

ANNEE 2014

Thèse n°2014-TOU3-3011

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement

par

Julien Rosenzweig

le 5 mars 2014

PRINCIPES DE COMMUNICATION PATIENT-PRATICIEN DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE EN ODONTOLOGIE

Directeur de thèse : Docteur Jean-Noel VERGNES

JURY

Président :	Professeur Catherine NABET
1er assesseur :	Docteur Jean-Noel VERGNES
2ème assesseur :	Docteur Olivier HAMEL
3ème assesseur :	Docteur Antoine GALIBOURG



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER**



UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2014

Thèse n°2014-TOU3-3011

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement

par

Julien Rosenzweig

le 5 mars 2014

**PRINCIPES DE COMMUNICATION PATIENT-PRATICIEN DANS
LE CADRE D'UNE APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE
EN ODONTOLOGIE**

Directeur de thèse : Docteur Jean-Noel VERGNES

JURY

Président :	Professeur Catherine NABET
1er assesseur :	Docteur Jean-Noel VERGNES
2ème assesseur :	Docteur Olivier HAMEL
3ème assesseur :	Docteur Antoine GALIBOURG



**UNIVERSITÉ
TOULOUSE III**
PAUL SABATIER



Université
de Toulouse



FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

DIRECTION

ADMINISTRATEUR PROVisOIRE

Mr Hugues CHAP

ASSEsSEURS DU DOYEN

• ENSEIGNANTS :

Mme GRÉGOIRE Geneviève

Mr CHAMPION Jean

Mr HAMEL Olivier

Mr POMAR Philippe

• PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme GRIMOUD Anne-Marie

• ÉTUDIANT :

Mr HAURET-CLOS Mathieu

CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard

Mr AUTHER Alain

RESPONSABLE ADMINISTRATIE

Mme GRAPELOUP Claude

HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr LAGARRIGUE Jean

Mr LODTER Jean-Philippe

Mr PALOUDIER Gérard

Mr SOULET Henri

ÉMÉRITAT

Mr PALOUDIER Gérard

PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

Mr VAYSSE

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mr VAYSSE

Mr DOMINÉ, Mme GÖTTLE

Mme BACQUÉ, Mr TOULOUSE

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme ELICEGUI, Mme OBACH-DEJEAN, Mr PUJOL

Mr GARNAULT, Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maître de Conférences :

Assistant :

Chargés d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle BARON

Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE

Chef de la sous-section : Mr BARTHET
Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN
Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL
Chargés d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr PIOTROWSKI, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

Chef de la sous-section : Mr CAMPAN
Professeur d'Université : Mr DURAN
Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY
Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI
Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr GANTE, Mr L'HOMME, Mme LABADIE, Mr PLANCHAND, Mr SALEFRANQUE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE

Chef de la sous-section : Mr KÉMOUN
Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT
Maîtres de Conférences : Mme GRIMAUD, Mr KEMOUN, Mr POULET
Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mr BLASCO-BAQUE, Mme PESUDO, Mme SOUBIELLE
Chargés d'Enseignement : Mr BARRÉ, Mr SIGNAT, Mme VALERA

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Chef de la sous-section : Mr GUIGNES
Maîtres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mr ARCAUTE, Mlle DARDÉ, Mme DEDIEU, Mme DUEYMES, Mme FOURQUET, Mr MICHETTI
Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mlle BORIES, Mr ELBEZE, Mr MALLET, Mlle PRATS,

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)

Chef de la sous-section : Mr CHAMPION
Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR
Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS
Assistants : Mr CHABRERON, Mr DESTRUHAUT, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO
Chargés d'Enseignement : Mr ABGRALL, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mme LASMOLLES, Mr LUCAS, Mr MIR, Mr POGEANT, Mr RAYNALDY

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Chef de la sous-section : Mme GRÉGOIRE
Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE
Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR
Assistants : Mr CANVET, Mr DELANNÉE, Mr MONSARRAT
Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

 L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
 (Délibération en date du 12 Mai 1891).

Mise à jour au 4 février 2014

Je dédie cette thèse...

A ma famille,
 A celle que je connais,
 A celle que je ne connais pas,
 Et à celle que j'aurai le bonheur de découvrir,

Bernard et Sylvie, vous êtes et serez les êtres les plus chers à mon cœur, évidemment ! Je sais votre confiance, en dépit des péripéties. Merci pour votre amour et votre soutien. Papa, je t'aime. Maman, je t'aime. Edouard, je t'aime aussi ! Je sais que nous serons toujours proches.

A Betty, pour sa légendaire contribution à la corpo de médecine.
 A Nguyen van Khan. J'espère qu'un jour, nous nous rencontrerons.
 A Marthe,
 A mon grand-père paternel,

A Françoise à qui je pense,

A Hamid Filali, pour qui j'éprouve le plus grand respect et qui a grandement contribué à ce que je suis aujourd'hui,
 A Jean-Pierre Bossavy, qui m'a transmis une certaine idée de la médecine et qui est pour moi, un modèle,
 A Alain Lassale, merci !
 A Gérard Salesses, le plus cool des médecins,

A Philippe Boghanim, pour sa patience, sa bienveillance, sa confiance et son amitié,
 A Emmanuelle Vigarios, dont l'approche relationnelle a été une source d'inspiration,
 A Jean-Luc Sudres, pour sa disponibilité et ses idées éclairantes,
 A Marie Laure Boy-Lefevre, pour ses conseils.

A mes amis et à ceux qui ont laissé une empreinte particulière dans ma vie

Arthur, Nicolas, Jérôme, Amaury, Renaud, Tanguy, François, Myriam, Aurore, Enguerran, Antoine, Takuma, Arthur, Amandine, Antoine, Marine, Bertrand, Julien, Mathieu, Alexandre, Tristan, Bénédicte, Rémy et tous les autres.

A la présidence du jury

NABET Cathy

- Professeur des Universités, Praticien hospitalier d’Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d’Etudes Approfondies de Santé Publique – Epidémiologie
- Docteur de l’Université Paris XI,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Lauréate de la Faculté de Médecine,
- Lauréate de l’Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l’Académie Nationale de Chirurgie Dentaire**

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de présider notre jury.

Nous vous remercions de nous avoir prodigué vos conseils avisés.

Soyez assurée de nos sentiments les meilleurs.

Au membre du jury

HAMEL Olivier

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
- Responsable de l'Unité Fonctionnelle du site de l'Hôtel Dieu (Pôle Odontologie),
- Responsable de la sous-section "Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale",
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale de la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes(EA 4569),
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etudes Approfondies en Ethique Médicale et Biologique,
- Docteur de l'Université Paris Descartes.*

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de prendre part à notre jury de thèse.

*La confiance, la compréhension et la patience dont vous nous avez fait part,
témoigne de la considération que vous portez aux étudiants.*

Je vous prie d'accepter mes sentiments les plus sincères.

Au directeur de thèse

VERGNES Jean-Noel

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales
- Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

*Nous sommes très heureux que vous ayez accepté de diriger notre thèse.
Au-delà de la formidable attention que vous avez témoignée à nos travaux
et de la perspicacité de votre point de vue,
c'est l'humanisme dont vous faites preuve qui est la source
de notre plus grande admiration.
Soyez assuré de notre profond respect.*

Au membre du jury

GALIBOURG Antoine

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 : Biosanté,
- Ingénieur de l'Institut Catholique des Arts et Métiers,
- Diplôme d'Université d'Imagerie 3D

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

C'est étrange de vous vouvoyer mais c'est l'usage recommandé.

Je vous souhaite le meilleur.

Table des matières

INTRODUCTION.....	23
1 Principes généraux de la communication dans la relation de soins.....	25
1.1 Communication et relation inter-personnelle.....	25
1.2 Les processus de transfert et de contre-transfert.....	28
1.2.1 Le transfert.....	28
1.2.2 Le contre-transfert.....	29
1.3 L'empathie.....	31
1.3.1 Une définition de l'empathie.....	31
1.3.2 Exemples de ce que n'est pas l'empathie.....	32
1.3.3 Intérêt de l'empathie dans la relation de soins.....	32
1.3.4 Baisse de l'empathie durant les études médicales.....	34
1.3.5 Développer l'empathie.....	35
2 Outils et stratégies de communication : le guide de Calgary-Cambridge.....	38
2.1 Introduction.....	38
2.2 Débuter l'entrevue.....	50
2.2.1 Préparer l'entrevue.....	50
2.2.2 Etablir le contact.....	50
2.2.3 Identifier le/les motifs de consultation.....	51
2.2.4 Ecouter les premières paroles du patient sans l'interrompre ou orienter sa réponse.....	52
2.2.5 Dépistage des problèmes.....	54
2.2.6 Définition du programme de la consultation en accord avec le patient.....	55
2.3 Recueillir l'information.....	57
2.3.1 Généralités.....	57
2.3.2 Exploration du patient :	59
2.3.2.1 Techniques ouvertes et fermées de questionnement : la technique en « entonnoir »	59
2.3.2.2 Initier le récit du patient.....	61
2.3.2.3 L'écoute attentive du patient.....	61
2.3.2.4 Faciliter l'expression du patient.....	61
2.3.2.5 Relever les indices verbaux et non verbaux.....	63
2.3.2.6 Clarifier les dires du patient.....	64
2.3.2.7 Résumés intermédiaires périodiques des propos du patient.....	64

2.3.3 Autres compétences pour comprendre le point de vue du patient.....	65
2.3.3.1 Exemples d'expressions permettant de découvrir le point de vue du patient.....	65
2.3.3.2 Encourager le patient à exprimer ses émotions.....	66
2.4 Structurer l'entrevue.....	69
2.4.1 Rendre explicite le déroulement de l'entrevue.....	69
2.4.2 Prêter attention au bon déroulement de l'entrevue.....	71
2.5 Construire la relation.....	71
2.5.1 Afficher un comportement non verbal approprié.....	72
2.5.2 Développer la qualité de la relation.....	74
2.5.2.1 L'attitude accueillante.....	74
2.5.2.2 L'empathie.....	75
2.5.2.3 Le soutien.....	76
2.5.3 Associer le patient à la démarche clinique.....	77
2.6 Expliquer et planifier le suivi.....	77
2.6.1 Fournir la quantité et le type adéquats d'informations pour une meilleure compréhension du patient.....	77
2.6.1.1 Evaluer les connaissances préalables du patient et s'enquérir de ce qu'il souhaite savoir sur ses problèmes.....	78
2.6.1.2 Segmenter et vérifier.....	78
2.6.1.3 Demander au patient quelles autres informations lui seraient utiles.....	79
2.6.1.4 Donner l'information au moment opportun.....	79
2.6.1.5 Organiser les explications : segmenter l'information et signaler de façon logique et claire les transitions.....	80
2.6.1.6 La répétition et la reformulation.....	81
2.6.1.7 Langage.....	81
2.6.1.8 Aides visuelles : support de l'information.....	82
2.6.1.9 Vérifier la compréhension du patient.....	82
2.6.2 Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient.....	82
2.6.2.1 Relier ses explications au point de vue du patient.....	83
2.6.2.2 Donner au patient des opportunités de participer et l'encourager.....	83
2.6.2.3 Détecter les indices verbaux et non verbaux durant les explications données au patient.....	83
2.6.2.4 Faire exprimer les croyances et les émotions du patient vis-à-vis des informations données.....	84

