



Outils de communication

**Cours interactif
de trois heures
à l'intention
des praticiens**

La communication efficace ... à votre service



Guide de ressources



Santé
Canada

Health
Canada

Also available in English under the title :
Talking Tools II — Putting Communication Skills to Work: Resource Booklet

N° de catalogue : H39-509/1999-2F-IN
ISBN : 0-662-84020-8

Pour obtenir des exemplaires additionnels, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Publications-communications
Pré Tunney (LA 0900C2)
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366
Courriel : Info@www.hc-sc.gc.ca

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1999

Table des matières

Remerciements	ii
Avant-propos	iii
Introduction	v
1 La preuve	1
2 Les structures conceptuelles	5
3 Les compétences ... à la loupe	9
Compétence 1. Savoir faire preuve d'empathie	9
Compétence 2. Savoir poser des questions ouvertes et fermées	10
Compétence 3. Savoir recourir à l'écoute active	10
Compétence 4. Savoir reconnaître les indices non verbaux	10
Compétence 5. Savoir quand parler et agir	11
Compétence 6. Savoir quand garder le silence	11
Compétence 7. Savoir synthétiser	11
Compétence 8. Savoir choisir des mots simples	12
Compétence 9. Savoir préciser les responsabilités	12
Compétence 10. Savoir planifier les actions	13
Compétence 11. Savoir confirmer auprès du patient	13
Compétence 12. Savoir donner au patient un rôle de meneur	13
4 Harmonisation des quatre ensembles de compétences	15
A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement	15
B. Comment faire face aux émotions	18
C. Comment prendre des décisions communes	20
D. Comment clore sur une bonne note	22
5 Consolidation des connaissances et perfectionnement	25
6 Références bibliographiques	27

Remerciements

Les membres de la Stratégie en éducation professionnelle et du Groupe de travail sur le curriculum

D^r Michel Talbot (président)*
Association des chirurgiens généraux du Québec

M^{me} Élisabeth Horne
Réseau canadien du cancer du sein

M^{me} Suzanne Inhaber
Santé Canada

D^r André Jacques
Collège des médecins du Québec

D^r Suzanne M. Kurtz
Université de Calgary

D^r Jean Parboosingh
Santé Canada

D^r Moira Stewart
Université Western Ontario

M^{me} Elizabeth Whamond
Réseau canadien du cancer du sein

*Les membres du Groupe de travail sur le curriculum tiennent à souligner
la contribution du président sortant, le D^r Michel Talbot.

Rédaction et design : Allium Consulting Group Inc. (Ottawa)

Avant-propos

Le domaine de la communication efficace médecin-patient a suscité énormément d'intérêt depuis la parution du document *Outils de communication 1 — Une meilleure communication médecin-patient pour de meilleurs résultats auprès des patients* publié par l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS), en 1998. Partout au Canada, les médecins praticiens, les facultés de médecine et les patients ont choisi de préciser leurs efforts en vue d'améliorer la qualité des rapports médecins-patients et d'établir des pratiques davantage centrées sur les besoins des patients.

La publication du document *Outils de communication II — La communication efficace ... à votre service* marque une étape importante au niveau des travaux engagés par les membres de la Stratégie de formation des professionnels de l'ICCS et de l'élargissement des activités de formation et d'éducation en communication destinées aux praticiens. *Outils de communication II* comprend deux grandes composantes : un **Guide de ressources** qui présente des preuves confirmant l'importance de la communication, qui décrit en détail une douzaine de compétences particulières en communication et qui explique comment s'en servir; et un **Manuel de cours** qui intègre toute l'information et la documentation nécessaires pour offrir deux cours distincts de trois heures chacun portant sur des ensembles de compétences précises. En offrant la possibilité aux médecins d'apprendre de façon bien concrète, *Outils de communication II* consolide et renforce les éléments de sensibilisation compris dans *Outils de communication I*.

Il importe de noter que la mise au point des ressources de la série *Outils de communication* reflète bien les objectifs de la Stratégie de formation des professionnels, qui met à la disposition des médecins une variété de ressources centrées sur les compétences et les techniques en communication. En travaillant ensemble, nous pouvons garantir qu'aux quatre coins du pays, les médecins disposent de tous les outils de communication requis pour bien faire leur travail.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les membres du Groupe de travail sur le curriculum. Les nombreuses heures investies pour mettre au point et revoir le contenu d'*Outils de communication II* témoignent éloquemment de votre engagement sincère envers la cause de la communication efficace médecin-patient. Il importe de remercier de façon particulière Madame Suzanne Inhaber et le D^r Jean Parboosingh de Santé Canada pour leur grand dévouement et pour les heures de travail acharné investies pour faire avancer ce projet. Je tiens finalement à remercier les membres de la firme Allium Consulting Group Inc. (Ottawa) qui ont assuré la rédaction, la traduction et la conception graphique du document *Outils de communication II*.

Le D^r Michel Talbot
Président, Groupe de travail sur le curriculum
Stratégie de formation des professionnels
Initiative canadienne sur le cancer du sein

Introduction

L'entrevue médicale constitue l'outil clinique le plus important et utile au service du médecin. Pourtant, jusqu'à tout récemment, le corps médical a largement ignoré l'important effet des techniques et des approches en communication sur les résultats cliniques, sur le taux de satisfaction du patient et du médecin, de même que sur les coûts médicaux.

Tenant pour acquis le caractère inné des compétences en communication, les médecins ont manifesté très peu d'intérêt envers ce dossier, souscrivant au principe que la communication est une qualité innée et non une habileté acquise. Un nombre croissant d'études confirment pourtant que la communication entre le médecin et son patient constitue une compétence clinique de base. Elles révèlent également qu'il s'agit d'une habileté qui peut s'enseigner, s'apprendre et se retenir.

Ce *Guide de ressources* explique aux médecins combien il est important d'améliorer leurs compétences en communication et précise les moyens d'y parvenir. Même s'il a été conçu comme une ressource autonome, il s'avère plus utile dans le cadre d'un programme de formation avec animateur. Ce Guide comprend les éléments suivants :

- un aperçu de la recherche confirmant les effets d'une communication médecin-patient efficace sur l'état de santé du patient, de même que sur le taux de satisfaction du patient et du médecin;
- un aperçu de deux structures conceptuelles favorisant la communication entre le patient et le médecin;
- une explication pratique des douze compétences clés en communication;
- une revue de quatre « ensembles de compétences » que peut utiliser le médecin pour franchir avec succès les principales étapes d'une entrevue, y compris un sommaire de la recherche pertinente, quelques conseils pour la mise en pratique des ensembles de compétences ainsi que des études de cas indiquant aux médecins comment s'y prendre pour améliorer leurs résultats cliniques;
- des suggestions pour permettre aux médecins de suivre et d'évaluer l'évolution de leurs progrès en ayant recours à des techniques de communication efficaces.

La preuve

Selon de nombreuses études, la communication est une compétence clinique essentielle et l'entrevue médecin-patient constitue l'un des outils les plus efficaces dont dispose le médecin. Si l'on considère le nombre considérable de consultations menées par le médecin au cours de sa carrière (environ 200 000), il importe grandement de « savoir comment procéder ».

Il existe présentement plus de 7 500 articles portant sur la communication entre le médecin et le patient dans l'Index Medicus et l'Index des mots clés d'accès aux citations des sciences sociales. Non seulement la « quantité » d'études a-t-elle augmenté ces dernières années, mais encore la qualité s'est-elle également accrue. Le recours à des concepts de recherche plus sophistiqués de même que l'évolution de la technologie sonore, cinématographique et magnétoscopique ont rehaussé la crédibilité de la recherche en communication.

En général, la recherche et la pratique relatives aux interactions médecin-patient démontrent ceci :

- il existe des problèmes de communication majeurs entre les patients et leurs médecins;
- la communication est une compétence clinique de base qui peut contribuer à améliorer le taux de satisfaction et l'état de santé du client;
- la communication peut avoir une incidence favorable sur le taux de satisfaction du médecin;
- la communication peut accroître l'efficacité et faire gagner du temps;
- les compétences en communication s'apprennent et se retiennent; bien que la personnalité et l'approche personnelle d'une personne peuvent jouer en sa faveur, tout le monde est en mesure de s'améliorer.

C'est vrai qu'il y a un problème

- Les médecins n'arrivent à régler plus de 54 p. 100 des plaintes et plus de 45 p. 100 des préoccupations des patients.
- Dans cinquante pour cent des cas, les médecins et les patients n'arrivent pas à s'entendre sur la nature du problème.
- En général, les médecins interrompent leurs patients 18 secondes après que ces derniers ont commencé à décrire leur problème; une fois qu'un patient a été interrompu, il est fort probable qu'il n'abordera pas de préoccupations additionnelles.
- La plupart des procès pour faute professionnelle résultent d'un manque de communication et non d'un manque de compétence. De fait, les patients qui sentent que leur autonomie et leurs moyens d'expression sont grandement menacés par le manque de disponibilité du médecin et son attitude égocentrique au moment de l'entrevue ont tendance à être moins satisfaits et à intenter plus de poursuites.
- Avant toute chose, les patients se plaignent du fait que leurs médecins ne leur fournissent pas assez d'informations et 83 p. 100 des gens croient que les patients ont le droit d'être bien renseignés.

Une bonne communication peut rehausser la qualité des résultats auprès des patients

- Les examens de contrôle menés au hasard révèlent que les patients souffrant de diabète, d'hypertension et d'ulcères qui apprennent à s'imposer davantage au moment de l'entrevue avec le médecin affichent une baisse des taux d'hémoglobine glycosurique et de pression sanguine, et moins de restrictions fonctionnelles dues aux ulcères.
- L'impression des patients à l'effet que leur médecin est à l'écoute et leur donne toute son attention constitue la variable unique la plus souvent associée à l'allègement des symptômes de maux de tête chroniques.
- Le mode de questionnement du médecin en vue d'évaluer et d'éduquer le patient quant à la conformité aux directives affecte la précision de l'information et la qualité de la communication, deux attributs que l'on associe à la non conformité.
- La façon de fournir de l'information aux patients peut déterminer le taux d'acceptation d'un diagnostic ou d'une recommandation.
- Seize des 21 études liées aux résultats sur la santé et aux comportements particuliers au plan de la communication font ressortir des liens positifs et importants entre la communication et les résultats sur la santé des patients.

