en cas de vomissement ou de diarrhées dans les 4h suivant la prise du comprimé, vous devez reprendre un nouveau comprimé. La patiente acquiesce mais avec des yeux fuyants sans demander d'explications.

Analyse de cette vignette :

Qu'est-ce qui a fait défaut en matière de communication dans la consultation précédente ? Que vit le médecin ? Que vit le patient ? Qu'est-ce qui est en jeu ? Que peut améliorer le médecin ?

Le médecin peut se sentir énervé de voir qu'une jeune patiente ne prend pas sa pilule correctement et prend des risques lors de ses rapports. Il veut à tout prix faire le test pour voir s'il elle est enceinte ou non sans se préoccuper d'autres demandes éventuelles de la part de la patiente.

La patiente est très inquiète, angoissée. Elle veut savoir si elle est enceinte ou non, mais aurait préféré un contact plus ouvert avec son médecin, qu'il prenne le temps de lui réexpliquer les choses, qu'il la rassure un peu. Elle a du mal à retenir ce que lui dit le médecin, puisque elle est angoissée à l'idée d'une grossesse et se focalise sur sa peur d'être enceinte.

A nouveau la santé de la patiente (une éventuelle grossesse), la satisfaction de la patiente et du médecin, l'adhésion de la patiente au traitement contraceptif et la relation médecin-patient sont en jeu.

Le médecin n'a pas questionné l'observance de la patiente au traitement. Il n'a pas recueilli l'information capitale, à savoir que ce n'est pas le premier oubli, mais qu'il y en a eu d'autres aussi les mois précédents. Il s'est jeté sur la prise de sang sans même réexpliquer le fonctionnement de la pilule, sans même se préoccuper des plaintes de la patiente. Il n'a pas impliqué la patiente dans la consultation, mais a au contraire utilisé un style très directif, paternaliste. Il n'a pas pensé à proposer d'autres solutions plus adaptées à la patiente. Il a donné très peu d'informations. De plus, il n'a pas vérifié la compréhension de la patiente, n'a pas tenu compte de son regard fuyant lors des explications, indiquant pourtant qu'elle ne comprenait pas bien l'information délivrée par le médecin. En intégrant les outils de communication, voici comment le médecin aurait pu mener la consultation autrement :

M: Vous me dites avoir oublié votre pilule. Il arrive souvent que des jeunes filles oublient un comprimé. Avez-vous tendance à oublier votre pilule d'habitude?	Questionner l'observance au traitement
P: Oui, je suis quelqu'un de très distraite, ça m'est arrivé quasiment chaque mois, et parfois je ne m'en rends compte que trop tard… ici c'est le deuxième troisième comprimé que j'oublie et comme on n'utilise plus de préservatifs avec mon copain ça me fait peur…	

M: Pouvez-vous me dire ce que vous savez sur la pilule ? A quoi sert-elle ? **P**: C'est contre les maladies sexuelles je pense…	Evaluer les connaissances préalables de la patiente, ses croyances
M: Non, en fait la pilule sert à empêcher que vous ayez un bébé. Par contre, c'est le préservatif qui vous empêche d'attraper des maladies qui se transmettent par les rapports sexuels.	Informer en utilisant un langage clair, sans jargon
M: Et depuis combien de temps prenez-vous la pilule ? **P**: Ca va faire trois mois… **M**: Cela fait donc peu de temps que vous l'utilisez. Un risque de grossesse est possible car vous avez oublié plusieurs comprimés. En fait, à chaque fois que vous oubliez un comprimé, le risque d'avoir un bébé augmente. Nous allons donc réaliser un test de grossesse pour nous assurer que vous n'êtes pas enceinte.	Informer par portion gérable
M: Ce qui m'inquiète, c'est que ce moyen de contraception ne semble pas vous convenir puisque vous semblez « tête en l'air » et avez l'air d'oublier souvent vos comprimés.	Information partagée, faire part de ses idées
M:Connaissez-vous d'autres moyens de contraception, c'est-à-dire de moyens pour vous protéger d'une grossesse ? **P**: Euh… j'ai une copine qui a un implant je pense mais je ne sais pas comment ça marche…	Impliquer le patient
M: Oui en effet c'est une possibilité, connaissez-vous encore d'autres moyens ? **P**: Non	S'assurer de tout ce que connait le patient et l'impliquer
M: Il existe plusieurs moyens de contraceptions comme vous l'avez bien mentionné, l'implant mais aussi l'anneau vaginal, le stérilet, le patch et la pilule. D'après ce que vous dites à propos de vos oublis de pilule, je pense	Faire des suggestions et proposer des choix