2.6.3 Planifier : une prise de décision partagée.....	84
2.6.3.1 Partager ses réflexions cliniques aux moments appropriés.....	84
2.6.3.2 Impliquer le patient.....	85
2.6.3.3 Explorer avec le patient les différentes options de prise en charge.....	86
2.6.3.4 S'assurer du niveau d'implication souhaité par le patient dans la prise de décision.....	87
2.6.3.5 Négocier un plan mutuellement acceptable.....	87
2.6.3.6 Vérifier l'accord du patient.....	88
2.6.4 Cas particuliers de discussion avec le patient.....	89
2.7 Terminer l'entrevue.....	91
2.7.1 Les compétences transversales.....	91
2.7.2 Les techniques spécifiques à la fin de l'entretien.....	92
2.8 Cas particuliers.....	94
2.8.1 L'annonce d'une mauvaise nouvelle.....	94
2.8.2 Diversité culturelle et sociale.....	98
2.8.3 Les enfants et leurs parents.....	100
2.8.4 Autres cas particuliers.....	102
2.9 Conclusion du chapitre 2.....	102
3 Exemple d'enseignement pratique de la relation de soins : les techniques du patient standardisé et du jeu de rôle.....	104
3.1 Définitions :.....	104
3.1.1 jeu de rôle :.....	104
3.1.2 patient standardisé :.....	104
3.2 Protocole de création de cas de patient simulé/jeu de rôle :.....	106
3.3 Exemples de cas.....	110
3.3.1 Cas n°1 : patiente atteinte de parodontopathie.....	110
3.3.2 Cas n°2 : Patient polycarié avec un environnement biopsychosocial difficile.....	117
3.3.3 Autres exemples de patients simulés.....	122
CONCLUSION.....	123
BIBLIOGRAPHIE.....	126

INTRODUCTION

La relation patient-praticien a constamment évolué à travers les âges. Jusqu'à ces vingt dernières années en médecine, la relation de soins prédominante consistait pour le patient à demander de l'aide à un médecin, et à suivre silencieusement ses décisions. Dans ce modèle paternaliste, le médecin utilise ses compétences pour prendre les décisions nécessaires à l'amélioration de la santé du patient. Ce n'est que récemment en médecine que cette relation asymétrique a été remise en question. D'autres modèles, davantage axés sur l'autonomie du patient, la diminution de l'autorité médicale, et donc la participation mutuelle et équilibrée des deux protagonistes, ont vu le jour [1]. L'approche centrée sur la personne a été décrite comme une tentative pour le médecin de "rentrer dans le monde de son patient, et de voir la maladie à travers ses yeux" [2].

Quelques citations illustrent ce virage épistémologique :

« Le paradigme actuel de la médecine occidentale pourrait se formuler ainsi : une somatopathologie fondée sur la biologie moléculaire. » [3]

Pourtant dès 1856, Claude Bernard affirmait :

« La médecine scientifique elle-même ne saurait oublier le sujet : perdre de vue le malade, c'est défigurer la maladie. » [4]

En 2008, le Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé écrit :

« Reconnaître le malade comme sujet, prendre en compte les spécificités individuelles du rapport à la maladie et les angoisses qu'elles génèrent, l'histoire de la maladie, l'appréhension du traitement, s'imposent comme des nécessités éthiques du travail du soin. » [3]

De même Canguilhem a écrit dans sa thèse d'exercice :

« Un diagnostic médical [...] porte [...] sur la valeur et le sens qu'un sujet humain accorde à sa relation au monde. » [5]

Ces citations illustrent que l'objet de la médecine est de prendre en charge la personne de façon globale, et non selon une approche réductionniste du traitement des maladies séparées en systèmes.

Le lecteur intéressé par la description de l'approche centrée sur la personne pourra lire le livre-référence de Moira Stewart [2], qui décrit notamment les six composantes de cette méthode clinique

développée au Canada au milieu des années 1990 :

- Exploration de la maladie, et distinction entre "*disease*", *illness*",
- Compréhension de la personne, dans son intégralité biopsychosociale,
- Recherche d'un accord mutuel ("*common ground*"),
- Intégration de messages de prévention et d'encouragement à la santé,
- Amélioration de la relation patient-praticien, et
- Le réalisme dans la pratique.

Malgré cette évolution amorcée en médecine, le paradigme biomédical prévaut encore aujourd'hui en odontologie en France. L'approche centrée sur la personne n'a fait l'objet d'aucun transfert de connaissance dans notre discipline. La mise en place d'une approche centrée sur la personne en odontologie nécessite de prendre de nouvelles directions sur les plans de la recherche et de la formation initiale. Bien que les bases épistémologiques d'une approche centrée sur la personne en odontologie doivent encore être décrites, et qu'une approche clinique pratique doive encore être construite et évaluée, un certain nombre de compétences-clés peuvent d'ores et déjà être adoptées. Les capacités de communication patient-praticien figurent parmi les principales compétences à acquérir dans une optique d'approche centrée sur la personne.

En 2009, l'Association for Dental Education in Europe (ADEE) a émis une mise à jour de la déclaration « Profil et compétences du futur odontologiste européen » [6] destinée à faire converger les dispositifs des enseignements supérieurs de vingt-neuf pays européens. Le domaine 2 fixe les objectifs en matière de relation interpersonnelle et de communication.

En 2012, un consensus européen a été trouvé pour les objectifs d'un enseignement de la communication commun à toutes les professions de soins. Une liste de 61 compétences a été établie par 121 experts en communication de 15 domaines professionnels différents, dont la chirurgie dentaire, et issus de 16 pays européens [7].

Ce travail de thèse a pour objet de présenter les bases de l'approche centrée sur le patient en odontologie, par le biais de l'une de ses composantes transversales qu'est la communication entre le praticien et le patient. Il s'agit aussi de montrer que quelle que soit la philosophie de soin choisie par le praticien, il est primordial de savoir communiquer avec son patient. Dans ce travail, les concepts de communication décrits seront mis au profit d'une philosophie de soin basée sur une approche centrée sur la personne, inspirée de valeurs humanistes, et au service d'une relation de confiance entre le patient et le praticien.

Plus précisément, notre travail tente d'apporter des éléments de réponse aux objectifs fixés par les 34 compétences du chapitre A intitulé « Communication avec les patients » de la table 2 de [7].

Le document se compose de trois parties. La première décrit certaines composantes de la relation de soins : des notions de communication, de transfert et d'empathie. Dans une seconde partie, les concepts du guide de Calgary-Cambridge sont décrits avec des exemples adaptés à l'odontologie, le guide ayant été développé en médecine. La troisième partie illustre l'application possible des concepts du guide de Calgary-Cambridge à travers deux méthodes d'enseignement de la communication : le jeu de rôle et le patient standardisé, également avec des exemples liés à la prise en charge de patients en odontologie.

1 Principes généraux de la communication dans la relation de soins

1.1 Communication et relation inter-personnelle

Plusieurs facteurs régissent la relation interpersonnelle :

- les facteurs phylogénétiques dépendant de programmes biologiques non maîtrisables (Damasio A. R., 1994) [8],
- les apprentissages précoces,
- l'attachement qui naît entre les sujets,
- l'articulation entre les aspects émotionnels et cognitifs et entre les langages verbal et corporel.[8]

La relation interpersonnelle est donc régie par des règles implicites et non conscientes. Lors d'un échange avec autrui, de nombreuses informations sont reçues et traitées inconsciemment. C'est ce traitement des informations qui permet une réponse adéquate. Pourtant le comportement n'est pas inné. Il découle de règles intégrées et en quelque sorte « oubliées ».

C'est le même processus chez le chirurgien dentiste expérimenté qui mène une anamnèse ou un examen buccal. Il les réalise naturellement sans penser aux règles qui les régissent, sans que son esprit soit « encombré » d'un savoir théorique, ce qui lui permet de mieux exercer sa mission de soin.

« Le savoir théorique suppose toujours que l'on rende explicite ces règles que la pratique doit précisément permettre d'oublier. Sur le fond de cet oubli peut s'accomplir alors, pour chacune des activités de soin, le geste juste, la parole appropriée. » [9]

La communication est à la fois verbale, non verbale et liée au contexte. Ainsi un patient qui ne parle pas communique malgré tout. Par son attitude ou sa posture, il transmet des informations.

L'acte de parler permet la transmission d'information et traduit l'intentionnalité du locuteur [10].

L'« écoute clinique » consiste à entendre cette intentionnalité au-delà du discours de la personne.

Dans un discours, il y a ce qui est de l'ordre du manifeste (signifiant ou ce que signifie les mots) et du latent (signifié ou le sens contenu dans le discours), une intentionnalité, et il peut y avoir une congruence ou une discordance entre la relation, la façon de s'exprimer et ce qui est dit.

Exemple :

Un patient de 40 ans présente une 11 fracturée suite à un accident de vélo. Il se plaint de cette dent et s'adresse au chirurgien dentiste : « *Ma dent me fait très mal, je suis inquiet, c'est une dent importante n'est-ce pas ?* »

- Ce qui est de l'ordre du manifeste est la douleur et l'anxiété ressenties et le questionnement sur l'importance de la 11.

- Le latent est l'angoisse de la perte de la 11 et de ses conséquences (esthétique, fonctionnelle et/ou financière selon le contexte de la relation).

- L'intention du patient est ici une demande d'apaisement de l'anxiété par la reconnaissance du problème par le soignant, un diagnostic et une proposition thérapeutique adaptée.

Il y a discordance si, par exemple, le praticien dit au patient de ne pas s'inquiéter mais qu'il adopte une attitude surprotectrice (révélant la gravité du problème). Le patient reçoit alors des informations contradictoires qui le conduisent à un questionnement anxiogène, par exemple : « *Si ce n'est pas grave, pourquoi est-il si plein de sollicitude ?* »

- **Le verbal**

Tout message adressé à un interlocuteur est reçu, filtré et interprété. Il peut donc y avoir un décalage entre ce qui est dit et ce qui est compris.

Le « feedback » représente le retour que le récepteur fait à l'émetteur, et permet à l'émetteur d'avoir une idée de ce qu'a compris le receveur (tout en gardant à l'esprit que l'émetteur a aussi son propre filtre).

Le message médical doit être personnalisé et fonctionner sur un mode interactif par le « feedback ».

Dans le cadre de la relation de soin, le soignant doit s'assurer que le patient a bien compris son message. En effet, l'état psychologique, le stress, le contexte interfèrent souvent avec la communication.

- **Le non verbal**

Dans la relation de soins, il représente près de 80 % de la communication selon certains auteurs [11].

La communication non verbale est composée de nombreuses composantes dont l'apparence, la posture, la gestuelle, les attitudes, la proximité, la direction du regard, le contact visuel, la voix avec ses variations de ton, de débit, de volume, les mimiques faciales, le toucher et plus généralement l'environnement (agencement du cabinet, disposition des meubles, éclairage, température).

Ces composantes peuvent être des encouragements ou à l'inverse peuvent bloquer l'interaction selon qu'elles sont positives ou négatives pour la relation.

Le contact oculaire avec l'interlocuteur est une condition préalable à une bonne communication. C'est l'une des composantes principales du comportement non verbal. Le regard permet de capter l'attention de la personne, de lui témoigner de l'intérêt, et permet un bon feedback [11].

Le ton de la voix doit être choisi avec soin. Par exemple, un soignant prenant un ton ferme sans être agressif peut inspirer de la confiance chez le patient. A l'inverse un ton bas sans conviction peut conduire à une perte de confiance du patient [11].

Koch [12] et Mc Corskey *et al.* [13] ont montré que lorsqu'il y a compétition entre communication verbale et non verbale, les messages non verbaux prévalent.

Si par exemple, le chirurgien dentiste demande au patient comment il va et qu'en même temps, il s'affaire sur ordinateur, ne regarde pas le patient, et a des mouvements rapides et brusques ; le patient comprend que le praticien est pressé et qu'il pose cette question pour la forme sans attendre véritablement de réponse.

• **Le cadre général de la communication dans la relation de soins**

Dans cette relation, le lien qui se crée est centré sur le soin. Ceci conditionne la nature de la relation où chaque participant a une place et des attentes précises.