La qualité de la communication affecte le taux de satisfaction des patients

- Une entrevue centrée sur le patient a une très grande incidence positive sur le taux de satisfaction du patient.
- Le taux de satisfaction du patient tient à diverses habiletés de communication comme le fait de répondre aux attentes, de fournir de l'information et de discuter des problèmes qui inquiètent le patient.
- L'application de diverses techniques de communication efficace (éducation, counselling en cas de stress, négociation) lors des visites aux patients de soins primaires avait une incidence positive sur le taux de satisfaction des patients, alors que le recours à des interventions plus techniques (examens, tests, médication) n'avait pas cet effet.

La qualité de la communication affecte le taux de satisfaction des médecins

- Une revue de 17 études portant sur la satisfaction des médecins illustre que dans la plupart des cas, l'insatisfaction des médecins est attribuable à la communication un à un avec les patients.
- Le taux de satisfaction des médecins tient à des habiletés de communication comme la capacité de répondre aux attentes, de fournir des renseignements et de parler de problèmes inquiétants.
- Le taux de satisfaction général des médecins était avant tout lié à la qualité des rapports médecin-patient.

Vite fait bien fait

- Les médecins qui se montrent sensibles aux besoins de leurs patients et qui s'intéressent à leurs problèmes émotifs prennent, en moyenne, une minute de plus que les médecins qui n'agissent pas de la sorte pour effectuer une entrevue avec leur patient.
- On a découvert que lorsque les médecins recevaient une formation pour accroître leurs compétences « en définition de problèmes et en gestion des émotions », les entrevues avec leurs patients de soins primaires ne duraient pas plus longtemps qu'avant.
- Les entrevues avec les patients ne duraient pas plus longtemps chez les médecins qui avaient recours à des techniques de communication efficaces et qui incitaient leurs patients à jouer un rôle plus actif au niveau de leurs soins personnels que chez leurs collègues.

Les compétences en communication peuvent être apprises, retenues et maintenues

- Les étudiants en médecine ayant acquis des habiletés fondamentales en communication étaient plus compétents pour diagnostiquer des maladies et plus efficaces et efficaces lors des entrevues avec les patients.
- On notait des améliorations marquées au niveau du processus de cueillette d'informations lorsqu'on offrait aux résidents en médecine interne et aux médecins une formation leur apprenant à utiliser des techniques de communication plus appropriées.
- Un cours de huit heures sur la communication efficace offert dans le cadre de l'éducation médicale permanente a aidé les médecins de soins primaires à déceler et à gérer les problèmes psycho-sociaux et à réduire de niveau de détresse émotionnelle des patients.
- Les médecins de famille ayant rehaussé leurs aptitudes à interroger les patients à la suite d'un cours spécial donné en ce sens ont réussi à maintenir leurs nouvelles habiletés après une période de deux ans.
- La pratique et la rétroaction s'avèrent essentiels pour assimiler vraiment les nouvelles compétences; la rétroaction peut venir « de l'intérieur » (p. ex., étude critique) ou « de l'extérieur » (p. ex., rétroaction du patient).

2

Les structures conceptuelles

Une structure permet d'encadrer l'apprentissage en communication tout comme le schéma permet aux médecins de prendre des décisions cliniques. Une telle structure favorise l'accès et l'application systématiques des connaissances ou des compétences, sert d'aide mémoire et impose un ordre et une cohérence à ce qui ne constituerait autrement que des bribes d'information aléatoires.

Les chercheurs ont proposé diverses structures susceptibles d'élargir la portée de l'approche médicale conventionnelle afin d'inclure les aspects psychosociaux de l'interaction entre le patient et le médecin. Voici un bref aperçu de deux modèles conceptuels mis au point par deux professeurs canadiens chevronnés spécialisés en communication clinique. Les deux structures sont conçues de façon à unifier la recherche, la pratique et l'enseignement dans le domaine.

Les deux modèles présentés s'inspirent largement du travail de deux universitaires canadiennes. Il s'agit du D^r Moira Stewart de l'Université Western Ontario (modèle centré sur le patient) et du D^r Suzanne Kurtz de l'Université de Calgary (Guide d'observation Calgary-Cambridge).

Des références pour l'échantillonnage d'autres structures proposées sont également fournies ci-dessous.

Lignes directrices sur les pratiques cliniques

En novembre 1993, le Forum national sur le cancer du sein a identifié un besoin quant à une meilleure définition des paramètres qui encadrent les décisions portant sur les traitements. Le Forum a également souligné le besoin d'amener les patientes atteintes du cancer du sein à prendre, dans la mesure du possible, leurs propres décisions.

Les lignes directrices sur les pratiques cliniques relatives aux soins et traitements du cancer du sein (*Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer*), supplément du Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC) 1998; 158 (3 suppl.), de même que Santé Canada et l'Association médicale canadienne fournissent aux praticiens et aux patients des lignes directrices pour le traitement des patientes atteintes du cancer du sein. Publiées en 1998, ces lignes directrices sont uniques en leur genre, car elles ont été diffusées simultanément en deux documents : l'un d'eux à titre de document vulgarisé à l'intention des femmes et des membres de leurs familles, et l'autre à titre de document technique à l'intention des professionnels de la santé.

Les lignes directrices englobent un vaste consensus sur la gamme de traitements possibles jugés acceptables selon les connaissances actuelles. Elles abordent dix éléments du processus de soins et de traitements et visent à rendre les discussions entre le patient et le médecin plus informées au cours du processus de prise de décision.

Modèle axé sur le patient

Conçu et mis au point au cours des 30 dernières années, le modèle axé sur le patient intègre la compréhension conventionnelle de la maladie (modèle médical) à l'expérience unique vécue par le patient atteint de la maladie. Ce modèle exclut entièrement la notion traditionnelle selon laquelle le professionnel exerce le plein contrôle et le patient demeure passif. « Pour mettre le patient à l'avant plan, le praticien doit l'inciter à prendre le contrôle et à partager le pouvoir dans la relation. »

Le modèle axé sur le patient comprend six éléments interreliés. Les trois premiers éléments abordent le processus entre le patient et le médecin, tandis que les trois autres s'attardent plutôt à l'interaction entre le patient et le médecin. En théorie, le médecin devrait passer d'un élément à l'autre en fonction des signaux que lui envoie le patient. Voici une brève description des six éléments de ce modèle.

❶ Explorer à la fois la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient

La prestation des soins au patient exige que l'on accorde autant d'attention à l'expérience personnelle du patient face à la maladie qu'à la maladie même. La méthode axée sur le patient gravite autour de la maladie et de quatre grandes dimensions liées à l'expérience du patient à ce chapitre : a) l'idée que le patient se fait sur ses problèmes de santé; b) ses sentiments, particulièrement ses craintes quant à son état de santé; c) l'effet de ses problèmes de santé sur son quotidien; d) ses attentes face aux mesures à prendre.

❷ Comprendre tous les aspects de la personne

Avec le temps, le médecin apprend à mieux connaître le contexte de vie du patient, y compris sa famille, son milieu de travail, ses croyances et les crises qu'il traverse dans la vie. Le fait de comprendre tous les aspects de la personne peut enrichir l'interaction médecin-patient, surtout si les symptômes ne laissent présager aucune maladie spécifique. Cette approche permet également au médecin d'approfondir ses connaissances sur la dimension humaine, particulièrement la nature de la souffrance.

❸ Trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème

Le patient et le médecin ont souvent des divergences de vues marquées sur la nature du problème et priorités, sur les objectifs du traitement et sur le rôle du médecin et du patient. Pour trouver un terrain d'entente, le médecin doit tenir compte des idées, des sentiments, des attentes et du rôle du patient dans la planification du traitement.

❹ Miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé

Pour ce faire, il faut que le médecin souscrive entièrement aux principes de la prestation continue et intégrée des soins. Grâce à un processus de soutien, le médecin et le patient peuvent surveiller ensemble certains aspects de la vie du patient qui devraient être consolidés pour permettre au patient de profiter des effets émotifs et physiques à long terme.

❺ Accroître la qualité de la relation médecin-patient

À l'occasion de chaque visite, les médecins cherchent à établir des relations à long terme efficaces avec leurs patients. Il s'agit, en quelque sorte, de l'assise de leur relation professionnelle. Cette relation peut contribuer à mobiliser les forces du patient et à amorcer le processus de guérison.

❻ Être réaliste

Le médecin doit arriver à gérer son temps efficacement et à développer des compétences qui l'aideront à établir les priorités, à affecter les ressources et à favoriser le travail d'équipe. Il doit également respecter ses propres limites émotives et ne pas excéder ses capacités.

Guide d'observation Calgary-Cambridge

Le Guide d'observations Calgary-Cambridge fait appel à un plan simple en cinq points pour structurer les compétences individuelles en communication. Ce plan s'appuie sur une série de tâches élémentaires que le médecin et le patient cherchent d'emblée à accomplir lors des consultations de tous les jours. En outre, il s'inspire d'un schéma organisationnel logique centré sur les interactions médecin-patient et sur l'apprentissage des compétences en communication. Selon les indications, chacune de ces cinq tâches comprend une structure élargie d'ensembles de compétences qui fournit de plus amples précisions quant aux objectifs visés.

Chacun des ensembles de compétences se subdivise à nouveau en compétences individuelles. Ainsi, la structure comprend 70 compétences individuelles qui sont toutes conceptuellement liées à un ensemble de compétences et aux fonctions qu'effectue le médecin dans la séquence logique d'une entrevue clinique.