qu'un autre moyen vous serait plus bénéfique. Trois possibilités sont à envisager : par l'exemple l'implant ou le patch ou encore l'anneau.	plutôt que d'édicter des directives
M: L'implant est un bâtonnet de la taille d'une allumette que l'on place sous la peau du bras avec une aiguille spéciale, une petite incision est nécessaire pour le retirer, il est efficace pendant 3 ans, il coûte environ 140 euros avec un remboursement d'une vingtaine d'euros. Cela vous parait-il intéressant ? **P**: Non je n'aime pas l'idée de quelque chose sous ma peau… **M**: Le patch lui ressemble à un timbre de 4 cm de côté que l'on colle sur la peau, il faut le remplacer chaque semaine pendant 3 semaines, et l'anneau est un petit anneau transparent de 5 cm de diamètre à placer dans le vagin toutes les 3 semaines, puis il faut le retirer pendant une semaine. Vous ne sentez pas sa présence et il n'est pas gênant pour les rapports sexuels. **P**: L'anneau je risque aussi de l'oublier, je pencherais plus pour le patch, je vais m'en rappeler parce que je le verrai sur ma peau. A moins que ce soit super cher… **M**: Le patch coute 35 euros pour 3 mois avec un remboursement de 13 euros jusqu'à 20 ans. L'anneau lui coute 38 euros pour 3 mois dont +/-7 euros remboursés par la mutuelle.	Informer, en fragmentant l'information
M: Si nous résumons en tenant compte de vos préférences, il nous reste donc deux options, l'implant ou le patch, les deux solutions sont efficaces. Quelle est la solution que vous préfèreriez ?	Résumer, tenir compte des préférences de la patiente et impliquer la patiente dans la prise de décision. Négocier le plan de traitement.
P: Le patch ce n'est pas si cher et ça me semble plus facile que la pilule.	
M: Je vais donc vous prescrire le patch. Vous rappelez-vous comment il faut l'utiliser ? **P**: Euh, c'est sur la peau, mais pouvez-vous me rappeler quand le mettre et l'enlever ?	Vérifier la compréhension de la patiente.

M: Il faudra le coller sur votre peau le premier jour des règles et puis le remplacer chaque semaine pendant 3 semaines. Ensuite vous l'enlevez pendant une semaine. A chaque fois que vous changez le patch, il faut changer son emplacement sur la peau : vous pouvez par exemple alterner l'épaule gauche et la droite.	Utiliser la répétition pour renforcer l'information
M: Etes-vous d'accord d'utiliser ce nouveau moyen de contraception ?	Vérifier l'accord de la patiente
P: Oui ça me parait une bonne solution **M**: Je vous propose de toute façon un nouveau rendez-vous pour que nous en rediscutions et que nous vérifions ensemble si cela vous convient bien. Rendez-vous dans un mois ? Entretemps je vous téléphonerai pour le résultat de votre test de grossesse. **P**: C'est d'accord. **M**: Avant de nous quitter, pouvez-vous me répéter de quelle façon vous allez procéder avec le patch ? **P**: Oui, euh, je vais le mettre le premier le premier jour de mes règles sur mon épaule pendant une semaine, puis je le change chaque semaine pendant trois semaines, puis je le retire pendant une semaine. **M**: Parfait, nous nous sommes comprises	Planifier le suivi Vérifier une dernière fois la compréhension

Analyse de la vignette

Le médecin a tout d'abord questionné l'observance de la patiente. Information capitale qui lui indique que la pilule ne lui convient sûrement pas et évite ainsi une future grossesse non désirée. Il donne plus d'informations et prend connaissance des préférences de la patiente. Il se rend compte que la patiente ne connait pas le rôle d'une pilule. Il lui propose différentes options et vérifie si elle a bien compris le fonctionnement du patch contraceptif plutôt que de la laisser s'en aller sans qu'elle n'ait vraiment compris et sans avoir vérifié si elle était d'accord.