Il y a une double inégalité inhérente à toute relation soignant/soigné :

- le patient est en état de demande, il est donc dépendant de la réponse du soignant.
- le patient est souffrant et est dans l'attente d'une solution à ses maux.

Le soignant est celui qui détient le savoir, cela lui confère un pouvoir sur le patient. Le patient attend d'être soulagé et le praticien attend une reconnaissance de son savoir et de son efficacité thérapeutique. Dans le modèle biomédical traditionnel, la connaissance du vécu du patient n'est pas prise en compte avec la même importance que la connaissance médicale du praticien. Il s'ensuit une relation déséquilibrée et une attitude paternaliste des soignants, en position de supériorité par rapport aux patients.

D'autres facteurs entrent en jeu :

- le lieu de la relation : dans le cadre d'un exercice privé (ex : cabinet libéral) ou public (ex : hôpital), soignant seul ou en équipe,
- les préjugés du patient envers le soignant et inversement.

- **L'importance de la communication dans la relation de soins :**

Il a été montré que :

- la communication améliore la capacité du praticien à faire ses diagnostics et à traiter ses patients [14].
- la communication améliore les résultats thérapeutiques [15],
- la communication peut être utilisée comme thérapeutique [15],
- la communication améliore satisfaction et compliance [14], [15],
- la médecine « centrée sur le patient » aboutit à de meilleurs résultats thérapeutiques que lorsqu'elle est centrée sur le soignant [15],
- l'entretien centré sur le patient prend plus de temps que l'entretien « classique » pendant l'apprentissage puis autant quand il est assimilé [15].

1.2 Les processus de transfert et de contre-transfert

1.2.1 Le transfert

Les acteurs de la relation réagissent en fonction de leur expérience personnelle passée (professionnelle ou émotionnelle). Chacun projette sur l'autre un vécu et des valeurs qu'il a rencontrées chez des personnages importants dans son passé. Ce sont les mécanismes de transfert et de contre-transfert.

La nature inégale de la relation de soins provoque la régression du patient. C'est-à-dire que le patient effectue un retour inconscient vers un comportement antérieur de fonctionnement. Ceci permet de comprendre que le patient a recours à des affects passés pour gérer une situation présente. C'est le mécanisme du transfert qui peut être défini « comme une répétition actuelle de modalités relationnelles vécues dans le passé, voire (pour les adultes) durant l'enfance. » [11]

S. Freud explique que dans le transfert, la reproduction des comportements passés « *survient avec une fidélité non désirée.* » [11] C'est-à-dire que le transfert est un processus non contrôlable.

Le transfert peut donc être positif ou négatif :

- positif, le transfert participe à créer une relation de soins efficace,
- négatif, il conduit à des affects tels que la méfiance ou l'agressivité.

Lacan montre que la répétition du transfert est un phénomène général du lien inter-humain [11]. Le transfert concerne donc aussi le soignant, il s'agit du contre-transfert.

1.2.2 Le contre-transfert

Il correspond à la réaction du soignant face aux mouvements affectifs du patient. Comme le soigné, le soignant réagit en fonction de son propre vécu. Le contre-transfert peut dépendre de la personnalité du patient, de son sexe, de sa présentation, de son comportement, du patient idéal pour le soignant (basée sur des expériences antérieures), de sa pathologie ou de facteurs personnels contingents comme l'humeur du moment, l'état de fatigue, etc.

Comme le transfert, le contre-transfert peut être positif ou négatif :

- Le contre-transfert positif participe à créer une relation thérapeutique efficace.
- Le contre-transfert négatif peut se manifester par un déficit de communication ou des actes manqués pouvant être préjudiciables à la santé du soigné (déficit d'hygiène, oubli dans une prescription, moindre adressage à des confrères ou de suivi de soin, ...)

En pratique

Le soignant doit avoir conscience de ces mécanismes de transferts pour pouvoir agir sur son propre ressenti, son comportement et finalement mieux comprendre ce qui se joue dans la relation de soins pour mieux l'appréhender.

Il est utile de se poser ces quatre questions :

- 1. « *Qu'est-ce que je pense que le patient pense de moi ?* »
- 2. « *Qu'est-ce que cela me fait ?* »
- 3. « *Qu'est-ce que je peux mettre en place pour adapter cette émotion ?* »
- 4. « *En conséquence qu'est-ce que je change dans mon comportement pour rendre la relation de soin mutuellement profitable ?* »

Il n'est pas nécessaire de se poser ces questions avec chaque patient mais avec ceux où la relation de soins n'est pas évidente, lorsque la confiance ne s'installe pas spontanément.

Il est par contre utile de se familiariser avec cette « gymnastique intellectuelle » en s'entraînant à la manier pour rééquilibrer la relation de soins.

« *Qu'est-ce que je pense que le patient pense de moi ?* »

Cette question est plus pertinente que « Qu'est-ce que le patient pense de moi ? » car lorsque deux personnes communiquent, elles ne communiquent pas directement entre elles mais avec ce qu'elles pensent que l'autre est. Or ce que l'on ressent quand on est confronté à autrui dépend de ce que l'on pense qu'elle pense. C'est donc à ce niveau qu'il est pertinent de se questionner et d'agir.

Cette question permet donc d'identifier deux notions :

- le sentiment que j'ai du patient,
- le transfert que le patient fait sur moi.

Exemple : « *J'ai le sentiment que le patient est agressif, qu'il veut me mettre à l'épreuve.* »

« *Qu'est-ce que cela me fait ?* »

Il s'agit d'identifier l'émotion que je ressens par rapport à la première question.

Suite de l'exemple : « *Cela me déstabilise, cela affecte ma confiance en moi.* »

« *Qu'est-ce que je peux mettre en place pour adapter cette émotion ?* »

Autrement dit : « *Quel contre-transfert dois-je mettre en place pour m'adapter à la situation ?* »

Suite de l'exemple : « *Je me demande ce qui provoque ce sentiment de déstabilisation.* »

« *En conséquence qu'est-ce que je change dans mon comportement pour rendre la relation de soin mutuellement profitable ?* »

Suite de l'exemple : « *J'accepte de discuter avec le patient, lui demander ce qu'il attend de moi pour comprendre ce que je pourrai lui apporter de plus.* »

Cette simple démarche intellectuelle permet d'établir une relation susceptible d'aider le soigné. Sans cette réflexion, le soignant aura tendance à adopter une attitude négative avant d'avoir identifié la raison de l'adoption de ce comportement.

En résumé, dans le cadre de la pratique soignante, il suffit de savoir que les mouvements transférentiels existent, de savoir mesurer leurs conséquences et de les moduler pour rééquilibrer la relation de soins.

1.3 L'empathie

« La dimension empathique de la médecine demeure l'une des dimensions les plus nécessaires à l'exercice actuel de la profession médicale. » [8]

1.3.1 Une définition de l'empathie

Il existe de multiples définitions de l'empathie mais de nombreux articles de la littérature scientifique la définissent selon quatre composantes [16] [17] [18] :

- émotionnelle : C'est l'habilité d'éprouver subjectivement et de partager l'état psychologique d'un individu.
- éthique : C'est une force altruiste interne.
- cognitive : C'est l'habilité intellectuelle du soignant à identifier et comprendre les sentiments d'un individu et les mettre en perspective d'une manière objective.
- comportementale : C'est la réponse communicative de la compréhension du point de vue de l'autre.

On peut aussi définir l'empathie comme étant une « notion complexe désignant la capacité de perception intuitive d'autrui, de ses sentiments et de ses émotions » [19].

L'empathie est une attitude (et pas une technique) qui consiste, pour le soignant, à éprouver ce que ressent le patient sans que ses propres émotions n'interfèrent avec celles du patient. Il s'agit de communiquer avec lui sur ses sentiments afin qu'il se sente reconnu dans sa souffrance, dans sa pathologie. L'objectif visé est l'aide et le soutien du soigné.

Le soignant doit apprendre à trouver la « bonne distance » relationnelle à l'autre : ni trop distant car la relation devient artificielle et froide, ni trop proche pour ne pas souffrir avec le patient et ne pas dériver vers une trop grande familiarité.

L'empathie ne relève pas de techniques d'approches psychologiques mais d'un approfondissement de ce que la relation à l'autre implique de dimension éthique.

Si la relation à l'autre est constitutive de notre humanité, elle n'en est pas pour autant évidente, elle demande un apprentissage, en particulier dans la relation de soins. En effet cette dernière comporte des risques pour le soignant. Mal gérée, la relation à l'autre peut conduire à des déséquilibres comme le « burn-out » (ou syndrome d'épuisement professionnel) par exemple.

1.3.2 Exemples de ce que n'est pas l'empathie

- Sympathie :

Elle consiste à partager un sentiment commun. C'est une réponse émotionnelle viscérale à la souffrance de l'autre. Quand on éprouve de la sympathie, c'est que quelque chose nous touche intimement, dans notre être, ce qui n'est pas le cas pour tous les patients. La sympathie entraîne donc une inégalité de traitement des patients. Elle centre l'interaction soignant-soigné sur le soignant, sur son ressenti alors qu'elle doit être centrée sur le patient. L'empathie est plutôt une habileté à appréhender sans jugement les expériences positives ou négatives de l'autre. Dans la relation de soins, la sympathie est plus une source de problèmes et n'apporte pas une véritable humanisation de la relation [20].

- Apitoiement/Pitié :

Dans la pitié il y a une composante supérieure/inférieure [21], c'est-à-dire qu'avoir pitié d'autrui, c'est se placer au-dessus de lui.

- Identification :

L'identification du soignant par rapport au patient, quand elle est trop importante, fait perdre au soignant sa clairvoyance et lui fait ressentir l'anxiété et/ou le découragement du patient [22]. Un exemple fréquent est le fait qu'un soignant ne peut s'occuper de ses proches en raison d'une identification trop forte.

- Auto-centrage

L'empathie n'est pas seulement une auto-réflexion sur ses propres sentiments [17]. Le risque de se focaliser sur ses émotions est de trop se centrer sur soi et d'oublier l'autre dans la relation.

1.3.3 Intérêt de l'empathie dans la relation de soins

Manque d'empathie : exemples d'attitudes fréquentes du soignant

- L'évitement passif des émotions [9] : la tendance naturelle des soignants et les conventions sociales encouragent plutôt à la retenue des émotions. De plus l'absence d'enseignement de la gestion des émotions et le « hidden curriculum » ou « enseignement off » (définition au chapitre 1.3.4) poussent le soignant à ne pas se saisir de la problématique des affects et à se protéger des émotions négatives qui l'affectent trop. Ainsi dans la relation de soins il y a une

minimisation non intentionnelle des émotions notamment négatives chez le soignant et le soigné (anxiété, tristesse, colère, mépris, indignation, désespoir,...).

- La crainte de déferlement des émotions [9] : N'ayant pas d'outils pour gérer leurs émotions et celle du patient, les soignants ont peur d'aborder les sujets chargés affectivement par crainte d'être envahis par un excès d'émotions.

Morse et al. (2008) [23] ont montré que sur 384 opportunités empathiques, les médecins ne manifestaient de l'empathie que pour 39 d'entre elles et majoritairement dans le dernier tiers de l'entrevue alors que les opportunités empathiques surviennent tout au long de la consultation.