Nonobstant les nombreuses recherches à l'appui, les auteurs font état de trois **objectifs** immédiats et de cinq **principes** de communication qui ont influé sur le choix des compétences individuelles incluses dans la structure. Ensemble, ils servent de fondement théorique simple et cohérent au Guide d'observations et au développement général des curriculums en communication.

Objectifs de la communication médicale

Les trois objectifs immédiats que les médecins se fixent et cherchent à respecter au cours des échanges avec les patients sont les suivants :

1. Exactitude.
2. Efficacité.
3. Soutien.

La communication efficace offre les outils nécessaires pour atteindre ces objectifs.

1 Engager la séance

- Établir le rapport initial.
- Préciser les motifs de la consultation.

2 Recueillir l'information

- Définir le problème.
- Comprendre le point de vue du patient.
- Fournir un cadre à la consultation.

3 Nouer des liens

- Développer un rapport.
- Encourager le patient à participer.

4 Expliquer et planifier

- Donner la bonne dose et le bon type d'information.
- Servir d'aide-mémoire au patient et faire preuve de compréhension.
- Trouver un point d'entente : intégrer le point de vue du client.
- Planifier en favorisant les prises de décisions partagées.
- Présenter diverses options dans le cadre des explications et de la planification :
 - au moment de formuler une opinion et de préciser l'ampleur du problème
 - au moment de négocier un plan d'action mutuel
 - au moment de discuter des tests et des procédures

5 Clore la séance

Principes qui sous-tendent la communication efficace

1. Ils misent sur l'interaction plutôt que sur un processus de transmission direct.
2. Ils réduisent l'incertitude superflue.
3. Ils exigent une planification et une réflexion centrées sur le dénouement.
4. Ils misent sur le dynamisme.
5. Ils s'appuient sur le modèle hélicoïdal.

Autres modèles

Voici d'autres approches qui s'appliquent à la communication médecin-patient :

- le modèle biopsychosocial
- le modèle à trois fonctions
- l'approche des systèmes familiaux pour les soins au patient
- la connaissance de soi du médecin

Tout comme l'affirmaient Stewart et al. (1995), plusieurs de ces modèles sont semblables en ce qu'ils favorisent un élargissement de l'approche médicale conventionnelle pour englober les questions psycho-sociales, la famille et le médecin. Par contre, leurs niveaux de fonctionnement diffèrent. Certains constituent des modèles conceptuels sans méthode de mise en œuvre, tandis que d'autres s'attardent aux méthodes sans fournir pour autant de structure définie.

3

Les compétences ... à la loupe

Qu'il s'agisse d'apprendre à jouer au tennis, à conduire une voiture ou à communiquer efficacement, l'apprentissage d'un ensemble complexe de compétences passe par la décomposition des différents éléments qui le constituent. Il faut d'abord se familiariser avec chaque compétence requise, appliquer les composantes, puis les mettre en pratique en les enchaînant les unes aux autres de façon cohérente.

Voici un résumé de douze compétences choisies en communication, présentées sans ordre précis.

1 Compétence **Savoir faire preuve d'empathie**

L'empathie consiste en l'appréciation, la compréhension et l'acceptation de l'état émotif d'autrui. Dans le cadre de la relation patient-médecin, l'empathie facilite le partage de l'information au sujet de la maladie en cause. Le médecin qui fait preuve d'empathie réussira à évaluer correctement l'état émotif du patient. Il lui fera sentir qu'il est réellement à l'écoute, que les émotions qu'il ressent sont tout à fait acceptables et qu'il est sensible à sa situation.

Cohen-Cole et Bird (1991) ont relevé cinq types de réponses empathiques :

- réflexion — « Je constate que vous êtes ... »
- validation — « Je comprends pourquoi vous sentez que ... »
- appui — « Je veux vous aider. »
- partenariat — « Nous allons affronter le problème ensemble. »
- respect — « Vous vous débrouillez très bien. »

L'empathie s'exprime de façon verbale ou non verbale. Par exemple :

Empathie verbale

- « Cela m'attriste de vous voir ainsi. »
- « Vous devez avoir de la difficulté à accepter cela. »
- « Vous semblez (triste, en colère, tendu) aujourd'hui. »
- « Cela ne doit pas être facile à vivre. »
- « Je vais vous aider à vous en sortir. »
- « Vous pouvez m'appeler en tout temps. » (Si vous offrez ainsi vos services, assurez-vous de votre disponibilité.)

Empathie non verbale

- Adoptez un ton qui traduit la tristesse ou la sympathie.
- Laissez votre physionomie exprimer votre inquiétude.
- Touchez la main du patient.

Être soi-même!

Il ne suffit pas de savoir quelle compétence convient dans telle ou telle situation. En essayant différentes méthodes verbales et gestuelles, vous trouverez celles qui expriment le mieux votre personnalité et votre style. Par la répétition et la rétroaction, vous apprendrez à personnaliser chacune des compétences requises.

2 Compétence Savoir poser des questions ouvertes et fermées

La façon dont un médecin interroge son patient peut déterminer la qualité et la quantité d'informations qu'il saura recueillir. La plupart des médecins ont tendance à diriger la consultation et, ce faisant, à limiter les réponses du patient. Bien que cette technique soit toute indiquée dans certaines circonstances, elle ne permet pas toujours d'en arriver aux résultats souhaités. À l'aide de différentes méthodes interrogatives, dont les questions « ouvertes », le médecin peut, en encourageant le patient à approfondir ses réponses, obtenir des renseignements essentiels au diagnostic et au traitement. Kurtz et al. (1998) ont démontré l'utilité des questions ouvertes.

Au début de la consultation, le médecin peut poser des questions ouvertes (qui lui permettent de recueillir le point de vue du patient par rapport au problème), puis cibler sa recherche à l'aide de questions plus précises, mais toujours ouvertes, pour ensuite terminer par des questions fermées qui facilitent la divulgation de détails que le patient aurait pu omettre.

Les questions et les déclarations ouvertes dégagent une zone d'information sans pour autant poser de limites au patient. Elles l'incitent plutôt à fournir des détails du genre : « Éprouvez-vous de la douleur quelque part? », « Parlez-moi un peu de cette douleur que vous ressentez. »

Les questions plus précises mais toujours ouvertes permettent de cibler les recherches, mais laissent au patient beaucoup de latitude, du genre : « Qu'est-ce qui intensifie ou qui soulage la douleur? »

Les questions et les déclarations fermées ont pour effet de circonscrire la gamme des réponses à un cadre fixé par le médecin, habituellement à un « oui », un « non » ou à quelques mots, du genre : « Ressentez-vous de la douleur au bras gauche? », « Prenez-vous vos médicaments? »

3 Compétence Savoir recourir à l'écoute active

L'écoute active, c'est beaucoup plus que d'être assis sans bouger devant son patient. Elle consiste à vouloir réellement comprendre le message communiqué. L'écoute active se fonde sur les critères suivants :

- être disposé à écouter (p. ex., sans pousser le patient à se dépêcher en raison de vos autres engagements);
- être à l'affût des indices verbaux et non verbaux (langage corporel);
- faire preuve de compréhension et d'encouragement à l'égard du patient. Par exemple :
 - à l'aide d'incitatifs verbaux : « um », « oui », « allez-y », « ah, ha »;
 - à l'aide d'incitatifs non verbaux : position, posture, contact visuel, affect, physionomie, animation;
 - en faisant une pause avant de formuler des questions pour approfondir certains aspects;
- savoir respecter l'interlocuteur;
- préciser le message de l'interlocuteur (« Si j'ai bien compris ... C'est ça? »).

4 Compétence Savoir reconnaître les indices non verbaux

L'observation et le décodage des indices non verbaux émis par le patient sont essentiels à la compréhension de ses émotions et sentiments. Bien que certains patients refusent de parler de leur désarroi, ils s'exprimeront au moyen du langage corporel. Sachez reconnaître les signes de détresse suivants :

- le fait d'éviter le contact visuel;
- l'agitation;
- l'incapacité de tenir en place sur son fauteuil;
- la tension corporelle perceptible.

Ne croyez pas que vous avez su interpréter instantanément le langage corporel d'un patient. Assurez-vous d'avoir bien capté le message transmis. Il faut parfois tenir compte de particularités culturelles comme le caractère impoli du contact visuel dans certaines cultures.

N'oubliez pas que vous communiquez vous aussi à l'aide du langage corporel et que le patient peut interpréter les indices non verbaux que vous émettez. Il existe divers indices positifs qui peuvent favoriser la communication comme :

- le fait de vous pencher vers le patient pour l'écouter;
- le fait de maintenir le contact visuel et de porter attention à ce que dit le patient;
- hocher la tête.

Par contre, certains indices non verbaux traduisent la distraction, par exemple :

- jouer ou faire du bruit avec votre stylo;
- regarder votre montre ou l'horloge;
- éviter le contact visuel.

5 Compétence Savoir quand parler et agir

En communiquant avec leurs patients, les médecins font souvent l'erreur de contrôler la rapidité du débit et la quantité d'informations livrée. Un médecin qui interrompt son patient et manifeste de l'impatience (de façon verbale et non verbale) peut passer à côté de détails essentiels, de menacer l'équilibre de la relation de « partenariat », voire de perdre en bout de ligne un temps précieux. Gardez les directives suivantes à l'esprit :

- préparez-vous à la consultation en passant en revue le dossier du patient;
- dites au patient combien de temps vous avez à lui consacrer pour qu'il décide quels renseignements qu'il veut vous transmettre et sache combien de temps il a pour ce faire;
- établissez des priorités avec le patient s'il désire vous parler de nombreuses questions;
- indiquez à votre patient si vous êtes pressé par le temps et expliquez-lui pourquoi (p. ex., des urgences, des retards, etc.);
- fixez un autre rendez-vous si vous n'avez pas suffisamment de temps pour discuter à fond des questions dont le patient désire vous entretenir.