Conclusion

Bien que les médecins aient du mal à le détecter, le phénomène de non-observance aux recommandations médicales est courant, multifactoriel et ses conséquences négatives sont importantes pour le patient et la société. Les causes de non-observance sont liées au patient, à la maladie, au traitement, au système de soins et au médecin. Les médecins ont un rôle à jouer quant à cette problématique puisque la littérature médicale montre que la communication médecin-patient peut améliorer l'observance. Une communication inadéquate expliquerait que 55% des patients dévient non intentionnellement de leur prescription. Pourtant les études montrent que la communication médecin-patient est pauvre sinon lacunaire. En effet, les médecins surestiment leurs capacités en communication. Ils dominent les échanges et interrompent rapidement les patients. Ils ne posent pas de questions sur l'observance elle-même, ne donnent pas assez d'informations notamment sur le traitement prescrit, sous-estiment le besoin d'informations des patients, et ils ne vérifient pas la compréhension des patients. Ils adoptent souvent un style autoritaire et ne prêtent pas assez attention au contexte de vie des patients, à leurs attentes et leurs croyances. Le motif de la consultation n'est rencontré que dans 50% des cas seulement.

Les médecins reconnaissent eux-mêmes que la communication est une de leurs principales difficultés. La plupart des plaintes des patients sont d'ailleurs reliées à des problèmes de communication de la part des médecins.

L'observance aux recommandations médicales est meilleure lorsque le médecin pose des questions sur l'observance elle-même et utilise une communication « centrée sur le patient », tenant compte des besoins d'informations du patient, délivrant une information claire sans jargon médical et vérifiant la compréhension du patient. Prendre en compte les attentes et les croyances du patient, intégrer la perspective du patient en l'impliquant dans la consultation pour arriver à une décision médicale partagée et vérifier l'accord du patient permettent également d'améliorer l'observance.

Grâce aux progrès de la recherche, on sait maintenant que les aptitudes communicationnelles s'enseignent et s'apprennent. Le guide de Calgary-Cambridge qui reprend 70 habiletés communicationnelles peut servir comme référentiel pour l'apprentissage de la communication par les étudiants et les médecins. Issus de ce guide, certains outils de communication permettant de favoriser l'observance peuvent être appliqués et servir de fil conducteur au médecin généraliste pendant la consultation.

Pour les lecteurs qui n'auraient pas le temps d'apprendre à communiquer, un petit dessin en annexe 3 pourra peut-être les convaincre d'essayer.

Bibliographie

[1] Richard, C., Lussier, M. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Québec :Erpi.

[2] HaskardZolnierek, K., DiMatteo, M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment : A meta-analysis. *Med Care*, 47(8), 826-834.

[3] Osterberg, L.,Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353 (5), 487-497.

[4] White-Koning, M., Bertozzi-Salamon, A., Vignes, M., & Arnaud, C. (2007). L'observance des adolescents atteints de cancer. *Bull Cancer*, 94 (4), 349-356.

[5] Fong, J., Anat, S., &Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10, 38-43.

[6] Roberts, K., Volberding, P. (1999). Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *AIDS*, 13, 1771-1778.

[7] Vrijens, B., & De Geest, S. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Britisch Journal of ClinicalPharmacology*, 73 (5), 691-705.

[8] Silverman J., Kurtz S.,& Draper J. (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Genève : Medecine et hygiène.

[9]Tate, P. (2005). *Soigner (aussi) sa communication*. Bruxelles : De boeck.

[10] Constantino, L. (2006).*Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication.*Paris : Masson.

[11] Scheen, A., &Giet,D. (2010). Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*, 65(5-6), 239-245.

[12] Reynaert, C., Libert, Y., &Zdanowicz N. (2004). « Je t'écoute…moi non plus ». A propos de la communication médecin-patient. *Louvain Medical*, 123 (9), 290-300.

[13] Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till J. (1991). Doctor-patient communication : The Toronto consensus statement. *BMJ* 303, 1385-1387.

[14] Lussier, M., Richard, C. (2007). Pourquoi s'intéresser à la communication médecin-patient à propos de la médication ? In J. Lévy & C. Garnier (Eds), *La chaîne des médicaments (pp.333-356)*. Québec : Presses de l'université du Québec.

[15] Kurtz, S.(2002). Doctor-patient communication : principles and practices. *Can. J. Neurol. Sci.* 29 (2), 23-29.

[16] Millette, B., Lussier, M., &Goudreau, J. (2004). L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogiemédicale*, 5 (2), 110-126.