Articles scientifiques tentant de mesurer l'intérêt de l'empathie

- Intérêts pour le patient :

- L'empathie du praticien envers le patient participe à sa restauration narcissique et favorise son expression émotionnelle [19].
- Kim SS et al. [24] montrent que les patients considérant que leur médecin a de l'empathie sont plus satisfaits et plus compliants. Les mêmes résultats apparaissent dans plusieurs autres études [14], [16], [25].
- Dans [16], il est montré que de bonnes qualités empathiques améliorent la qualité des soins.
- Epstein R. M. [26], montre que les patients dont le médecin exprime plus son empathie face aux symptômes inexpliqués et à l'expression de l'inquiétude, sont plus confiants, plus d'autonomes et plus satisfaits.
- Thomas M. R. [27] montre que :
 - l'empathie diminue le sentiment de dépersonnalisation que peut ressentir le patient quand la relation de soins est centrée sur la dimension biomédicale,
 - l'empathie affective (définition au chapitre 1.3.5.) diminue l'épuisement émotionnel surtout chez les patients hommes,
- l'empathie réduit la dépression surtout chez les patientes femmes,

- Intérêts pour le soignant :

- Thomas M. R. [27] montre que l'empathie augmente la qualité de vie et le sentiment d'accomplissement professionnel du soignant.
- Shanafelt TD. [28] montre que l'empathie cognitive (définition au chapitre 1.5.5.) améliore le bien-être du soignant.

- Hojat M. [29] montre que l'empathie améliore les compétences cliniques des étudiants.
- Plusieurs études citées dans [25] montrent que les résultats d'interventions médicales ou psychothérapeutiques sont liées à l'empathie.
- Plusieurs études citées dans [14] recommandent aux médecins d'être empathiques pour diminuer les conflits et pour mieux les gérer.

1.3.4 Baisse de l'empathie durant les études médicales

De nombreuses études scientifiques citées dans [9] montrent que l'empathie décline durant les études médicales et plus précisément :

- l'empathie décroît plus significativement en première et troisième années des études médicales.
- l'empathie diminue significativement durant l'internat de médecine.

Plusieurs explications ont été suggérées [9] :

- l'approche strictement biomédicale.
- l'« hidden curriculum » ou « enseignement off » : c'est l'enseignement oral entre les enseignants et les étudiants en dehors du cadre des cours ou travaux pratiques/dirigés (ex : cafétéria, couloirs de l'université...). Ce sont aussi les idées partagées entre les étudiants. Et de façon générale, les idées transmises par la conception qu'a une société, une culture, de chaque profession de soin.
- le manque de modèle positif d'identification : c'est-à-dire d'enseignants présentant des qualités empathiques sur qui les étudiants pourraient prendre exemple.
- la désillusion traumatique vécue par les étudiants lors de leurs premiers stages cliniques. Il s'agit de la confrontation à la réalité de la pratique médicale qui ne correspond pas à l'idée que peuvent s'en faire les étudiants et qui est souvent moins gratifiante (peur du patient, traitement ne fonctionnant pas, etc).
- l'anxiété du praticien et l'influence du contexte de soin.
- le stress de la pratique clinique.
- le fait de ne pas considérer que les émotions sont au cœur de la relation de soins.
- le fait de ne pas avoir conscience de ses propres sentiments négatifs envers certains patients.
- le fait de considérer que pour être un bon praticien, il suffit d'être un bon technicien.
- un certain cynisme des étudiants.
- la dépendance technologique qui déshumanise la relation entre soignant et soigné.
- le changement de paradigme du système de soins où les contraintes financières sont plus importantes et où l'autonomie du soignant diminue.

On peut considérer que la baisse d'empathie des étudiants au cours des études médicales est un comportement d'ajustement ou « coping » face à une situation qu'ils gèrent comme ils peuvent, faute d'outils adaptés pour y répondre.

1.3.5 Développer l'empathie

Un travail de thèse [9] a regroupé les articles les plus cités concernant l'enseignement de l'empathie en médecine. De nombreux auteurs comme Stein, Shapiro, Dobie, Halpern ou Vannotti se sont posés la question : « Comment enseigner l'empathie ? »

Leurs avis convergent sur le fait qu'il n'est pas possible d'enseigner l'empathie comme une donnée scientifique mais que l'on peut créer un environnement favorable à son développement.

L'empathie a deux dimensions, affective et cognitive, dont le développement requiert des méthodes différentes.

Composante affective de l'empathie : mettre en place un espace d'échange et la transmission d'une vision humaniste du soin

Edith Stein [30] pense qu'il faut :

- Développer la conscience de soi, l'écoute, le respect et la tolérance pour les différences.
- Diminuer la peur, l'anxiété et la mauvaise estime de soi des étudiants en en parlant avec eux.

Shapiro propose de changer de paradigme en passant du modèle d'enseignement biomédical au « narrative paradigme » ou paradigme de l'interaction [31]. Reprenant la pensée de Paul Ricoeur [32], il appelle à une éthique de l'imperfection où « tous les hommes sont capables et vulnérables ». Le soignant n'a plus à être tout puissant et le malade n'a plus à être soumis et vulnérable.

En pratique les enseignants doivent être des « modèles positifs d'identification » pour les étudiants. C'est-à-dire être en accord avec cette éthique de l'imperfection.

Shapiro développe deux axes :

- faire entrer les étudiants en interaction en petits groupes afin de réfléchir à leurs expériences cliniques,
- des cours de philosophie et d'éthique pour asseoir une conception de la médecine davantage centrée sur le patient que celle du modèle biomédical.

Dobie plaide pour le développement de la conscience de soi comme moyen pour entrer en interaction avec autrui [33]. Il y ajoute le « mindfulness » (ou « être attentif à ») qui traduit l'état d'attention que doit avoir le soignant pour le malade.

Comme Shapiro, il estime que les études médicales doivent faire naître une « intelligence double » chez l'étudiant, c'est-à-dire une intelligence biomédicale et centrée sur le patient.

Cette citation permet de comprendre comment le travail de la conscience de soi développe l'empathie :

« Le médecin doit être encouragé à travailler sur ses émotions, dans la mesure où, s'il arrive à comprendre sa propre réaction, il peut ensuite élaborer ce qui se passe dans l'interaction. Cette disposition lui permet de mieux gérer les soins. Par cette voie, il se protège aussi mieux des difficultés relationnelles liées à sa profession » [9].

Composante cognitive de l'empathie

Halpern [34] préconise d'être curieux aux histoires des patients et à leur vie en évitant d'utiliser des questionnaires pré-remplis par exemple.

Il préconise de « cultiver l'empathie » selon cinq habiletés [14] :

- Reconnaître ses propres émotions,
- Réfléchir sur ses propres émotions,
- Etre syntone au message émotionnel de l'histoire du patient,
- Etre attentif à la communication non verbale,
- Accepter les retours négatifs des patients.

Tim Norfolk et al. [35] proposent d'utiliser l'empathie comme moyen thérapeutique par des attitudes et actions :

- Développer la curiosité, la chaleur et l'intégrité professionnelle.
- Maîtriser sa communication verbale et non verbale et être attentif à celle du patient. Savoir identifier les signaux émotionnels-clés du patient.

Kathy A. Stepien et al. [36] proposent des stratégies et outils pour la relation de soins :

- Mettre en place la relation : en considérant le patient comme un partenaire à égalité, en reconnaissant et en montrant que l'on a reconnu l'expression de l'émotion, en étant attentif à la communication non verbale, et en ne coupant pas la parole au patient.

- Quand le patient raconte son histoire, ne pas imaginer la suite (car faisant référence à des expériences passées) pour être mieux conscient de la singularité de la situation et des émotions en jeu dans l'interaction soignant/soigné.
- Communiquer sa compréhension : par exemple en faisant une déclaration empathique, en faisant une déclaration personnelle.

Vannotti [8] présente six étapes à la relation thérapeutique :

- reconnaître les moments d'émotions,
- demander au patient ce qui se passe,
- nommer l'émotion,
- la légitimer,
- respecter les efforts du patient pour faire face,
- lui offrir aide et soutien pour le futur.

Synthèse sur l'empathie :

L'empathie est une dimension essentielle de la relation de soins. Elle permet au soignant et au patient d'être plus satisfaits, elle participe à humaniser l'interaction entre le soignant et le soigné et centre la relation sur le patient. Elle contribue à établir une relation de confiance et améliore en conséquence les résultats thérapeutiques.

Si l'empathie est indispensable dans une approche centrée sur le patient, elle n'est pas suffisante. En effet, si le soignant témoigne de l'empathie pour ses patients et s'il veut leur apporter du soutien, il doit aussi être capable de communiquer ses intentions. Une intention n'a pas d'effet si elle n'a pas les moyens de son expression.

Le guide de Calgary-Cambridge propose des outils et des stratégies de communication qui donnent au soignant les moyens de mener une relation de soins centrée sur le patient.

2 Outils et stratégies de communication : le guide de Calgary-Cambridge

2.1 Introduction

De nombreuses études montrent qu'il existe des problèmes de communication à toutes les étapes de l'entrevue médicale. Les livres [15] et [37] en font une compilation éclairante.

En 2012, Langewitz W. a regroupé des articles récents et a montré que de nombreux éléments de la communication médecin-patient peuvent être enseignés [38].

Simmenroth-Nayda et al. dans [39] montrent qu'il est possible d'améliorer les compétences en communication par l'application d'un cours de communication.

Haak R. et al. indiquent que le chirurgien dentiste n'améliore pas inévitablement ses compétences de communication en interagissant seulement avec le patient durant l'exercice clinique [40].

En revanche un cours de communication basé sur les preuves et intégré à la pratique clinique améliore les compétences pratiques du chirurgien dentiste lors de l'interaction patient-dentiste [40], [41], [42], [43]. Un cours de communication basé sur les compétences en petit groupe est efficace pour enseigner la consultation aux étudiants en chirurgie dentaire [44].

L'apprentissage des compétences en communication permet aux étudiants d'être mieux préparés à la pratique clinique, de mieux gérer l'anxiété des patients, d'identifier les problématiques éthiques et de reconnaître les problématiques psychosociales. Cela permet aussi d'améliorer la précision diagnostique et thérapeutique [44].

Une communication interpersonnelle efficace permet d'améliorer la satisfaction et la compliance des patients en même temps qu'elle diminue l'anxiété des patients et le risque de mauvaises pratiques [45], [46].

L'enseignement est centré sur le patient [44] et non plus centré sur le chirurgien dentiste comme dans la perspective biomédicale.

La communication peut être enseignée selon des approches différentes :

- l'approche basée sur les compétences,
- l'approche basée sur la réflexion personnelle (croyances, valeurs, idées, conscience de soi et de l'autre, intentions,...),
- l'approche intermédiaire,
- l'approche par thèmes

- ***Selon l'approche basée sur les compétences***

- la communication est une compétence,
- la communication repose sur une série de compétences et ne dépend pas que de la personnalité,
- chaque compétence peut être définie et apprise,
- connaître une compétence ne suffit pas pour pouvoir l'appliquer. L'entraînement pratique des compétences (observation, mise en pratique, analyse/feedback) est nécessaire pour les mettre en œuvre,
- l'apprentissage de la communication requiert une instruction intentionnelle, systématique, spécifique et expérimentale.

Il s'agit non seulement de comprendre ce *que* sont les différentes compétences en communication mais aussi de savoir *comment* les utiliser dans la pratique clinique.

La communication est décomposée en compétences distinctes qui peuvent être enseignées et pratiquées séparément.

- ***L'approche basée sur la réflexion personnelle***

On considère ici que l'obstacle à la communication pour le soignant se situe plus profondément au niveau des émotions, de la conscience de soi et des idées [47]. Les compétences en communication étant les mêmes que dans la vie quotidienne, le soignant les possède déjà. L'objectif n'est pas d'acquérir de nouvelles compétences mais de dépasser les obstacles rencontrés pendant la relation de soins. Ces obstacles sont en rapport avec les expériences du soignant, avec le rôle qu'il s'attribue et qu'il donne aux patients, à ses interlocuteurs dans le cadre de l'exercice de sa profession (ex : approche centrée sur le médecin/la maladie ou approche centrée sur le patient). C'est seulement quand le soignant dépasse ses conceptions et croyances qu'il peut communiquer efficacement. Pour cela le soignant doit explorer ses pensées, sentiments et émotions et comprendre s'ils permettent ou empêchent la relation de soins.