6 Compétence Savoir quand garder le silence

Parce qu'ils sont souvent très pressés, les médecins peuvent être portés à accélérer la consultation. Cependant, une pause silencieuse constitue un outil de communication fort efficace pour inciter le patient à se confier tout à fait. Bien plus qu'une simple méthode d'écoute, la pause du médecin permet au patient d'expliquer un problème à son rythme et lui donne un temps de réflexion. Un court silence encourage le patient à poursuivre son idée tandis qu'une pause prolongée sera utile si le patient éprouve de la difficulté à s'exprimer ou s'il devient trop émotif. Le médecin doit reconnaître qu'il existe un équilibre fragile entre le silence qui reconforte et celui qui gêne, entre favoriser la communication et l'entraver en alimentant l'incertitude et l'anxiété. C'est pourquoi il importe d'être réceptif aux indices non verbaux du patient.

7 Compétence Savoir synthétiser

Le fait de synthétiser les propos du patient permet au médecin d'établir s'il a bien compris. En faisant une synthèse, vous résumez ce que le patient a dit, puis vous l'invitez à corriger votre interprétation et à vous fournir, le cas échéant, des renseignements supplémentaires. La **synthèse interne** porte sur un aspect précis de la conversation. Vous devriez y recourir à quelques reprises au cours de la consultation pour vous assurer d'avoir bien saisi l'information du patient. La **synthèse de conclusion** vous permet de récapituler la consultation. Un médecin qui ne prend pas la peine de synthétiser pour confirmer la qualité et la justesse de l'information s'en remet aux suppositions et aux hypothèses et pourrait déformer ou mal interpréter les faits, risques inhérents à toute communication.

La synthèse présente les avantages suivants :

- elle démontre que vous avez écouté attentivement le patient;
- elle témoigne de votre intérêt face à la maladie du patient et face aux circonstances particulières de cette maladie;
- elle donne au patient la possibilité d'apporter des explications supplémentaires;
- elle favorise la collecte d'informations justes;
- elle vous permet de mettre de l'ordre dans vos idées.

Exemple

Le médecin : « Voyons si j'ai bien compris. Il y a environ deux mois, vous avez commencé à souffrir de graves maux de tête une ou deux fois par semaine. Ces maux de tête duraient environ une heure seulement si vous preniez dès le début un analgésique courant; autrement, ils pouvaient durer trois ou quatre heures. Mais maintenant, vos maux de tête sont plus fréquents. Ils reviennent trois ou quatre fois par semaine et les analgésiques sont désormais inutiles pour combattre la douleur. C'est bien ça? »

Le patient : « Oui, et je ne peux réellement pas m'absenter du travail en ce moment. C'est la période la plus occupée de l'année, et je crains que mon entreprise ne fasse faillite si je n'y suis pas. »

8 Compétence Savoir choisir des mots simples

De nombreux médecins oublient que Monsieur et Madame Tout-le-monde ne parlent pas la même langue qu'eux. Bien que certains termes médicaux soient passés dans la langue courante, il reste que le jargon est incompris de la plupart des patients. Il arrive souvent que les patients hésitent à avouer à leur médecin qu'ils ne comprennent pas et quittent son cabinet avec des questions restées sans réponses et de l'information mal comprise. Une bonne communication repose sur l'utilisation de questions et de réponses courtes, faciles à comprendre, dénuées de jargon. Le choix de mots simples contribue à ce que le patient comprenne le plan de traitement prescrit et les directives du médecin.

9 Compétence Savoir préciser les responsabilités

Il importe que le médecin et le patient précisent dès le départ quels seront leurs rôles et responsabilités respectifs dans la relation patient-médecin. Étant donné que les patients ont tous une notion bien différente de la participation qu'ils souhaitent accorder à leur traitement et que cette notion peut changer avec le temps, il revient au médecin, entre autres, de déterminer les attentes de chacun. Pour ce faire, le médecin doit :

- donner l'occasion au patient de parler de ses idées, suggestions, préférences et croyances et l'encourager à s'exprimer;
- offrir au patient des choix et l'encourager à prendre les décisions qu'il se juge capable de mener à bien;
- affecter des tâches à accomplir (p. ex., de la recherche supplémentaire, une consultation avec d'autres professionnels, des modifications au style de vie, la prise de médicaments);
- vérifier auprès du patient s'il appuie la répartition des tâches.

10 Compétence Savoir planifier les actions

Il s'agit de négocier un plan d'action mutuel pour répondre aux inquiétudes que le patient nourrit au sujet de sa santé. Pour arriver à planifier les actions, le médecin doit :

- fournir de l'information claire à propos des actions ou des possibilités de traitement;
- faire exprimer au patient ses idées, sa compréhension, ses inquiétudes, les obstacles perçus;
- encourager le patient à prendre une part active aux décisions;
- tenir compte des circonstances particulières du patient (p. ex., style de vie, croyances, aspect culturel) et de son réseau d'aide;
- confirmer auprès du patient si le plan est compris et accepté.

11 Compétence Savoir confirmer auprès du patient

Les erreurs de communication surviennent en grande partie lorsqu'on suppose (à tort) que notre interlocuteur a compris. Cependant, dans bien des cas, certains facteurs comme l'émotion ou encore les différences quant à la culture et à l'éducation nuisent à la transmission et à la réception du message. L'un des outils qui aidera au médecin à savoir s'il a bien capté le message est la confirmation auprès du patient par des phrases telles que les suivantes :

- « Ce que vous être en train de me dire, c'est ... C'est bien ça? »
- « Vous me dites ... Est-ce que j'ai bien compris? »
- « Si je vous ai bien compris ... Êtes-vous d'accord? »

12 Compétence Savoir donner au patient un rôle de meneur

Il s'agit de laisser au patient le soin de diriger la consultation, tout en posant des questions à mesure que la conversation se déroule. Tout comme il peut trouver ardu de se taire pendant l'échange avec le patient, le médecin qui est habitué à diriger la consultation aura souvent de la difficulté à donner au patient un rôle de meneur. Le médecin sait appliquer cette compétence arrivera à épargner du temps en laissant au patient le soin de lui confier toutes ses inquiétudes, d'établir ses préoccupations premières et de préciser ses attentes.

Exemple

- Patient :** « J'ai mal à la jambe droite. »
- Médecin :** « Je vois. Pouvez-vous me fournir des détails sur le genre de douleur que vous ressentez? »
- Patient :** « Et bien ... ce n'est pas une douleur constante. Ça va et ça vient. »
- Médecin :** « Pouvez-vous être plus précis? Quand exactement la douleur est-elle plus ou moins forte? »
- Patient :** « Je ne sais pas vraiment, mais de toutes façons, ce n'est pas ça qui m'inquiète le plus. »
- Médecin :** « Ah! Oui? Pouvez-vous me parler de votre plus grande inquiétude, alors? »

4

Harmonisation des quatre ensembles de compétences

Pour arriver à gérer efficacement la communication médecin-patient, il ne suffit pas d'appliquer isolément des compétences et des habiletés. En mettant régulièrement en pratique tout ce qu'ils ont appris et en s'auto-évaluant fréquemment, les médecins apprennent à harmoniser toutes les compétences acquises pour répondre aux besoins particuliers de chaque entrevue. La section suivante décrit quatre grands « ensembles de compétences ».

A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement

Pourquoi?

« Si les médecins viennent de Mars et les patients de Vénus, c'est que le lien manquant se situe à l'angle des décisions cliniques prises par le médecin et des expériences concrètes du patient face à sa maladie. Il en résulte que les médecins saisissent mal la trame de l'histoire même s'ils connaissent bien tous les faits. »

Un patient peut se sentir malade sans avoir de maladie. On peut penser au cas d'une veuve récente qui se plaint de léthargie, d'insomnie et de migraines, ou au cas d'un enfant dont les problèmes scolaires provoquent des douleurs au ventre. L'approche centrée sur le patient permet au médecin d'élargir sa marge de manœuvre en tenant compte à la fois de la maladie concrète du patient (préoccupation première du médecin) et des effets de cette maladie (préoccupation première du patient). Toutes les études portant sur le taux de satisfaction, de conformité, de rappel et de résultats physiologiques confirment que les médecins doivent élargir leur perception du patient et de la maladie de façon à englober à la fois le point de vue du patient et la perspective biologique du médecin.

La plupart des médecins croient que les patients sollicitent

Ensembles de compétences

A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.

B. Comment faire face aux émotions.

C. Comment prendre des décisions communes.

D. Comment clore sur une bonne note.

La « maladie » et les « effets de la maladie »

Pour arriver à obtenir tous les renseignements nécessaires, les médecins doivent tenir compte à la fois de la maladie et de ses effets sur le patient.

Maladie : La cause biomédicale de l'affection et la préoccupation première traditionnelle et centrale du médecin.

Effets de la maladie : Le vécu unique du patient face à la maladie, y compris ses émotions, ses pensées, ses préoccupations et les répercussions de l'affection sur d'autres aspects de sa vie.

un avis médical et des traitements en fonction d'un problème principal ou unique, et que ce problème est la première chose dont ils font état au moment de la consultation. La plupart des études confirment toutefois que cette hypothèse est fautive. Comme l'explique Frankel (1994, p. 5), l'ordre de formulation des plaintes n'a rien à voir avec l'importance clinique des problèmes du patient et ne constitue pas une norme fiable pour juger de leur importance du point de vue du patient.

Par ailleurs, même si le patient aborde plusieurs sujets avec son médecin, il n'est pas dit qu'il cherche des solutions à tous ses problèmes. Les observations révèlent qu'aussi souvent qu'une fois sur trois, les problèmes soulevés par le patient indiquent simplement son désir d'en parler au médecin, et non sa quête d'une solution clinique.

Lorsqu'un médecin parvient à recueillir une grande quantité de renseignements auprès du patient, il est plus en mesure d'établir un diagnostic précis et de concevoir un plan de traitement approprié. Une telle approche encourage également le patient à participer activement à son traitement.

Comment faire?

Pour arriver à faire parler son patient, le médecin doit d'abord connaître ses sentiments, ses idées, ses motifs et ses attentes, et savoir situer le tout dans le contexte personnel et culturel qui convient.