[17] Bensing, J., Rimondini, M., &Visser, A. (2013). What patients want.*Patient Education and Counseling*, 90, 287-290.

[18] Lussier, M (2011, décembre). *Formation médicale continue - La communication, une compétence pour les professions de santé.* Conférence enregistrée lors des Etats Généraux de la Formation Médicale (EGFM) : Enjeux, Parcours, Evaluation. Conférence plénière 1, Nantes. En ligne : https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/formation_medicale _2011_la_communication_une_competence_pour_les_professions_de_sante.7917

(19) Richard, C., Lussier, M., Galarneau, S.,&Jamoulle, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé.*Pédagogiemédicale*, 11 (4), 255-272.

[20] Beck, R., Daughtridge, R., &Sloane, P. (2002). Physician-patient communication in the primary care office : A systematicreview. *J Am Board FamPract*, 15, 25-38.

[21]Haskard, K., White, M. ,Williams, S., Di Matteo, M., Rosenthal, R., & Goldstein, M. (2008). Physician and patient communication training in primary care : effects on participation and satisfaction. *HealthPschychology*, 27 (5), 513-522.

[22] Shay, L., Dumenci, L., Siminoff, L., Flocke, S., &Lafata J. (2012). Factors associated with patients reports of positive physician relational communication. *Patient Education and Counseling*, 89, 96-101.

[23] Deveugele, M., Derese, A., De Maesschalck, S., Willems, S., Van driel, M., &Maeseneer, J. (2005). Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum ? *Patient Education and Counseling*, 58, 265-270.

[24] Wloszczak-Szubzda, M. (2013). Selected aspects of a professional doctor-patient communication-education and practice. *Annals of Agricultural end EnvironmentalMedicine*, 20 (2), 373-379.

[25] Moley, I. (2007). Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités; situations pratiques. Ed DaTeBe.

[26] Butow, P., & Sharpe, L. (2013). The impact of communication on adherence in pain management. *Pain* ,154, 101-107.

[27] Naghmeh Desroches, H. (2010) Physician communication style and patients satisfaction: micro-analyses of medical consultations. Editions Lambert Academic.

[28] Sarrel, P. (1999). Improving adherence to hormone replacement therapy with effective patient-physician communication. *Am J ObstetGynecol*, 337-340.

(29) Richard, L., Street, J., Makoul, G., Arora, N., & Epstein, R. (2009). How does communication heal ? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 295-301.

[30]Bultman D, Svarstad B, Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. Patient Education and Counseling 40, 2000 ; 173-185.

Table des matières

Abstract 1
Introduction 2
Méthodologie de recherche 4
Chapitre 1 : La non-observance au traitement 6
1. Définitions 6
2. Un phénomène courant 6
3. Enjeux 8
4. Causes et conséquences 8
Chapitre 2 : La communication médecin- patient 11
1. L'impossibilité de ne pas communiquer 11
2. Définition, objectifs et modèle de la communication dyadique 11
3. Portrait actuel de la communication médecin-patient 14
3.1 Comment les médecins communiquent- ils en général? 14
3.2 Essor de la recherche en communication professionnelle en santé 15
3.3 Les compétences en communication s'enseignent et s'apprennent 16
4. Importance de la communication médecin-patient 17
5. Qu'est-ce qu'une bonne communication médecin-patient ? Modèles de communication médecin-patient existants 18
Chapitre 3 : Communication médecin-patient et observance 22
1. Liens existants entre la communication médecin-patient et l'observance aux recommandations médicales : apports de la littérature médicale 22
2. Outils de communication 27
Chapitre 4 : Vignettes cliniques 31
Conclusion 41
Bibliographie 42
Table des matières 45
Annexes 46

Annexes

Annexe 1 : Guide de Calgary-Cambridge

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale – les processus de communication [#]

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs initiaux.
Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs initiaux en les citant tel qu'en bas de page

■ Débuter l'entrevue **Établir le premier contact (l'accueil)** 1. **Le médecin salue** le patient et obtient son nom 2. **Se présente** et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire 3. **Montre du respect** et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) **Identifier la (les) raison(s) de consultation** 4. **Identifie,** par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« *Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?* » ou « *Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?* ») 5. **Écoute** attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse 6. **Confirme la liste initiale des raisons de consultation et** vérifie s'il y a d'autres problèmes (« *Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?* ») 7. **Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda** de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques	
■ Recueillir l'information **Exploration des problèmes du patient** 8. **Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s)**, du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) 9. **Utilise la technique des questions ouvertes et fermées** (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

10. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause **11. Facilite**, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) **12. Relève les indices verbaux** et **non verbaux** (langage corporel, discours, expression faciale…); **offre son interprétation** au patient et **vérifie si le patient est d'accord** **13. Clarifie** les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : *« Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ? »*) **14. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit** pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires **15. Utilise** des **questions et commentaires concis et faciles à comprendre**; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé **16. Établit la séquence temporelle** des évènements depuis le début **Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient** **17. Détermine activement et explore adéquatement :** • Les **idées** du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses **préoccupations** (ses craintes) concernant chaque problème • Ses **attentes** (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les **impacts** : comment chaque problème affecte sa vie **18. Encourage le patient à exprimer ses émotions**	
■ Structurer l'entrevue **Rendre explicite l'organisation de l'entrevue** **19. Fait un résumé**, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

20. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue **en annonçant verbalement les transitions;** mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section **Prêter attention au déroulement de l'entrevue** **21.** Structure l'entretien **selon une séquence logique** **22.** Est attentif **au temps disponible** et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir	
■ Construire la relation **Utiliser un comportement non-verbal approprié** **23. Démontre un comportement non verbal approprié** • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité **24.** Si lecture, écriture de **notes** ou utilisation de l'ordinateur, le fait **d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation** **25. Affiche** une **confiance** appropriée **Développer une relation chaleureuse et harmonieuse** **26. Accueille** les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge **27. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions** du patient et **utilise le reflet** pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile **28. Fournit du support :** Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat **29. Agit avec délicatesse** lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique **Associer le patient à la démarche clinique** **30. Partage ses réflexions cliniques** avec le patient pour encourager son implication (par ex. *: « ce que je pense maintenant, c'est... »)*	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills,*** **< http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

31. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes **32.** Durant **l'examen physique**, explique le déroulement, demande la permission	
■ Expliquer et planifier ** **Fournir la quantité et le type adéquats d'information** **33. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient** ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications **34. Évalue les connaissances du patient** : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir **35.** Demande au patient **quelles autres informations seraient utiles** (par ex. : l'étiologie, le pronostic) **36. Donne l'information à des moments appropriés** : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de la réassurance **Aider le patient à retenir et comprendre les informations** **37. Organise les explications :** Divise l'information en parties logiquement organisées **38. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème** (par ex. : « *Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement...*». « *Maintenant, abordons...* ») **39. Utilise la répétition et les résumés** pour renforcer l'information **40. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient**, évite le jargon médical ou du moins l'explique **41. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information** : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants) **42. Vérifie la compréhension du patient** au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient 43. **Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises :** Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient 44. **Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer :** l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement 45. **Relève les indices verbaux et non verbaux:** Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort 46. **Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions** en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin **Planifier : une prise de décision partagée** 47. **Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié :** idées, processus de pensée, dilemmes 48. **Implique le patient** en suggérant, plutôt qu'en imposant 49. **Encourage le patient à partager ses pensées** : idées, suggestions et préférences 50. **Discute d'un plan** mutuellement **acceptable** 51. **Offre des alternatives :** encourage le patient à faire des choix et à prendre des décisions jusqu'au niveau qu'il souhaite 52. **Vérifie avec le patient** s'il est d'accord avec le plan et si l'on a répondu à ses préoccupations	
■ Terminer l'entrevue **Planifier les prochaines étapes** 53. **Conclut une entente** avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin 54. **Prévoit un « filet de sécurité »**, en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

Préparer la fin de l'entrevue **55. Résume la session** brièvement et clarifie le plan de soins **56. Vérifie, une dernière fois,** que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter	

**** Explications et planification : Options sur le processus et le contenu** **Si discussion d'investigations et de procédures** **57. Fournit des informations claires sur les procédures,** c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats **58.** Fait **le lien entre les procédures et le plan de traitement** : importance, raisons **59. Encourage les questions et la discussion** sur les craintes ou les résultats défavorables possibles **Si discussion à-propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification** **60. Offre une opinion** sur ce qui se passe et, si possible, **nomme spécifiquement** le ou les problèmes **61. Révèle** les raisons supportant les opinions discutées **62. Explique** les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes **63.** Favorise **l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations** au sujet des opinions émises **Si élaboration conjointe d'un plan d'action** **64. Discute des alternatives**, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non médicamenteux (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)	

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*****, < http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

65. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts : • noms • étapes des traitements; comment ils fonctionnent; • bénéfices et avantages; • possibles effets secondaires	
66. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation	
67. Reconnaît le point de vue du patient; plaide des points de vue alternatifs, au besoin	
68. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité	
69. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient	
70. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome	
71. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles	

Références

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides.* Academic Medicine 2003 : 78 (8) : 802-809.