- ***L'approche intermédiaire***

Les deux approches décrites précédemment sont utiles et complémentaires. La première permet de mettre en application les intentions développées par la seconde. Il ne suffit pas d'être un soignant ayant de l'empathie, il faut aussi savoir la communiquer.

- ***L'approche par thèmes***

L'enseignement de la communication est organisé par thèmes comme les questions liées à l'approche transculturelle, à l'âge, à la toxicomanie, etc.

Cette approche rend l'application des connaissances difficiles car elle ne montre pas concrètement comment les appliquer. A la différence de l'approche basée sur les compétences qui fournit un socle de compétences de communication à partir duquel il est plus simple d'aborder des problématiques spécifiques. En effet, ces problématiques particulières ne nécessitent pas d'apprendre de nouvelles compétences mais d'en approfondir ou d'en utiliser certaines différemment par rapport à une situation plus classique.

Plus largement, la communication requiert des compétences communes à tous les professionnels de santé et à toutes les situations rencontrées (cas particuliers : enfant, adolescent, personne âgée, patient de culture différente, en colère ou agressif...). Chaque spécialité et chaque situation requiert des variations (plus ou moins ciblées, intenses, délibérées) dans l'application de ces outils. Cela nécessite une compréhension intime des compétences et une expertise dans leur mise en œuvre.

Ex : L'approche en oncologie diffère de celle en pédodontie.

L'enseignement basé sur le guide Calgary-Cambridge adopte une approche basée sur les compétences pour plusieurs raisons :

- Acquérir des compétences est un composant essentiel de l'apprentissage de la communication.
- Acquérir des compétences est utile même quand il n'y a pas d'obstacle lié aux idées du soignant.
- L'approche basée sur les compétences est mieux acceptée par l'apprenant sur la défensive (c'est-à-dire par un apprenant sceptique qui n'est pas convaincu par l'utilité d'un enseignement en communication). Pour un étudiant qui considère qu'apprendre la communication n'est pas utile ou pour le chirurgien dentiste expérimenté qui pratique une médecine paternaliste, il est plus facile d'accepter d'apprendre de nouvelles compétences en communication que de devoir changer fondamentalement d'approche.
- Acquérir des compétences en communication peut mener à un changement de point de vue sur la conception de la pratique médicale en suscitant une réflexion [48]. Il n'est donc pas nécessaire de changer de point de vue avant de commencer à apprendre des compétences en communication.

Des chercheurs anglo-saxons SILVERMAN J. et KURTZ S. ont mis au point le « Guide de Calgary-Cambridge » [15]. Ce guide est composé de compétences de communication destinées à la relation de soins en médecine selon une approche centrée sur le patient. L'ensemble de ces compétences s'inscrivent dans un cadre pédagogique.

Le guide Calgary-Cambridge s'inspire et reprend des compétences proposées dans d'autres guides reconnus, tels que :

- Pendleton et al. (1984 et 2003) [49],
- Neighbour (1987) [50],
- le modèle AAPP « des trois fonctions » (Cohen-cole 1991) [51],
- l'institut Bayer pour la communication en soins de santé modèle E4 (Keller et Carroll 1994) [52],
- le cadre SEGUE pour l'enseignement et l'évaluation des techniques de communication (Makoul 2001) [53],
- le Maas Global de Maastricht (van Thiel et van Dalen 1995) [54],
- Les points essentiels de la communication dans les entretiens médicaux : Kalamazoo Consensus statement (2001) [55],
- le Modèle de l'initiative Macy en communication de santé (Kalet et al., 2004) [56],
- Médecine centrée sur le patient (Stewart et al., 2003) [2].

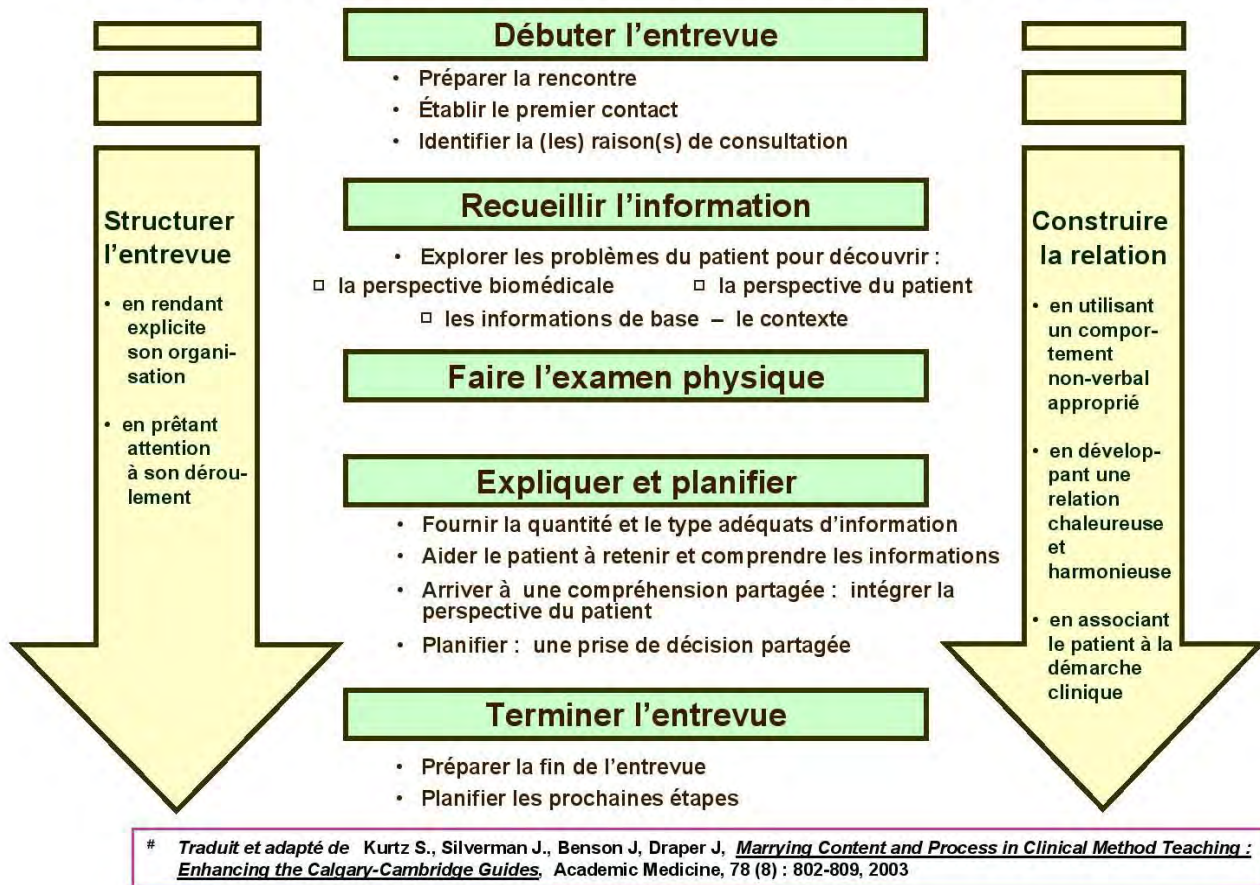
Le guide de Calgary-Cambridge est depuis plus de 25 ans l'instrument de référence du programme de formation initiale de la Faculté de Médecine de l'Université de Calgary au Canada [15]. Il est employé dans la formation initiale de l'Ecole de médecine de l'Université de Cambridge [15] et dans près de 60 % des écoles médicales au Royaume-Uni [59].

Des pays comme l'Australie, le Canada, l'Italie, les pays Scandinaves, l'Afrique de Sud, l'Espagne, la Grande-Bretagne, les Etats-Unis et l'Argentine utilisent le guide de Calgary-Cambridge comme instrument de référence dans leur enseignement, comme outil d'évaluation ou instrument de recherche [15]. En Amérique du Nord, il est le deuxième guide le plus utilisé pour l'enseignement et l'évaluation de la communication médicale [59].

Le guide de Calgary-Cambridge, initialement écrit en anglais, est traduit dans de nombreuses langues dont notamment le français, l'espagnol, le hollandais et le norvégien [15].

Voici le schéma résumant la méthodologie clinique globale :

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale



Ce schéma décrit le déroulement de l'entrevue médicale. Il y a cinq phases qui s'enchaînent chronologiquement, à savoir :

- Débuter l'entrevue,
- Recueillir l'information,
- Faire l'examen physique,
- Expliquer et planifier,
- Terminer l'entrevue.

Chaque phase a des objectifs propres et requiert des compétences de communication spécifiques ou une application différente des mêmes compétences.

Il y a deux phases transversales, c'est-à-dire qu'elles s'appliquent tout au long de l'entretien médical :

- Structurer l'entrevue,
- Construire la relation.

Voici le guide de Calgary-Cambridge sous forme de tableau [60] :

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.

Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs en les citant tel qu'ils le sont à la fin du présent guide

I - DÉBUTER L'ENTREVUE <u>A - Préparer l'entrevue</u> <u>B - Établir le premier contact (l'accueil)</u> 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) <u>C - Identifier la (les) raison(s) de consultation</u> 1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?</i> » ou « <i>Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?</i> ») 2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse 3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?</i> ») 4. 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	
II - RECUEILLIR L'INFORMATION <u>A - Exploration des problèmes du patient</u> 1. 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) 2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)	

[#] **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, mars 2004.

3. 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 4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) 5. 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 6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « <i>Pourriez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?</i> ») 7. 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 8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé 9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début <u>B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</u> 1. 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 2. Encourage le patient à exprimer ses émotions	
III - STRUCTURER L'ENTREVUE <u>A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</u> 1. 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	

[#] *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, mars 2004.

2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section <u>B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue</u> 1. Structure l'entrevue selon une séquence logique 2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir	
<u>IV - CONSTRUIRE LA RELATION</u> <u>A - Utiliser un comportement non-verbal approprié</u> 1. Affiche un comportement non verbal approprié ▪ Contact visuel, expression faciale ▪ Posture, position et mouvement ▪ Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité 2. 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 3. Affiche une confiance appropriée <u>B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</u> 1. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge 2. 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 3. 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 4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique <u>C - Associer le patient à la démarche clinique</u> 1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « <i>ce que je pense maintenant, c'est...</i> »)	

[#] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ualgary.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, mars 2004.

2. **Explique les raisons** pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes
3. Durant l'**examen physique**, explique le déroulement, demande la permission

V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **

A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information

1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications
2. 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
3. Demande au patient **quelles autres informations seraient utiles** (par ex. : l'étiologie, le pronostic)
4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer

B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations

1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées
2. 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...* »)
3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information
4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique
5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants)
6. 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

[#] *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, mars 2004.

C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

1. **Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises :**
Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient
2. **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
3. **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
4. **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

D - Planifier : une prise de décision partagée

1. **Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié :** idées, processus de pensée, dilemmes
2. **Implique le patient :**
 - Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives
 - Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions
3. **Explore les différentes options d'action**
4. **S'assure du niveau d'implication souhaité** par le patient dans les décisions à prendre
5. **Discute d'un plan mutuellement acceptable**
 - signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles
 - détermine les préférences du patient
6. **Vérifie avec le patient**
 - s'il est d'accord avec le plan
 - si l'on a répondu à ses préoccupations

[#] **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, mars 2004.