- Commencer en demandant au patient de relater toutes les étapes de sa maladie, depuis ses premières manifestations jusqu'à maintenant.
 - Par exemple : « Racontez-moi tout depuis le début ... »
- Utiliser des « ponctuations » pour démontrer davantage votre sollicitude et vos sentiments pendant l'exposé du patient.
 - Par exemple : « Mmmm ... je vois ... je vous comprends. »
- Attendre que le patient continue de décrire son problème avant de poser une autre question.
- Établir avec le patient ce qui constitue le problème le plus pressant et négocier avec lui afin de remettre au prochain rendez-vous les préoccupations moins urgentes.
- Poser des questions qui vous permettront de comprendre en quoi un problème particulier affecte le patient dans sa vie quotidienne.
- Demander au patient s'il a une idée de ce qui pourrait bien causer son problème. Un tel geste vise à favoriser la communication et à contrer les fausses impressions.
 - Par exemple : « Qu'est-ce qui a provoqué ce problème, selon vous? »
- Voir quel genre de soins le patient s'attend à recevoir. En général, les patients ont déjà une bonne idée des soins dont ils croient avoir besoin pour régler leur problème. Par conséquent, il se peut que vos recommandations ne soient pas bien suivies parce que le patient n'est pas d'accord avec vous ou parce qu'il n'avait pas l'intention de les suivre au départ.
- « Que voulez-vous que je fasse pour vous aider? »
- Se renseigner sur la culture et le mode de vie du patient. Le fait de connaître les événements et les personnes qui affectent le vécu du patient en rapport avec sa maladie — la préoccupation première du patient — vous guidera et vous aidera à prendre la bonne décision clinique de façon plus rapide, plus modique et moins frustrante pour les deux parties.
 - Par exemple : « Est-ce qu'il se passe bien d'autres choses dans votre vie à ce moment-ci? »
- Il importe de faire une synthèse des grandes préoccupations du patient, de ses attentes face aux causes du problème et des mesures à prendre pour le régler. Le médecin demandera au patient de lui fournir les renseignements manquants ou de le corriger s'il a mal compris ce que le patient a dit.

Usage efficace
du silence

Choix du bon
moment

Recours aux
questions ouvertes

Synthèse

Un cas type

- Médecin :** Bonjour, Madame Gagnon. Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui?
- Patiente :** Et bien, j'ai un peu de misère avec les médicaments pour l'arthrite que vous m'avez prescrits.
- Médecin :** Je vois ...
- Patiente :** C'est que j'ai beaucoup de mal à dormir. Je ne sais pas si c'est à cause des médicaments. Peut-être que j'en prends trop. Peut-être que je devrais faire autre chose. Je ne sais pas vraiment.
- Médecin :** D'accord, nous allons en parler. Mais j'aimerais d'abord savoir s'il y a quelque chose d'autre qui vous dérange. Avez-vous d'autres problèmes sur le plan physique? Est-ce qu'il y a quelque chose qui vous stresse particulièrement ces jours-ci?
- Patiente :** Eu ... en fait, oui. Il y a quelque chose qui me dérange.
- Médecin :** J'écoute ... Pouvez-vous m'en parler un peu?
- Patiente :** Je suis certaine que ce n'est rien de grave.
- Médecin :** (Silence)
- Patiente :** Et bien ... je sens que j'ai une petite bosse au sein.
- Médecin :** Je vois ...
- Patiente :** Je suis certaine que ce n'est rien de grave mais cela m'inquiète un peu quand même.
- Médecin :** Je peux comprendre pourquoi cela vous inquiète. Si vous voulez, on va en parler un moment, puis on va voir s'il y a quelque chose à faire au sujet de vos médicaments.

La recherche

Les éléments suivants sont tirés de diverses recherches visant à aider le patient à « s'exprimer plus facilement ».

- Beaucoup de problèmes ne sont pas explicables par la présence d'une maladie organique. Lorsque des patients se plaignent de douleurs à la poitrine au médecin de famille, on n'arrive toujours pas à établir la cause après un suivi de six mois dans 50 p. 100 des cas.
- On observe des résultats supérieurs lorsque le médecin et le patient s'entendent sur la nature du problème et sur la solution proposée (c.-à-d., le diagnostic et le traitement).
- De 40 p. 100 à 80 p. 100 des patients ne suivent pas les recommandations du médecin. Dans bien des cas, ces recommandations correspondent mal aux questions, aux besoins ou aux priorités que le patient a fait valoir au moment de la consultation.
- Le fait d'encourager les patients à dire ce qu'ils pensent de leur maladie peut s'avérer fort utile pour les inciter à fournir d'autres renseignements et pour les aider à mieux comprendre ce qui se passe.
- Les divergences d'opinion entre un patient et son médecin face à une maladie quelconque peuvent affecter le taux de satisfaction et de conformité du patient, la bonne gestion de la maladie et la qualité des résultats.
- La quantité d'informations recueillies par le médecin tenait directement au recours judicieux aux questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes incitaient le patient à fournir beaucoup plus de renseignements que les questions fermées.

B. Comment faire face aux émotions

Pourquoi?

Les études sur la communication médecin-patient font souvent état du lien entre le degré d'empathie et de soutien du médecin et le taux de satisfaction du patient. Les chercheurs constatent aussi un rapport entre ce que les patients perçoivent comme un manque d'intérêt de la part du médecin et le nombre de poursuites pour faute professionnelle. En outre, la recherche indique qu'il existe un lien significatif entre le degré d'empathie du médecin et le degré de conformité des patients.

Compte tenu des preuves de plus en plus probantes à l'effet que les rapports thérapeutiques positifs ont un bon effet sur le processus et sur le résultat des soins, pourquoi y a-t-il tant de médecins qui éprouvent des difficultés à composer avec les émotions des patients? Spiro (1992) croit que la médecine a toujours projeté une image de neutralité et de froideur clinique, alors que l'empathie se fonde sur la passion et les rapports humains, sur les joies et les peines, et sur la réalité de vivre.

Comment faire?

- Indiquer que vous êtes sensible aux émotions du patient et qu'il est bon pour eux d'exprimer ce qu'ils ressentent et de discuter de questions émotives délicates. Une façon d'encourager les patients à faire part de leurs émotions consiste à poser des questions comme les suivantes :
 - « Comment vous sentez-vous face à cette situation? »
 - « Qu'est-ce qui vous inquiète le plus dans tout ceci? »
 - « Est-ce qu'il y a des choses qui vous dérangent à la maison ou au travail? »
- Il faut bien surveiller pour arriver à reconnaître les signes de détresse chez vos patients. Pour ce faire, il faut être attentif aux indices verbaux et non verbaux, être conscient des écarts entre ce que le patient dit et comment il le dit, tout en étant sensible aux choses qu'il ne dit pas. Pensez à une patiente qui affirme se sentir bien mais qui joue nerveusement avec son sac à main sous la table, ou à un patient qui ne vous regarde pas dans les yeux en clamant que tout va bien avec son épouse à la maison. Suchman et al. (1996) croit que les patients y vont souvent d'affirmations neutres en vue de tâter le terrain et de voir s'il y a lieu de se « mouiller » davantage en exprimant des émotions. Une patiente affirmera, par exemple : « Je ne vois pas souvent mon mari ces jours-ci. Il est très occupé au travail ».
- Écouter plus et parler moins. De par leur formation, les médecins ont appris à gérer efficacement leur temps et à solliciter activement des renseignements auprès des patients. De ce fait, ils peuvent avoir de la difficulté à bien écouter. Le recours aux techniques d'écoute active incite souvent le patient à faire part de ses émotions. Le médecin qui veut faire de l'écoute active peut utiliser les techniques suivantes :
 - hocher la tête
 - dire des choses comme « Je vois ... Oui, oui ... Continuez ... »
 - s'asseoir bien en face du patient
 - garder le contact visuel
 - s'installer près du patient
- Il importe de réagir immédiatement aux indices verbaux et non verbaux qui indiquent que le patient est en détresse. Il faut profiter du moment qui passe et ne pas balayer les émotions sous le tapis. Branch et Malik (1993) affirment que la décision de donner suite immédiatement aux manifestations d'émotion constitue une occasion unique à ne pas rater. En général, lorsque le patient perçoit que le médecin est réceptif, il donnera libre cours à ses émotions.

Ensembles de compétences

A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.

B. Comment faire face aux émotions.

C. Comment prendre des décisions communes.

D. Comment clore sur une bonne note.

Questions
ouvertes

Langage
non verbal

Écoute active

Choix du bon
moment

- Il importe de valider les émotions du patient. Le patient veut sentir que ses émotions sont normales et prévisibles. Le médecin doit lui indiquer qu'il est tout à fait acceptable de se sentir ainsi vu les circonstances et qu'il n'y a aucun mal à afficher ses émotions. Pour transmettre ce message, le médecin peut utiliser l'une des phrases suivantes :
 - « Il serait surprenant que vous ne soyez pas fâché ou apeuré après un tel diagnostic. »
 - « Je vous comprends parfaitement. Tout le monde aurait la même réaction que vous dans de telles circonstances! »
 - « Votre réaction est absolument normale. »
- Il faut fournir une bonne rétroaction au patient et solliciter ses réactions. Par exemple :
 - « On dirait que vous vous sentez comme si ... Est-ce vrai? »
 - « J'ai l'impression que vous dites que ... Est-ce que j'ai raison? »
- Il faut faire comprendre au patient que vous êtes un partenaire de choix et que vous allez lui donner tout l'appui nécessaire pour l'aider à surmonter ses problèmes médicaux. Vous pouvez lui dire ce qui suit :
 - « Nous allons travailler ensemble pour tenter de déterminer le traitement qui vous convient le mieux. »
 - « Je suis disponible en tout temps si jamais vous avez des questions à me poser. »

Manifestations
d'empathieConfirmation
auprès du patient

Un cas type

Une femme de 47 ans consulte son médecin au sujet d'une grosseur au sein. Conscient du fait que cette femme est très nerveuse et agitée face à la situation et qu'elle hésite à subir d'autres tests, le médecin lui donne des indices verbaux et non verbaux indiquant qu'il voudrait en savoir davantage. En se montrant ouvert, empathique et encourageant, le médecin crée une ambiance favorable aux confidences qui rassure la patiente et l'incite à parler de ses émotions et de ses craintes. De cette façon, le médecin arrive à déterminer la plus grande peur de la patiente, soit qu'elle devra subir une ablation complète du sein et que son nouveau mari ne pourra s'adapter à la transformation physique.