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

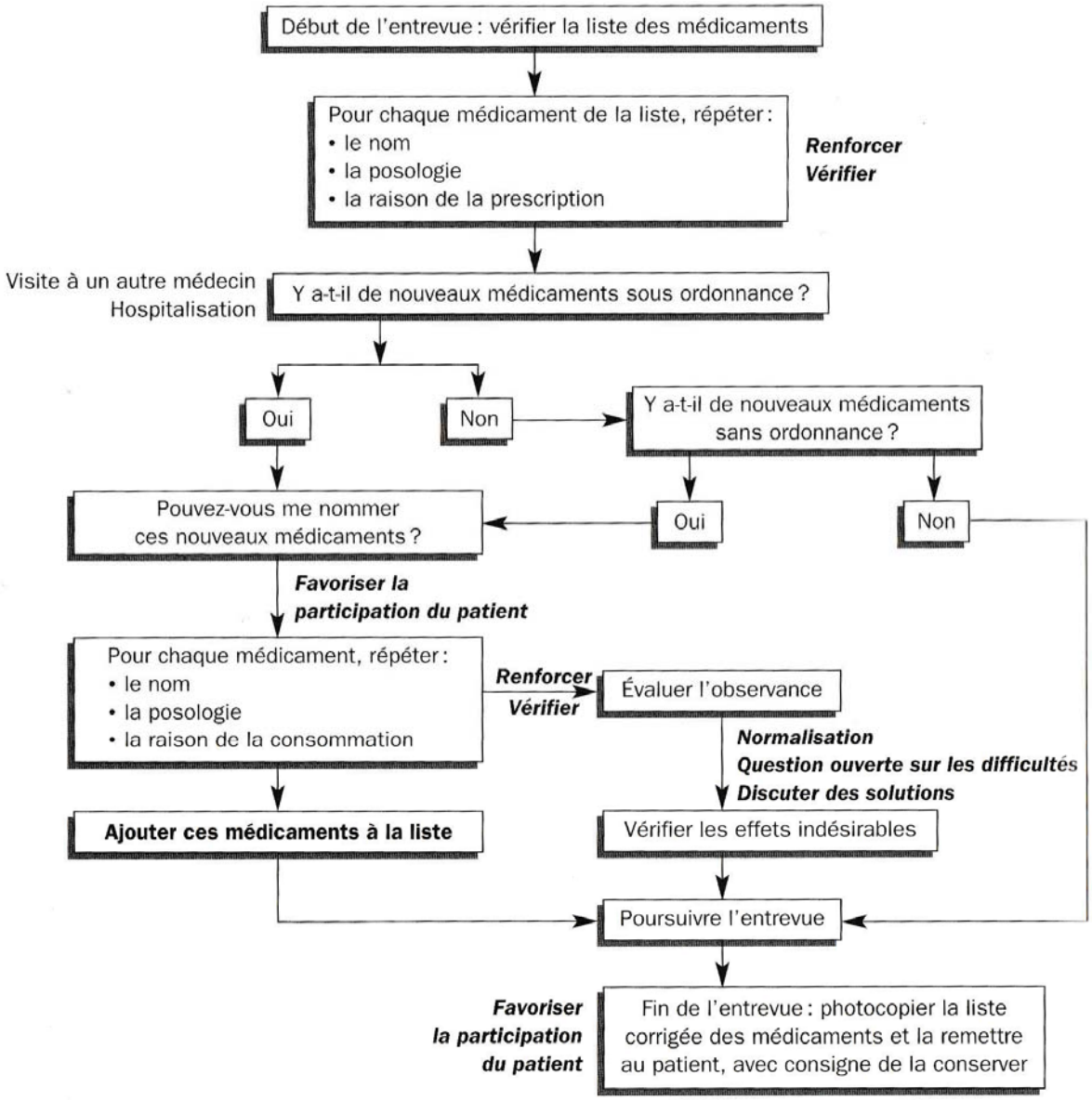
Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients.* Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