VI - TERMINER L'ENTREVUE**A - Planifier les prochaines étapes**

1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin
2. 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

B - Préparer la fin de l'entrevue

1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins
2. 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

**** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION :
OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU****A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification**

1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes
2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées
3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes
4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises

B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action

1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)

[#] *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, mars 2004.

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 2. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts : <ul style="list-style-type: none"> • noms • étapes des traitements; comment ils fonctionnent; • bénéfices et avantages; • possibles effets indésirables 3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation 4. Reconnaît le point de vue du patient; plaide des points de vue alternatifs, au besoin 5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité 6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient 7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome 8. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles | |
|--|--|

C - Si discussion d'investigations et de procédures

1. **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
2. **Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement**: importance, raisons
3. **Encourage les questions et la discussion** sur les craintes ou les résultats défavorables possibles

Références

Version originale anglaise :

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2nd edition). Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (*sous presse*).

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients* (2nd edition). Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (*sous presse*).

Version française :

Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. *Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication*. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). *La communication professionnelle en santé*. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc., 2004 (*sous presse*).

[#] **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, mars 2004.

Il est fondamental de comprendre que l'ensemble de ces compétences n'est pas un cadre rigide que le soignant doit suivre aveuglément. Le soignant ne devrait pas se séparer de sa réflexion et de sa faculté d'analyse pour suivre une quelconque méthode. Ces compétences devraient être appliquées avec flexibilité, souplesse, et de telle manière qu'elles répondent au besoin spécifique de chaque situation. Le soignant devrait considérer l'ensemble de ces compétences comme une trousse à outils dans laquelle il peut choisir l'outil qu'il juge adapté à chaque situation.

La suite de cet exposé décrit chacune des phases de l'entretien médical et les compétences nécessaires à leur réalisation, en les illustrant par des exemples cliniques issus de l'odontologie.

2.2 Débuter l'entrevue

2.2.1 Préparer l'entrevue

- Laisser de côté ce que l'on faisait avant, avoir l'esprit libre et être à l'aise.
- Se concentrer et se préparer pour la prochaine consultation.

Il faut s'efforcer de ne pas penser aux choses préoccupantes (ex : consultation précédente, papiers à faire...) pendant l'entrevue présente pour être entièrement disponible à l'interaction avec le patient.

2.2.2 Etablir le contact

- ***Dire bonjour et se présenter***

Accompagner les premières paroles de messages non verbaux comme serrer la main du patient, le regarder, lui sourire.

- ***Préciser son rôle et la nature de l'entrevue***

Par exemple, dans le cadre des stages cliniques, l'étudiant informe le patient de son statut au sein de l'équipe soignante, du temps dont il dispose, de l'emploi qui sera fait des informations recueillies, notamment leur transmission au praticien référent.

- ***Montrer du respect et de l'intérêt, veiller au confort physique du patient***

La relation de soin se construit dès le début de l'entrevue, il est indispensable d'être totalement disponible et ouvert dès le départ pour poser les bases d'une collaboration efficace.

Dès le début de l'entretien le soignant témoigne de l'intérêt au patient et est attentif à son confort. Il

faut veiller à ce que les facteurs environnementaux conviennent (température du cabinet, luminosité, fauteuil). La salle d'attente doit permettre au patient de s'occuper (revues, brochures d'éducation à la santé, aquarium...). Tous ces facteurs environnementaux sont importants car ils agissent sur le confort physique et psychologique du patient et du soignant.

Dans une approche centrée sur la personne, le patient et le soignant ressentent une relation d'égalité. C'est-à-dire qu'ils sont par exemple assis face à face (voire un peu de biais si le patient est mal à l'aise pour éviter une confrontation trop frontale). Chaque praticien adopte l'environnement qui convient à sa personnalité. Il n'est pas obligatoire de recourir à un bureau de consultation : Sommer (1971) a montré que le fait de mettre deux interlocuteurs de part et d'autre d'un bureau peut induire un effet d'intimidation, de compétition ou de barrière [61].

2.2.3 Identifier le/les motifs de consultation

Il a été montré que les patients ont souvent plus d'un motif de consultation et que le motif le plus important n'est pas forcément le premier énoncé par le patient (Beckman et Frankel, 1984) [15].

- ***Débuter par une question ouverte***

Une question ouverte est une question où le répondant peut s'exprimer sans avoir à choisir entre des propositions faites par celui qui questionne. Le patient peut élaborer sa réponse en toute liberté sur le sujet demandé. (A l'inverse pour une question fermée, le champ de la réponse est limité par celui qui pose la question. La personne ne peut répondre qu'en un ou deux mots et souvent par oui ou non.)

- *A la première consultation*

La formulation des questions peut influencer sur la manière de répondre du patient, par exemple :

- « *Comment allez-vous ?* » incite le patient à dire comment il se sent en termes vagues mais il ne confiera pas forcément son motif de consultation (Frankel, 1995 [15]).
- « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* » cible davantage la question sur le domaine médical tout en étant assez ouverte. Le patient peut s'exprimer largement.
- Pendant que le patient s'exprime, dire par exemple « Oui... », « Très bien... », « Mmh... » l'encourage à continuer. Mais cela ne précise pas la question.

Ces expressions ne sont que des exemples, elles donnent l'« état d'esprit » de l'entretien. A partir de cela, il appartient à chacun d'employer les expressions qui lui conviennent le mieux.

Le praticien doit s'efforcer de ne pas anticiper le motif exact de consultation parce qu'il pense avoir déjà rencontré la situation. Le motif principal peut ne pas être celui que le praticien a ciblé. Il pourra confirmer son intuition en posant une question plus précise du type : *« Et c'est ce qui vous a poussé à venir consulter ? »*

◦ *Pour les visites de suivi*

L'important est de ne pas considérer que le motif de consultation est connu car il découlerait de la séance de soins précédente. En effet le patient peut avoir une motivation différente ou un problème plus urgent.

Tout en montrant qu'il se souvient de la situation du patient, le praticien s'enquiert de son état actuel. Ex : *« C'est pour votre contrôle de routine ? Y a-t-il quelque chose d'autre que vous aimeriez évoquer aujourd'hui ? »*

« Nous avons terminé la dévitalisation de votre molaire à la dernière séance, nous devons envisager sa reconstruction, mais avant, y a-t-il quelque chose dont vous voudriez me faire part ? »

2.2.4 Ecouter les premières paroles du patient sans l'interrompre ou orienter sa réponse

Rhoades et al [62] ont montré que lorsque le patient expose ses problèmes, il est interrompu après 12 secondes en moyenne par le médecin. Pourtant, laisser le patient exprimer ses plaintes ne prend pas beaucoup de temps. Langewitz et al. (2002) ont mené une étude dans une clinique suisse spécialisée dans la prise en charge de patients à histoires médicales complexes. Ils ont montré que les patients exprimaient leur histoire et leurs problèmes en 92 secondes en moyenne et 78 % des patients s'exprimaient en moins de 2 minutes [63].

Ecouter ne signifie pas attendre passivement que le patient s'exprime, il s'agit d'avoir une écoute active, une écoute attentive qui requiert des compétences.

Ecouter le patient au début de la consultation plutôt que lui poser de nombreuses questions permet de [15] :

- Manifester l'intérêt porté au patient,
- Etablir le contact avec le patient en le mettant le plus à l'aise possible,
- Permettre au patient d'exprimer tout ce qu'il a à dire et de clarifier ses idées,
- Ecouter le récit et l'histoire de la maladie du patient,

- Mesurer l'état émotionnel du patient et détecter les indices verbaux et non verbaux,
- Eviter de faire de mauvaises hypothèses et se tromper de motif de consultation,
- Gagner en précision et en efficacité pour la suite de la consultation et donc gagner du temps,
- Ne pas penser à la prochaine question qu'on veut poser, ce qui diminue l'attention portée au patient et le rend passif,
- Limiter les plaintes tardives.

Quatre compétences sont nécessaires pour développer une bonne écoute tout au long de la consultation :

a) Le temps de pause :

Il s'agit de laisser un certain temps (deux, trois secondes ou plus) entre les prises de paroles qui demandent de la réflexion. Par exemple, après que le praticien ait posé une question ou après la réponse du patient.

Exemple :

Praticien : *« Votre dent vous fait-elle souffrir spontanément ou y a-t-il des éléments déclencheurs ? »*

temps de pause

Patient : *« Eh bien j'ai mal surtout quand je mange des aliments froids ou quand je bois des sodas. »*

Praticien : temps de pause

Patient : *« Eh j'ai eu mal cette nuit aussi, ça m'a réveillé. »*

Le temps de pause aide le patient à réfléchir et à mieux s'exprimer et au praticien à mieux écouter, réfléchir et répondre avec plus de souplesse.

b) La réponse facilitatrice :

Elle aide le patient à continuer à dire ce qu'il souhaite. Après que le patient ait exprimé ce qu'il avait à dire, la réponse facilitatrice l'encourage à poursuivre son expression.

Elle diffère en début et en fin d'entretien.

Des expressions neutres telles que *« Oui... », « C'est cela... », « Je vois... », « Mmh... »* sont des expressions facilitatrices neutres qui sont efficaces en début d'entretien. Elles n'orientent pas la discussion, elles poussent seulement le patient à faire part de ce qu'il a à dire.

A l'inverse, les outils tels que la répétition en écho, la paraphrase ou l'interprétation ont tendance à

interrompre le patient en tout début d'entretien alors qu'ils sont facilitateurs plus tard dans la consultation. Nous y reviendrons.

c) La maîtrise du comportement non verbal (cf 1.1) :

C'est une compétence facilitatrice primordiale car elle transmet les messages les plus significatifs au patient.

Bien employée, elle permet de réduire l'incertitude du patient et participe à trouver un terrain d'entente entre le soignant et le soigné.

d) La détection des indices verbaux et non verbaux :

Ces indices sont des messages que transmettent les patients pour faire comprendre au soignant leurs problèmes biologiques, psychologiques ou sociaux.

Le praticien doit être d'autant plus attentif à ces signes qu'il a été montré que les patients utilisent ces indices et autres moyens détournés pour s'exprimer plutôt que de dire les choses de front (Tuckett *et al.*, 1985 [15]). Cela demande une bonne écoute et une bonne observation dès le début de la consultation. Il est nécessaire de vérifier l'interprétation des indices avec le patient par un questionnement ouvert.

Exemple :

Praticien : « *Pour résumer, le traitement par une prothèse à pont maxillaire complète est particulièrement indiqué. On peut aussi réaliser une prothèse adjointe coulée.* »

Patient : « *Je ne suis pas sûr d'être prêt pour un traitement aussi important.* »
Le patient détourne le regard et semble préoccupé.

Praticien : « *Vous semblez pensif, y a-t-il quelque chose en particulier qui vous préoccupe ?* »

Patient : « *C'est-à-dire qu'en ce moment ma femme est hospitalisée, je suis très inquiet à son sujet, j'aimerais me consacrer entièrement à elle pour le moment et ne pas avoir à subir un stress supplémentaire.* »

2.2.5 Dépistage des problèmes

Le dépistage consiste à utiliser des questions ouvertes pour s'assurer systématiquement que tous les sujets que le patient souhaite aborder sont bien pris en compte.

Par exemple :

Praticien : « *Vous souffrez de la molaire en bas à gauche en ce moment. Y a-t-il autre chose qui vous gêne ?* »

Si le patient fait part d'un autre souci, le praticien reprend ensuite la même formulation.

Praticien : « *Vous avez l'impression de saigner abondamment des gencives pendant le brossage. Y a-t-il autre chose qui vous préoccupe ?* »

Si le patient n'a plus rien à signaler, le soignant résume la situation pour montrer au patient qu'il l'a bien entendu et compris.