Une fois que le médecin a bien compris les craintes de la patiente, il peut réagir directement à ses préoccupations, lui offrir l'appui nécessaire et proposer diverses façons de faire face à la situation. En ce sens, il peut décider avec la patiente d'inclure le mari à toutes les étapes du diagnostic et dans toutes les décisions relatives aux choix de traitement.

Si le médecin ne s'était pas donné la peine de démontrer de l'empathie et de l'intérêt envers les problèmes et les sentiments de la patiente, il est peu probable que cette dernière aurait accepté de parler à cœur ouvert et de lui confier ses inquiétudes. Ceci aurait pu retarder le début du traitement et rendre la situation encore plus traumatisante pour la patiente.

La recherche

Les études confirment que le degré d'intérêt et d'empathie du médecin affecte grandement le taux de satisfaction du patient et la qualité des résultats.

- Une étude classique sur la perception des expressions faciales parmi les gens de diverses cultures indique que les Américains ont passablement plus de difficulté à déceler la colère que les Brésiliens, les Chiliens, les Argentins et les Japonais.
- Dans le cadre d'un sondage mené auprès des médecins américains, la moitié des répondants affirmaient que les patients les plus difficiles à traiter étaient ceux qui manifestaient de la colère ou de l'hostilité; les deux tiers étaient d'avis que les facultés de médecine équipaient mal les étudiants pour faire face aux problèmes émotifs des patients.

- Le degré de soutien et d'empathie des médecins a un effet direct sur le taux de satisfaction et l'allègement des inquiétudes des patients.
- Les patients qui étaient insatisfaits et qui avaient l'impression que le médecin ne s'intéressait pas à eux avaient plus tendance que les autres à écrire des lettres de plaintes.
- Une analyse exhaustive de la documentation fait ressortir un lien fort important entre le degré d'empathie du médecin et le taux de conformité du patient face au traitement.

C. Comment prendre des décisions communes

Pourquoi?

En aidant le patient à comprendre le processus décisionnel et en lui permettant de participer autant qu'il le veut aux décisions qui le concernent, le médecin peut grandement favoriser l'engagement du patient face au plan de traitement proposé. Une « alliance thérapeutique » qui s'enrichit d'une justification claire, d'une exploration sensible des obstacles et d'outils pour affronter les grands changements accroît les chances de succès et de satisfaction en rapport avec le plan de traitement proposé. Les chercheurs médicaux, les éducateurs et les groupes de patients misent de plus en plus sur la négociation et sur la collaboration médecin-patient pour régler les problèmes de non conformité. Il faut aussi dire que les patients ne désirent pas tous participer au même degré au processus décisionnel, certains préférant laisser au médecin le soin de prendre les grandes décisions.

Comment faire?

- Il faut prévoir assez de temps au moment de la consultation pour expliquer comme il faut le diagnostic et les choix de traitement. Il importe de noter que la plupart des médecins surestiment de beaucoup la quantité de temps qu'ils allouent aux explications et aux discussions avec le patient.
- Il faut définir les attentes du patient et déterminer la quantité d'informations qu'il veut obtenir au sujet de la maladie, du traitement, etc.
- Il est bon que le médecin vérifie ce que le patient a bel et bien compris au sujet de sa maladie et du traitement proposé en posant diverses questions comme les suivantes :
 - « Que savez-vous au sujet de cette maladie? »
 - « Qu'est-ce qui a bien — ou moins bien — fonctionné pour vous dans le passé? »
- Offrir au patient divers choix de traitements.
- Proposer un traitement quelconque et expliquer clairement votre choix. Un principe fondamental pour établir un partenariat efficace avec le patient consiste à garantir que la personne comprenne bien pourquoi le médecin favorise telle ou telle option.
- Établir, s'il y a lieu, quelles sont les réserves du patient face à une approche particulière et répondre à chacune de ses préoccupations. Ces réserves peuvent tenir aux circonstances propres du patient, à ses préjugés ou au fait qu'il a mal compris.

Ensembles de compétences

A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.

B. Comment faire face aux émotions.

C. Comment prendre des décisions communes.

D. Comment clore sur une bonne note.

Choix du bon moment

Confirmation auprès du patient

Recours à un langage simple

Planification des actions

- Définir un plan d'action et déterminer les responsabilités qui incombent à chacun. Vous pouvez accepter d'explorer une cure homéopathique, par exemple, alors que la patiente acceptera de prendre les médicaments prescrits en attendant les résultats de la recherche.
- Revoir les rôles et les responsabilités qui ont été attribués au médecin et au patient, et voir si le patient est toujours d'accord.
- Fournir un appui au patient. Pour ce faire, vous pouvez :
 - reconnaître combien il est difficile de suivre un plan de traitement rigoureux ou de modifier son style de vie;
 - indiquer que vous êtes disponible pour répondre aux questions.

Détermination des responsabilités

Synthèse

Manifestations d'empathie

Un cas type

Madame Beauchamp a appris qu'elle a un cancer du sein et elle discute de divers traitements avec son médecin. Le médecin décrit tous les choix de traitements qui s'offrent à la patiente et lui fournit, à sa demande, des renseignements additionnels sur les processus et les résultats spécifiques à chacun. Madame Beauchamp exige des renseignements sur des traitements traditionnels et des traitements de médecine douce comme l'acuponcture et l'homéopathie. Le médecin peut déduire, d'après la conversation, que Madame Beauchamp en a assez de la chirurgie et de la chimiothérapie. Sa mère est morte d'un cancer du sein après de longues années de traitements douloureux. Elle ne veut pas souffrir de la sorte et voir sa qualité de vie diminuer sans cesse.

Même si le médecin est convaincu que la condition de Madame Beauchamp peut être traitée avec succès à l'aide de méthodes traditionnelles, il reconnaît ses craintes et respecte son droit d'explorer d'autres options. En même temps, il lui explique, à l'aide de preuves, pourquoi il favorise un mode de traitement particulier. En discutant, ils arrivent à établir ensemble un plan de traitement satisfaisant. Madame Beauchamp s'engage à poursuivre sa recherche sur les cures naturelles tout en se préparant, en accord avec le médecin, à subir une chirurgie suivie d'un traitement de chimiothérapie si nécessaire. Ils fixent ensemble une date ultime pour prendre la décision finale. Ce jour là, ils examineront ensemble les résultats de la recherche et ils décideront des mesures à prendre.

La recherche

- Les patients qui ont la chance de participer activement aux consultations médicales et aux décisions portant sur les choix de traitement affichent des résultats plus favorables sur les plans physiologique et fonctionnel.
- Les patients qui prennent connaissance du pronostic et des choix de traitement avant même le diagnostic semblent plus aptes à retenir et à assimiler l'information que le médecin leur transmet.
- Les patients et les médecins qui s'entendent sur la nature du problème et sur le plan de suivi affichent de meilleurs résultats que les autres au niveau du patient.

D. Comment clore sur une bonne note

Pourquoi?

Pour pouvoir clore la consultation sur une bonne note, le médecin doit s'assurer que le patient est parfaitement au courant du traitement et qu'il accepte de le suivre. Le fait de clore sur une bonne note aide le patient à se sentir à l'aise avec un plan de traitement mutuellement acceptable, à mieux comprendre ce qui reste à faire et à procéder avec confiance. Cette façon de terminer la consultation permet également au médecin de commencer la séance suivante sans avoir à revenir en arrière. Une façon de régler les problèmes qui peuvent empêcher le médecin de clore sur une bonne note consiste à recourir aux techniques de communication utilisées plus tôt dans le cadre de l'entrevue. En ce sens, il peut faire appel à des techniques comme la synthèse, la détermination des responsabilités et la confirmation auprès du patient.

Ensembles de compétences

A. Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.

B. Comment faire face aux émotions.

C. Comment prendre des décisions communes.

D. Comment clore sur une bonne note.

Comment faire?

- Revoir rapidement les points saillants de l'entrevue, y compris les raisons qui ont poussé le patient à consulter le médecin, le diagnostic établi et le plan de traitement prévu. Il faut aussi encourager le patient à prendre des notes.
- Il faut s'entendre avec le patient sur les prochaines étapes, y compris les rôles et les responsabilités qui incomberont au médecin et au patient en ce qui a trait, par exemple, aux changements à apporter au style de vie, à la recherche additionnelle à faire, aux consultations futures, à la médication, aux thérapies douces, etc.
- Expliquer au patient quoi faire si jamais les choses ne fonctionnent pas comme prévu, c'est-à-dire si un médicament a des effets secondaires néfastes, par exemple, ou si le problème persiste.
- Demander au patient s'il est d'accord avec le plan de traitement proposé et voir s'il a d'autres questions à poser.
- Vérifier si le patient est satisfait de la rencontre.
- Rassurer le patient en lui indiquant que vous allez continuer de vous occuper de lui. Encourager le patient à se faire accompagner d'un parent ou d'un ami la prochaine fois qu'il a rendez-vous avec vous, s'il le désire.

Synthèse

Détermination des responsabilités

Confirmation auprès du patient

Un cas type

Médecin : Faisons le point, si vous voulez. C'est vrai que vous avez une grosseur au sein. Ce n'est peut-être rien, mais il faut vérifier quand même pour être certains. Donc, la prochaine chose à faire, c'est de voir ce quoi il retourne. Pour cela, nous allons effectuer une biopsie par seringue et nous verrons ensuite où nous en sommes. Êtes-vous d'accord avec cela?