[#] **Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J.** ***Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills,*** **< http://www.skillscascade.com > ou < http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources >.**

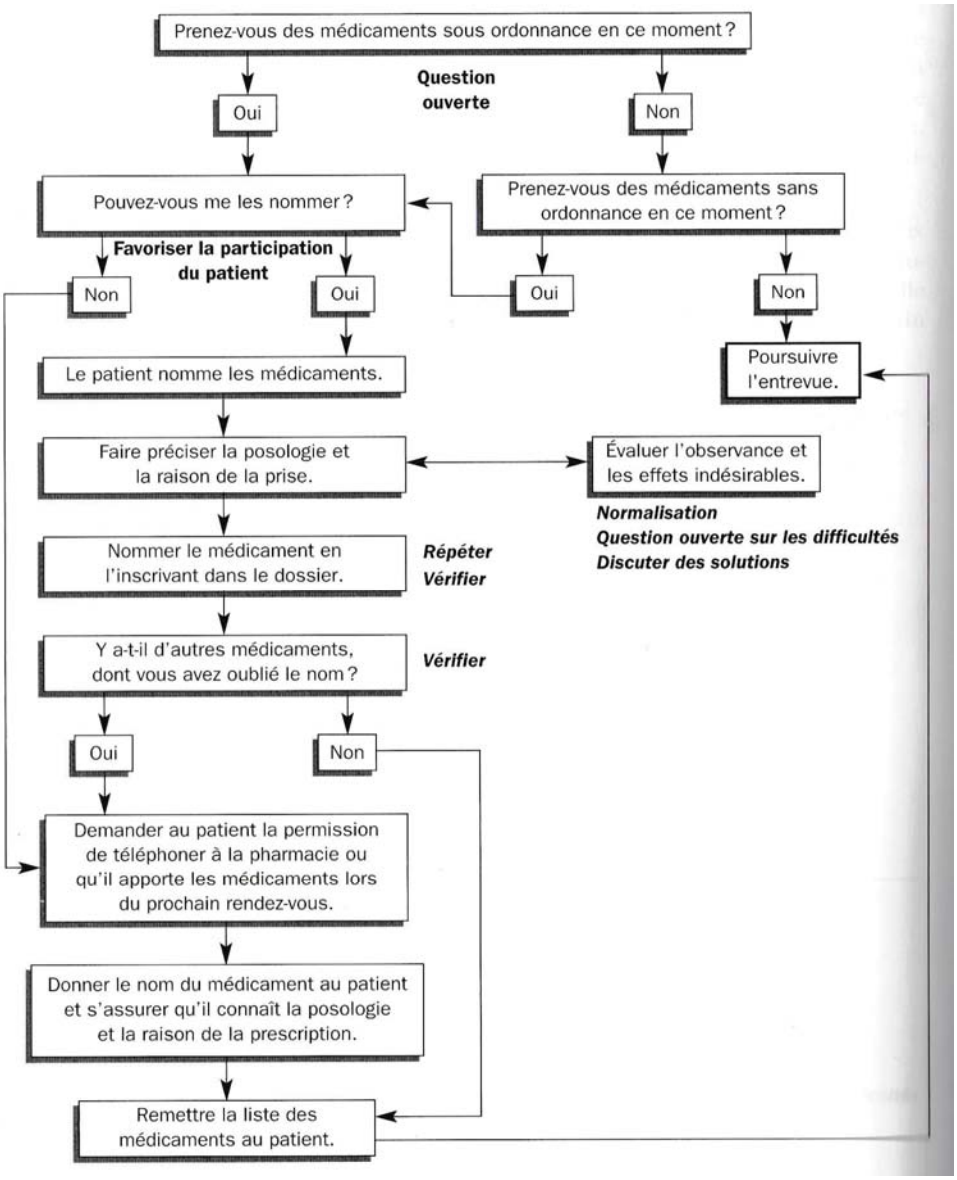
Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<u>Annexe 2</u> (source : voir référence [1] dans la bibliographie)

1) <u>Algorithme pour le suivi de la médication d'un patient connu</u>



2) Algorithme pour le suivi de la médication du nouveau patient



Annexe 3 : Oser communiquer (J. Salomé- Pour ne plus vivre sur la planète taire. Albin Michel)