Praticien : « *Vous souffrez de cette molaire et vous avez le sentiment de saigner beaucoup des gencives au brossage. Est-ce bien cela ?* »

Le dépistage des problèmes permet de saisir précocement les problèmes du patient mais il peut toujours y avoir un sujet que le patient n'a pas encore évoqué car il attend par exemple d'être sûr de pouvoir en faire part quand il sera plus en confiance. Il faut donc rester à l'écoute et tenter de comprendre les raisons qui ont conduit le patient à retarder la formulation de son problème. Parfois il faut simplement accepter que le patient ne soit pas encore prêt à faire part de son problème le plus important et attendre qu'il l'exprime.

Le dépistage permet au praticien de mieux connaître l'état de santé du patient et ses motifs de consultation, et de prévoir la suite des soins en conséquence.

Le patient ne se focalise plus sur les problèmes qu'il n'a pas évoqués et est donc plus disponible à l'interaction avec le soignant.

Quand faut-il écouter, quand faut-il dépister ?

L'écoute et le dépistage des problèmes sont utiles en début d'entrevue pour identifier le ou les motifs de consultation.

Il faut faire preuve de flexibilité, de souplesse dans la forme car une approche peut convenir à une personne et pas à une autre. Il faut donc s'adapter selon les circonstances.

Par exemple, un dépistage est utile lorsqu'un patient est adressé par un confrère pour l'extraction de dents de sagesse. Le praticien montre au patient qu'il a compris le motif de consultation et qu'il désire que le patient explique lui-même son problème pour mieux saisir les enjeux. Différemment, un patient qui entame spontanément un long récit chargé d'affect a besoin d'être écouté.

2.2.6 Définition du programme de la consultation en accord avec le patient

A l'issue du dépistage, le soignant détermine et structure la suite de la consultation en accord avec le patient. Le soignant propose un programme et le négocie avec le patient. Il s'agit d'une élaboration

d'un programme où le praticien et le soigné sont d'accord.

Il a été montré que les praticiens qui annoncent comment va se passer la consultation :

- favorisent l'interaction avec le patient, ce qui pousse ce dernier à être plus actif, plus responsable et plus autonome pendant la consultation (Cassata, 1978 [15]),
- font moins l'objet de plaintes pour faute professionnelle (Levinson et al., 1997 [15]),
- réduisent les incertitudes du patient, trouvent plus facilement un terrain d'entente (Joos et al., 1996 [15]).

Dans un premier temps, les priorités du soignant et du patient peuvent différer. Le soignant montre qu'il comprend les priorités du patient et lui fait part de la hiérarchie des problèmes de santé sur le plan biomédical.

Par exemple : *« C'est cet édentement qui vous préoccupe, n'est-ce pas ? Mais vous avez aussi une dent infectée qui présente du pus ; il s'agit d'une urgence, nous devons la traiter en priorité. »*

Dans la situation où il manque du temps pour s'occuper de tous les motifs de consultation, on propose un aménagement, par exemple :

« Il y a de nombreux problèmes à voir, je ne pense pas que nous ayons le temps de tout faire en une fois ? Que penseriez-vous de... ? »

Synthèse du chapitre

En bref, les compétences nécessaires pour établir le contact, identifier les raisons de la consultation, mettre en place un programme de consultation en accord avec le patient, ont été mises en évidence. Ces aptitudes servent les objectifs principaux de la communication dans l'entrevue médicale, c'est-à-dire être efficace, exact et soutenant.

Avant de passer au recueil de l'information, le soignant doit se poser ces quelques questions :

« Ai-je réalisé mes objectifs jusqu'à maintenant (environnement soutenant, qualité du contact, découverte de tous les problèmes du patient, terrain d'entente, programme de consultation) ? »

« Ai-je permis au patient d'être actif dans le cadre d'une collaboration ? »

2.3 Recueillir l'information

2.3.1 Généralités

- *Concept de la médecine centrée sur le patient*

L'anamnèse doit prendre en compte la dimension biomédicale mais aussi le point de vue du patient sur son état de santé, sur le vécu de sa maladie (croyances de santé, souhaits, attentes, craintes, émotions, contexte social, expérience passée...).

Pour être efficace, elle doit être structurée en termes de contenu et de forme, avec des outils adéquats.

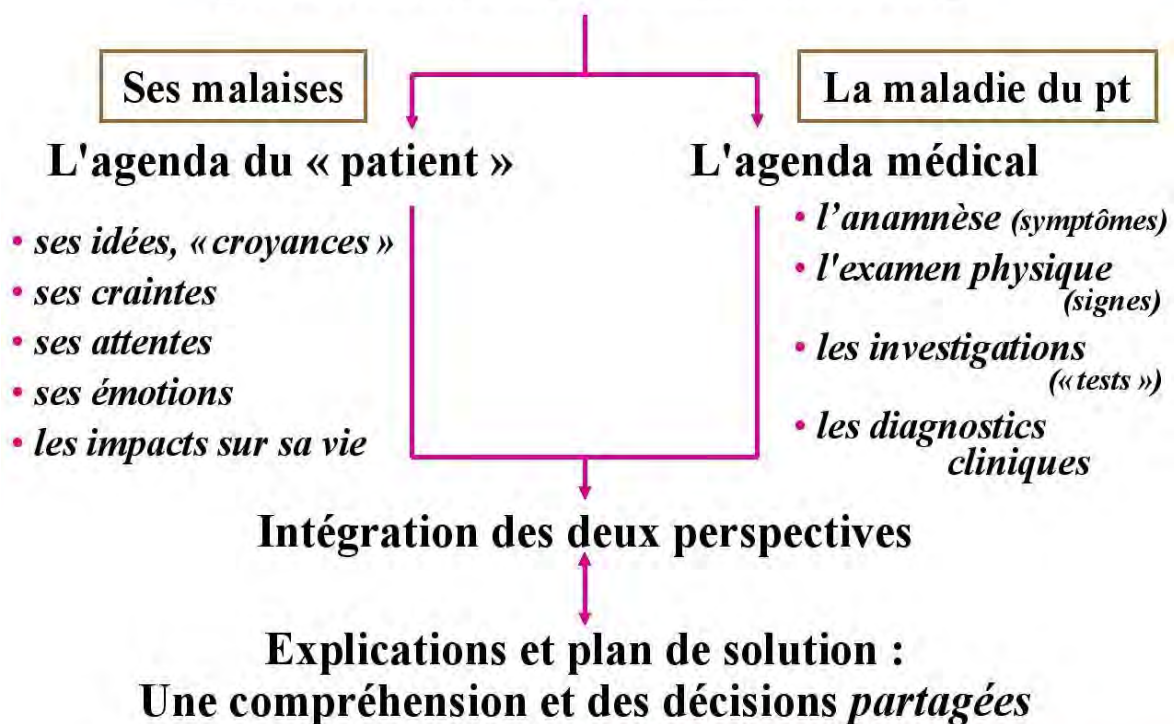
On parle de médecine « centrée sur le patient » par opposition à l'approche traditionnelle « centrée sur le médecin » qui se focalise seulement sur la dimension biomédicale.

Le concept de médecine « centrée sur le patient » a été développé par Stewart *et al.* (1995) et actualisé en modèle « maladie-malade » par Levenstein *et al.* et Stewart *et al.* (2003) [15].

- *Principe du modèle « maladie-malade » sous forme de tableau [60]*

Une approche centrée sur le « patient » !

La rencontre « patient » - médecin



Pendant l'entretien, il s'agit de faire l'aller-retour entre les deux perspectives ; du point de vue du malade et selon la perspective biomédicale.

Dans cette approche, le soignant a la possibilité de :

- Comprendre les soucis du patient, de le soutenir et ainsi de construire la relation.
- Prendre en compte les problèmes que le modèle traditionnel a du mal à diagnostiquer. C'est le cas des pathologies sans cause organique ou des pathologies psychosomatiques où la dimension psychologique est primordiale.
- Connaître le point de vue du patient, ce qui peut aider au diagnostic et donc rendre l'entretien plus efficace d'un point de vue biomédical.
- Préparer la phase des explications et la planification du suivi.

Le soignant doit donc être capable de faire la différence entre malade et maladie. Mais il doit aussi comprendre que c'est dans l'interaction entre la pathologie et le patient que la nature du problème se révèle. Il faut savoir les relier, dans ce que le modèle « maladie-malade » appelle l'« intégration » de chaque dimension. Ainsi patient et soignant trouvent un terrain d'entente et aboutissent à une prise de décision partagée.

- ***Contenu d'une anamnèse dans le modèle « maladie-malade » sous forme de schéma [60]***

- **Le contenu à découvrir**

La perspective biomédicale (la maladie)

- La séquence des événements
- L'analyse des symptômes
- La revue pertinente des systèmes

La perspective du patient (les malaises)

- Ses idées et croyances
- Ses préoccupations
- Ses attentes
- Les impacts sur sa vie
- Ses émotions

Les informations de base – le contexte

- L'histoire médicale antérieure
- L'histoire de prise de médicaments et d'allergies
- Les antécédants familiaux
- Les antécédants personnels et sociaux
- La revue des systèmes

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

- La perspective biomédicale

C'est la partie qui correspond à l'anamnèse traditionnelle avec la chronologie des faits liés aux problèmes évoqués par le patient.

L'analyse des symptômes à visée diagnostique impose certaines questions précises :

- *Où ?* Localisation et irradiation
- *Quand ?*
- *Comment ?* Qualité de la sensation
- *Combien ?* Intensité, étendue, degré d'incapacité
- Facteurs aggravants et améliorants
- Manifestations associées
- Conceptions, interprétations du patient

L'anamnèse par systèmes tente de faire le lien avec l'environnement de l'organe symptomatique.

- Le point de vue du patient

On cherche à comprendre :

- Ses idées et croyances de santé : ce que le patient pense et croit être les causes et les conséquences de sa pathologie et plus généralement, ce qu'il pense de la santé et des facteurs qui l'influencent. Par exemple la cause qu'un patient donne à ses problèmes de gencives.
- Ses craintes (vis-à-vis de la pathologie, du traitement,...).
Ex : peur du traitement d'une dent très cariée...
- Ses souhaits et attentes envers le soignant,
Ex : demandes de réconfort ou de traitement strictement biomédical.
- Les impacts de la maladie sur sa vie quotidienne,
Ex : les difficultés sociales dues à un édentement antérieur.
- Son ressenti vis-à-vis de sa maladie.

- Le contexte

C'est une démarche analogue à l'anamnèse traditionnelle.

Elle permet d'intégrer les symptômes actuels dans une perspective plus large.

2.3.2 Exploration du patient :

2.3.2.1 Techniques ouvertes et fermées de questionnement : la technique en « entonnoir »

Il s'agit des questions ouvertes et fermées énoncées précédemment. On fait cette distinction car ces techniques ne sont pas systématiquement des questions, il peut s'agir de propositions affirmatives.

Par exemple : « *Dites-moi ce qui vous est arrivé depuis le début...* »

La technique de questionnement en « entonnoir » conçue par Goldberg *et al.*(1983) [15] :

- Consiste dans un premier temps, à réaliser un questionnement ouvert pour obtenir le point de vue du patient,
- Puis les questions sont plus ciblées tout en restant ouvertes,
- Enfin un questionnement fermé précise les propos du patient.

Exemple :

ouvert : « *Parlez-moi de votre mal de dents...* »

ouvert et plus spécifique : « *Qu'est-ce qui provoque ce mal de dents ?* »

fermé : « *La douleur est-elle accentuée quand vous êtes allongé ?* »

Les avantages du questionnement ouvert sont nombreux :

- Encourage le patient à raconter son histoire en détails. Avec un même nombre de questions, on recueille plus d'informations utiles avec des techniques de questionnement ouvert qu'avec des techniques de questionnement fermé.
- Evite l'approche « à l'aveuglette » du questionnement fermé : certains éléments pertinents sont abordés par le patient alors que le soignant n'aurait peut-être pas pensé à les aborder.