Patiente : J'imagine que oui.

Médecin : Je sais que tout cela peut vous faire peur, mais nous allons prendre les choses doucement. Je vais prendre rendez-vous pour la biopsie et je vais communiquer avec vous jeudi pour vous dire exactement ce qui en est. Comme ça, vous aurez le temps de vous organiser au bureau afin de prendre quelques jours de congé. D'accord?

Patiente : Oui. Je dois retourner à la maison et parler de tout cela avec ma famille.

Médecin : C'est une bonne idée. Et puis, si vous ou des membres de votre famille avez des questions à me poser, n'hésitez pas à me téléphoner. Y a-t-il d'autre chose pour l'instant?

Patiente : Non. J'ai surtout besoin de temps pour réfléchir. Je n'arrive pas encore à croire que c'est bien vrai.

Médecin : C'est facile à comprendre. Mais n'oubliez pas que je suis là pour vous aider. Ensemble, nous allons réussir à surmonter cet obstacle, une étape à la fois. Qu'en pensez-vous?

Patiente : Oui, je crois bien que vous avez raison.

La recherche

- Les femmes atteintes d'un cancer du sein qui font affaire avec des médecins qui leur donnent le choix entre une mastectomie et une ablation de la tumeur mammaire semblent moins anxieuses et moins déprimées que les patientes qui font affaire avec des médecins qui favorisent clairement l'une ou l'autre chirurgie.
- Une étude menée auprès des médecins de soins primaires de l'Oregon (White et coll., 1994) révèle ce qui suit :
 - 21 p. 100 des conversations engagées par les médecins en vue de clore sur une bonne note font la lumière sur des problèmes dont il n'a pas été question plus tôt au cours de la consultation;
 - la durée moyenne de la conversation de la fin est de 1,6 minute;
 - les médecins procèdent comme suit pour arriver à clore sur une bonne note :
 - clarification du plan de traitement (75 p. 100)
 - orientation du patient vers les prochaines étapes (56 p. 100)
 - transmission de renseignements sur la condition ou la thérapie (53 p. 100)

5

Consolidation des connaissances et perfectionnement

La rétroaction continue et l'auto-évaluation constituent des outils essentiels pour rehausser vos compétences en communication. Selon Kurtz et al. (1998), l'aptitude des gens à s'auto-examiner et à établir par eux-mêmes la marche du progrès favorise grandement l'apprentissage. Puisqu'il existe nombre de stratégies d'évaluation efficaces, il revient à chacun d'adopter celle qui convient le mieux. Peu importe la méthode choisie, vous auriez avantage à tenir un registre des progrès accomplis. Au fur et à mesure que vous évaluerez vos efforts, prenez note des compétences que vous semblez bien maîtriser et de celles qu'il reste à peaufiner.

Auto-critique

Il suffit parfois de prendre un moment pour revivre une consultation dans notre tête, pour établir si tout a bien fonctionné et pour déterminer ce qu'on aurait pu faire autrement. Prenez quelques minutes pour évaluer votre comportement. Notez, mentalement ou par écrit, vos forces et vos faiblesses en vue d'aider le patient à s'exprimer plus facilement, par exemple, d'arriver à faire face aux émotions du patient ou d'engager un processus menant à des prises de décisions communes. Il est préférable de vous adonner à cet exercice d'auto-critique le plus rapidement possible après la consultation, sans quoi vous pourriez oublier des détails subtils qui pourraient faire toute la différence. Il faut cependant dire que notre façon de critiquer notre comportement n'est pas une science exacte. Il s'avère souvent plus utile d'observer ou d'écouter un enregistrement visuel ou sonore de l'entrevue avec le patient.

Enregistrement visuel ou sonore

Vous pouvez aussi évaluer vos talents de communicateur en enregistrant la consultation et en consultant plus tard la bande audio ou vidéo. Pour ce faire, il n'est pas nécessaire de posséder un équipement de pointe, mais vous devez obtenir la permission préalable du patient. En général, la plupart des gens acceptent qu'on les enregistre ou qu'on les examine sur bande vidéo ou audio, mais il faut établir des règles de base et respecter pleinement les individus (Tate, 1997, p. 60).

L'enregistrement sonore s'avère facile, modique et peu dérangent. Il ne permet toutefois pas de déceler le langage non verbal. L'enregistrement sur bande vidéo permet de capter les expressions faciales et autres comportements non verbaux, mais l'équipement est plus difficile à installer et la caméra peut distraire le patient. Il existe plusieurs formats d'enregistrement sur vidéo : le VHS permet d'enregistrer de quatre à huit heures sur une même bande; le caméscope est plus petit mais l'enregistrement dure moins longtemps. Les appareils numériques assurent des versions parfaites mais peuvent coûter très cher.

Rétroaction du patient

Une façon d'obtenir une rétroaction de la part du patient consiste à lui demander de remplir un questionnaire à la fin de la consultation. En vue d'obtenir les réponses les plus franches possibles, le médecin doit rassurer le patient et lui permettre de répondre de façon anonyme. De fait, certains patients hésitent à critiquer ouvertement des talents de communicateur de leur médecin, de crainte de nuire à leur relation. Il faut aussi laisser au patient le choix de participer ou non au sondage.

Examen par les pairs

Vous pouvez également solliciter l'opinion de certains collègues pour avoir un meilleur aperçu de vos talents de communicateur. En ce sens, vous pourriez demander à un collègue d'assister à quelques consultations par exemple (avec la permission de votre patient), ou demander à un autre médecin d'enregistrer sur bande vidéo ou audio certaines de vos entrevues avec des patients. Dans tous les cas d'examen par les pairs, assurez-vous d'établir quelques règles de base. Vous pourriez déclarer, par exemple, que toutes les critiques s'accompagnent de suggestions positives.

Programme d'auto-évaluation et de rétroaction

Ce programme s'adresse aux praticiens qui veulent avoir un aperçu de la qualité de leurs communications avec les patients et identifier certaines compétences à améliorer. Il comprend deux outils d'évaluation validés (questionnaires écrits) soit un questionnaire à l'intention des médecins et un questionnaire à l'intention des patients. D'une part, les médecins doivent remplir et poster un questionnaire d'évaluation pour chaque groupe de 10 patients. De l'autre, 10 patients doivent également remplir et poster un questionnaire. Les résultats sont ensuite analysés et interprétés par les membres d'une équipe d'évaluation sous la direction du Dr Moira Stewart du Centre d'études en médecine familiale de l'Université Western Ontario. Les médecins participants reçoivent un rapport confidentiel qui décrit leurs forces actuelles et les domaines à améliorer.

6

Références bibliographiques

Les concepts et les données de recherche présentés dans le cadre du présent *Guide de ressources* sont tirés, en grande partie, des documents suivants :

Participation des membres du Groupe de travail sur le curriculum de la Stratégie de formation des professionnels de l'Initiative canadienne de lutte contre le cancer du sein (*voir Remerciements*).

Frankel, R.M. *Communicating with Patients: Research shows it makes a difference*. Deerfield, IL : MMI Risk Management Resources, Inc., 1994.

Frankel, R.M. et T.S. Stein. « The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide. » Dans *Physical Education and Development*. Oakland, CA : Kaiser Permanente, 1996.

Kurtz, S., J. Silverman et J. Draper. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.

Kurtz, S.M. et J.D. Silverman. « The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. » *Medical Education*, 30 (1996) p. 83-89.

Silverman, J., S. Kurtz et J. Draper. *Skills for Communicating with Patients*. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.

Stewart, M.A., J. Belle Brown et W. Wayne Weston et coll. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA : Sage, 1995.

Tate, P. *The Doctor's Communication Handbook*, 2^e édition. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1997.

Autres lectures

Balint, M. *The doctor, his patient, and the illness*. New York : International Universities Press, 1957.

Becker, M.H. et L.A. Maiman. « Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. » *Medical Care*, 12 (1975) p. 10-24.

Becker, M.H. et I.M. Rostenstock. « Compliance with medical advice. » Dans *Health Care and Human Behavior*. Révisé par A. Steptoe et A. Matthews. London : Academic Press, 1984.

Beckman, H.B. et R.M. Frankel. « The impact of physician behavior on the collection of data. » *Annals of Internal Medicine*, 101 (1984) p. 692-696.

Beckman, H.B., R.M. Frankel et J. Darnly. « Soliciting the patient's complete agenda: A relationship to the distribution of concerns. » *Clin. Res.* 33 (1985) p. 714A.

Beckman, H.B., K.M. Markakis, A.L. Suchman et R.M. Frankel. « The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. » *Arch. Internal Medicine* (sous presse).

Bird, J. et S.A. Cohen-Cole. « The three function model of the medical interview: An educational device. » Dans *Methods in teaching consultation-liaison psychiatry*. Révisé par M.S. Hale. Basel, Suisse : Karger, 1990, p. 65-88.

- Blacklock, S.M. « The symptom of chest pain in family medicine. » *Journal of Family Practice*, 4 (1977) p. 429-433.
- Bowman, F.M., D. Goldberg et T. Millar et coll. « Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. » *Medical Education*, 26 (1992) p. 63-68.
- Branch, W.T. et T.K. Malik. « Using 'windows of opportunities' in brief interviews to understand patients' concerns. » *Journal of American Medical Association*, 269, 13 (1993) p. 1667-1668.
- Brody, D.S., S.M. Miller, C.E. Lerman, D.G. Smith, C.G. Lazaro et M.J. Blum. « The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perception about interventions they devised and received. » *Medical Care*, 27 (1989) p. 1027-1035.
- Cohen-Cole, S.A. et J. Bird. « Function 2: building rapport and responding to patient's emotions (relationship skills). » Dans S.A. Cohen-Cole, *The Medical Interview: The Three-Function Approach*. St. Louis, MO : Mosby-Year Book, 1991, p. 21-27.
- Doherty, W.J. et M.A. Baird. *Family-centred medical care: A clinical casebook*. New York : Guilford, 1987.
- Ekman, P. et W.V. Friesen. *Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial clues*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1975.
- Engel, G.L. « The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. » *Science*, 196 (1977) p. 129-136.
- Evans, B.J., R.O. Stanley et G.D. Burrows et coll. « Lecture and skills workshops as teaching formats in a history taking skills course for medical students. » *Medical Education*, 23 (1989) p. 364-370.
- Evans, B.J., R.O. Stanley et R. Mestrovic et coll. « Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. » *Medical Education*, 25 (1991) p. 517-526.
- Fallowfield, L. « Giving sad and bad news. » *The Lancet*, 341 (1993) p. 476-478.
- Fallowfield, L.J., A. Hall, C.P. Maguire et M. Baum. « Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. » *British Medical Journal*, 301 (1990) p. 575-580.
- Frankel, R.M. *Communicating with Patients: Research shows it makes a difference*. Deerfield, IL : MMI Risk Management Resources, Inc., 1994.
- Frankel, R.M. et H.B. Beckman. « Conversation and compliance with treatment recommendations: An application of micro-interactional analysis in medicine. » Dans *Rethinking Communication: Vol. II, Paradigm Exemplars*. Révisé par B. Dervin, L. Grossberg, B.J. O'Keefe et E. Wartella. Beverly Hills, CA : Sage Publishers, 1989.
- Frankel, R.M. et T.S. Stein. « The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide. » Dans *Physical Education and Development*. Oakland, CA : Kaiser Permanente, 1996.
- Frankel, R.M., A.S. Suchman, K.M. Markakis et H.B. Beckman. « Communication aspects of patient dissatisfaction including the decision to litigate. » Document de recherche présenté à l'Université de l'Alabama à Birmingham, Conférence sur la médecine sociale, 17 avril 1993.
- Garrity, T.F. « Medical compliance and the clinician-patient relationship: A review. » *Social Science Medicine*, 15E (1981) p. 215-222.
- Greenfield, S., S. Kaplan et J. Ware. « Expanding patient involvement in care: Effects on patient outcomes. » *Annals of Internal Medicine*, 102 (1985) p. 520-528.
- Greenfield, S., S.H. Kaplan et J.E. Ware Jr. « Patients' participation in medical care: Effects on blood sugar and quality of life in diabetes. » *Journal of General Internal Medicine*, 3 (1988) p. 448-457.
- Groupe de recherche sur les maux de tête de l'Université de Western Ontario. « Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians — A one-year prospective study. » *Headache Journal*, 26 (1986) p. 285-294.

- Hall, J.A., D.L. Roter et N.R. Katz. « Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. » *Medical Care*, 26 (1988) p. 657-675.
- Haug, M. et B. Lavin. *Consumerism in medicine: Challenging physician authority*. Beverly Hills, CA : Sage, 1983.
- Haynes, R.B. « A critical review of the 'determinants' of patient compliance with therapeutic regimens. » Dans *Compliance with Therapeutic Regimens*. Révisé par D.L. Sackett et R.B. Haynes. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press, 1976.
- Irwin, W.G. et J.H. Bamber. « An evaluation of medical students' behaviour in communication. » *Medical Education*, 18 (1984) p. 90-95.
- Joos, S.K., D.H. Hickam et G.H. Gordon et coll. « Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. » *Journal of General Internal Medicine*, 11 (1996) p. 147-155.
- Kaplan, S.H., S. Greenfield et J.E. Ware. « Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. » *Medical Care*, 27 (1989) p. S110-127.
- Kleinman, A., L. Eisenberg et B. Good. « Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. » *Annals of Internal Medicine*, 88 (1978) p. 251-258.
- Kurtz, S., J. Silverman et J. Draper. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.
- Kurtz, S.M. et J.D. Silverman. « The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. » *Medical Education*, 30 (1996) p. 83-89.
- Lester, G.W. et S.G. Smith. « Listening and talking to patients: A remedy for malpractice suits? » *Western Journal of Medicine*, 158 (1993) p. 268-272.
- Levinson, W. et D. Roter. « Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. » *Journal of General Internal Medicine*, 10 (1995) p. 375-379.
- Ley, P. « Memory for medical information. » *British Journal of Social Clinical Psychology*, 18 (1979) p. 245-255.
- Maynard, D. « Notes on the delivering and reception of diagnostic news regarding mental disabilities. » Dans *The interactional order: New directions in the study of social order*. Révisé par D. Helm, W.T. Anderson et A. Rawls. New York : Irvington Publishers, 1989.
- McDaniel, S., T.L. Campbell et D.B. Seaburn. *Family-oriented primary care: A manual for medical providers*. New York : Springer Verlag, 1990.
- Messinger, O.J. « The patient's perception of care: A factor in medical litigation. » *Canadian Family Physician*, 35 (1989) p. 133-135.
- Northouse, P.G. et L.L. Northouse. « Communication and Cancer: Issues confronting patients, health professionals, and family members. » *Journal of Psychosocial Oncology*, 5(3) (Automne 1987) p. 17-46.
- Ong, L.M.L. et J.C.J.M. de Haes et coll. « Doctor-patient communication: A review of the literature. » *Social Science and Medicine*, 40(7) (1995) p. 903-918.
- Putnam, S.M., W.B. Stiles et M.C. Jacob et coll. « Teaching the medical interview: an intervention study. » *Journal of General Internal Medicine*, 3 (1988) p. 38-47.
- Riccardi, V.M. et S.M. Kurtz. *Communication and counselling in health care*. Springfield, IL : Charles C. Thomas, 1983.
- Roper Starch Worldwide. « What your patients think of you — and vice versa: a Hippocrates/Roper poll. » *Hippocrates* (novembre/décembre 1995) p. 40-41.
- Roter, D.L. et J.A. Hall. « Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. » *Journal of General Internal Medicine*, 2 (1987) p. 325-329.

- Roter, D.L., J.A. Hall et N.R. Katz. « Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. » *Patient Education and Counselling*, 12(2) (1988) p. 99-119.
- Roter, D.L., J.A. Hall et D.E. Kern et coll. « Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. » *Arch. Internal Medicine*, 155 (1995) p. 1877-1884.
- Roter, D.L., M. Stewart, S.M. Putnam, M. Lipkin, W. Stiles et T.S. Inni. « Communication patterns of primary care physicians. » *Journal of American Medical Association*, 277 (1997) p. 350-356.
- Sackett, D.L. et R.B. Haynes, réviseurs « Compliance with therapeutic regimens. » *Symposium on Compliance with Therapeutic Regimens*, 1974, Université McMaster. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1976.
- Silverman, J., S. Kurtz et J. Draper. *Skills for Communicating with Patients*. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1998.
- Simpson, M. et R. Buckman et coll. « Doctor patient communication: Toronto consensus statement. » *British Medical Journal*, 303 (1991) p. 1385-1387.
- Spiro, H. « What is empathy and can it be taught? » *Annals of Internal Medicine*, 16 (1992) p. 843-846.
- Starfield, B., D. Steinwachs, I. Morris, G. Bause, S. Siebert et C. Westin. « Patient-doctor agreement about problems needing follow-up visit. » *Journal of the American Medical Association*, 242 (1979) p. 344-346.
- Starfield, B., C. Wray, K. Hess, R. Gross, P.S. Birk et B.C. D'Lugoff. « The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. » *American Journal of Public Health*, 71(2) (1981) p. 127-131.
- Steele, D.J., T.C. Jackson et M.C. Gutmann. « Have you been taking your pills? The adherence-monitoring sequence in the medical interview. » *Journal of Family Practice*, 20 (1990) p. 294-299.
- Stewart, M.A. « Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 152 (1995) p. 1423-1433.
- Stewart, M.A. « What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. » *Social Science and Medicine*, 19 (1984) p. 167-175.
- Stewart, M.A., J.B. Brown et W.W. Weston. « Patient-centred interviewing: Part III. Five provocative questions. » *Canadian Family Physician*, 35 (1989) p. 159-161.
- Stewart, M.A., I.R. McWhinney et C.W. Buck. « The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. » *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29 (1979) p. 77-82.
- Suchman, A.L., K. Markakis, H.B. Beckman et R.M. Frankel. « A descriptive analysis of empathy: communication behavior in medical interviews. » Rochester, NY : hôpital Highland, département de médecine, 1996.
- Suchman, A.L., D. Roter, M. Green et M. Lipkin. « Physician satisfaction with primary care office visits. » *Medical Care*, 31 (1993) p. 1083-1092.
- Tate, P. *The Doctor's Communication Handbook*, 2^e édition. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press, 1997.
- Tuckett, D., M. Boulton, C. Olson et A. Williams. *Meetings between experts: An approach to sharing ideas in medical consultations*. New York : Tavistock, 1985.
- Volk, L.A. « Review and analysis of ambulatory care claims: 1985-1992. » Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. *Forum*, 13(2) (1992) p. 2-5.
- Wasserman, R.C., S. Inui, B.S. Barriana, W.B. Carter et B.A. Lipincott. « Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician patient interaction. » *Pediatrics*, 74, 6 (1984) p. 1047-1053.
- White, J., W. Levinson et D. Roter. « 'Oh, by the way' — the closing moments of the medical interview. » *Journal of General Internal Medicine*, 9 (1994) p. 24-28.

Ressources*

Il existe une variété de documents de formation et autres ressources portant sur l'efficacité de la communication médecin-patient, dont celles décrites ci-dessous :

- *Primary Care Institute*, 1000 South Avenue, Box 140, Rochester, New York 14620, (716) 242-8100, téléc. (716) 473-2302.
- *The Four Habits of Highly Effective Clinicians: A Practical Guide*, Richard Frankel, Ph.D., et Jerry S. Stein, M.D., 1996, Physician Education and Development, Kaiser Permanente, région de la Californie du nord.
- *CME Curriculum on Communication Skills for Primary Care Physicians*, Dr Debra L. Roter, Université Johns Hopkins, école d'hygiène et de santé publique.

Guide de ressources



Outils de communication II
La communication efficace ... à votre service