Exemple : Un proche du patient est dans une situation difficile, le patient n'est pas prêt à s'engager dans un traitement de long terme.

- Permet au soignant de prendre le temps d'écouter et de réfléchir sans avoir à penser à la question fermée suivante.
- Accroît l'efficacité du raisonnement clinique. Les questions fermées resserrent le champ d'investigation, ce qui peut induire des hypothèses fausses.
- Centre l'entretien sur le patient à la différence des questions fermées qui focalisent la recherche diagnostique sur la perspective biomédicale. Avec le questionnement ouvert, le patient est plus impliqué, plus actif.

Ensuite, quand l'entretien a permis de saisir les problèmes du patient dans leur ensemble, le questionnement fermé peut permettre :

- d'explorer les domaines restés flous dans le discours du patient,
- d'analyser en profondeur un symptôme.

2.3.2.2 *Initier le récit du patient*

Pour aider le patient à s'exprimer, on lui demande, par une technique de questionnement ouvert, de raconter son histoire de façon chronologique.

Exemple : « *Alors, pouvez-vous me décrire vos soucis, depuis le début ?* »

Par cette approche, on construit simultanément l'histoire de la maladie et du malade avec une information de qualité.

2.3.2.3 *L'écoute attentive du patient*

L'écoute attentive est possible grâce au questionnement ouvert (cf 2.2.4). La brièveté des réponses au questionnement fermé permet difficilement de développer une écoute attentive.

2.3.2.4 *Faciliter l'expression du patient*

Des techniques verbales permettent d'encourager le patient à continuer son récit :

- Les **encouragements** : donnent confiance au patient sans l'interrompre.

Par exemple : « *Mmh mmh...* », « *bien* », « *oui* », « *c'est sûr* », « *je vois* », etc.

Les encouragements peuvent être accompagnés d'une gestuelle non verbale évidente comme hocher la tête ou certaines mimiques faciales.

- Les **silences** pendant les pauses spontanées du récit du patient. On peut distinguer différents types de silences :
 - brefs, ils encouragent de façon simple et naturelle le patient à continuer son récit,
 - plus longs, ils aident le patient qui a du mal à s'exprimer ou qui est submergé par l'émotion.
 - générateurs d'anxiété. Il y a un équilibre subtil entre un silence utile et un silence générant de l'incertitude. Si le patient bloque et s'angoisse, on peut lui demander, pour le relancer, à quoi il pense et s'il peut ou veut en faire part.

Les silences doivent être accompagnés d'une communication non-verbale qui témoigne au patient de l'intérêt.

- La **répétition en écho** de la dernière idée énoncée par le patient l'encourage à poursuivre en le poussant à repartir de sa dernière phrase, ce qui est plus directif que les précédentes

techniques facilitatrices.

Il a été montré que la répétition en écho peut être contre-productive au début de l'entretien car elle impose une direction au patient, ce qui peut le pousser à taire des points importants de l'histoire de son problème (Beckman et Frankel, 1984) [15].

- La **reformulation par paraphrase** permet de vérifier la justesse de l'interprétation des propos ou émotions du patient et de détecter des émotions sous-jacentes. Elle est utile pour aborder le point de vue du patient. Elle combine la facilitation, le résumé et la clarification.
- Les **pensées partagées** consistent à faire part au patient du raisonnement qui sous-tend une question fermée. Cela lui permet de comprendre ce qui motive la question puis d'élaborer sa réponse. Une simple question fermée impose au patient une réponse courte pauvre en information.

Ex : « *La douleur que vous éprouvez est-elle plus vive la nuit quand vous êtes allongé ? Savoir cela me permettrait d'affiner le diagnostic de cette carie.* »

Exemple d'entretien reprenant ces techniques verbales facilitatrices :

Chirurgien Dentiste : « *Pouvez-vous me décrire la douleur que vous ressentez ?* » (question ouverte)

Patient : « *J'ai mal au fond de la bouche, ça fait près d'une semaine maintenant. Ça me gêne quand je mange.* »

Chirurgien Dentiste : « *Mmh, oui...* » (encouragements)

Patient : « *En fait ça me fait vraiment mal quand j'avale des aliments et puis...* »

Chirurgien Dentiste : (silence avec contact visuel)

Patient : « *Oui, j'ai des difficultés à ouvrir la bouche, c'est douloureux quand je mange et quand je me brosse les dents aussi.* »

Chirurgien Dentiste : « *Quand vous vous brossez les dents...* » (répétition en écho)

Patient : « *Oui, quand je touche avec la brosse au fond.* »

Chirurgien Dentiste : « *Quand la brosse à dents passent sur les dents ou sur la gencive au fond.* » (paraphrase du contenu)

Patient : « *Oui, d'ailleurs j'ai l'impression de mâcher ma gencive au fond, ça fait mal !* »

Autre exemple : paraphrase d'émotion :

Patient : *« Cette douleur est terrible, je ne peux pas travailler comme ça ! Mais mon patron n'est pas très compréhensif... »*

Chirurgien dentiste : *« Vous êtes angoissé à l'idée de ne pas pouvoir aller au travail, n'est-ce pas ? Je vous comprends. »* (paraphrase d'émotion)

2.3.2.5 Relever les indices verbaux et non verbaux

Les patients lancent très souvent des signaux qu'il est nécessaire de détecter. Levinson et al. (2000) ont montré que déceler et répondre aux indices émis par le patient, ne rallonge pas l'entrevue mais la raccourcit [64].

Relever les indices, montrer qu'on les prend en compte en soumettant notre interprétation au patient et les vérifier avec lui permet :

- d'explorer la maladie, l'état émotionnel et le point de vue du malade,
- de réduire le temps de consultation (par rapport aux consultations où les indices ne sont pas relevés),
- de créer une atmosphère facilitant l'expression.

Le soignant doit s'efforcer de vérifier les indices qu'il pense avoir détectés car son interprétation peut être fausse.

Voici trois façons d'explorer ces indices :

- Répétition en écho des indices verbaux détectés

Exemple :

Patient : *« En ce moment je sens que je suis perturbé. »*

Chirurgien Dentiste : *« Perturbé... »*

- Vérification des indices verbaux détectés par une technique de questionnement.

Exemple : *« Vous m'avez dit que votre mère a eu les dents qui se sont déchaussées. Avez-vous peur qu'il vous arrive la même chose ? »*

- Vérification des indices non verbaux par une technique de questionnement.

Exemple : *« J'ai l'impression que quelque chose dans mes explications vous trouble, n'est-ce pas ? »*

2.3.2.6 Clarifier les dires du patient

Pour obtenir des précisions ou des compléments d'informations, il est utile d'utiliser :

- une question ouverte spécifique : « *Qu'entendez-vous par sensation bizarre ?* »
- une question fermée : « *Par sensations désagréables, entendez-vous que le crochet de la prothèse tire beaucoup sur cette dent ?* »

De plus la chronologie des faits doit être précisément connue.

Les questions du praticien doivent s'insérer dans un cadre temporel précis.

Ex : « *Depuis combien de temps ressentez-vous cette douleur ? Depuis un jour, plusieurs jours, plusieurs semaines ?* »

2.3.2.7 Résumés intermédiaires périodiques des propos du patient

Faire un résumé consiste à reprendre les informations importantes données par le patient, à les synthétiser et à en lui faire part pour lui montrer que la situation est comprise. Les informations résumées peuvent être de nature biomédicale ou être issues du point de vue du patient.

Les résumés améliorent la précision de l'entretien en permettant de garder à l'esprit l'ensemble des problèmes.

Faire un résumé est aussi une ouverture facilitatrice car il incite le patient à préciser son propos s'il note des lacunes dans les dires du soignant.

Exemple :

Praticien : « *Si je résume, vous avez mal sur tout le côté en haut à droite depuis trois jours, vous n'avez pas l'impression que la douleur a débuté à un endroit précis et vous êtes inquiet car cela vous perturbe dans votre travail.* »

Patient : « *Oui et je voudrais préciser que quand je mange, la douleur est particulièrement intense.* »

2.3.3 Autres compétences pour comprendre le point de vue du patient

L'exploration du point de vue du patient se décompose en trois temps :

1. **L'Identification du point de vue du patient** consiste à découvrir les idées, représentations, croyances, craintes, souhaits et attentes du patient.
2. **La compréhension et l'acceptation** du point de vue du patient. Il s'agit de reconnaître au patient le droit d'avoir son avis même s'il ne correspond pas à celui du soignant. Ce dernier doit prendre en compte le point de vue du patient et l'accepter sans jugement de valeur pour que le patient se sente entendu et reconnu dans sa souffrance. Pour autant le soignant ne doit pas adopter la conception du patient si elle ne correspond pas à la sienne.
3. **Le soignant donne l'explication** de sa conception de la maladie en la comparant à celle du patient et en s'efforçant de trouver un terrain d'entente pour qu'un dialogue puisse s'instaurer.

Explorer de façon structurée le point de vue du patient et se soucier de la compréhension, de l'adhérence au traitement, du niveau de participation et de la motivation du patient permet d'améliorer le contrôle clinique et l'observance médicamenteuse jusqu'à trois mois après la consultation [65].

Les représentations de la santé et de la maladie diffèrent entre les individus selon de très nombreux facteurs. Ces représentations influent sur le rapport de l'individu à la maladie et modifient son comportement face à la pathologie et à ses symptômes. Les différences culturelles et spirituelles en sont des exemples.

Trouver un terrain d'entente avec le patient est primordial pour qu'il comprenne les enjeux de sa maladie et de sa prise en charge. Il s'agit d'expliquer avec des mots simples qui s'inscrivent dans une conception de la santé et de la maladie que le patient comprend. Ainsi il peut se prendre en charge, participer activement au traitement et s'approprier la pathologie.

De façon plus générale toute interaction soignant-soigné sous-tend un potentiel de différences entre deux modèles explicatifs et ces divergences peuvent faire obstacle à la communication. L'enjeu pour le soignant est d'englober la conception de la maladie du patient pour élaborer avec lui des solutions thérapeutiques.

2.3.3.1 Exemples d'expressions permettant de découvrir le point de vue du patient

Le patient ayant exprimé ses croyances comprend mieux et retient mieux l'information donnée par

le praticien. L'entretien centré sur le patient facilite aussi la compréhension du soignant car il l'incite le praticien à découvrir quelles sont les croyances de santé, les inquiétudes, les souhaits et attentes du patient ainsi que les conséquences de la pathologie sur sa vie.

Voici quelques expressions types que le soignant peut employer pour comprendre :

- les idées et croyances de santé :
 - « *Que pensez-vous de ce problème ?* »
 - « *A quoi avez-vous l'impression que cette maladie est due ?* »
 - « *Vous y avez déjà réfléchi, n'est-ce pas ? J'aimerais connaître votre point de vue...* »
- les inquiétudes, les préoccupations :
 - « *Qu'est-ce qui vous inquiète dans cette douleur ?* »
 - « *Qu'est-ce qui vous préoccupe ?* »
- les souhaits et attentes :
 - « *Qu'attendez-vous de notre entretien ?* »
 - « *Comment puis-je vous aider ?* »
- les impacts, répercussions sur la vie :
 - « *Quels sont les effets des symptômes/de la maladie sur votre vie ?* »

2.3.3.2 Encourager le patient à exprimer ses émotions

Le soignant a souvent du mal à découvrir le ressenti du patient, il craint d'être dépassé par le flux d'émotions et de ne plus être capable de diriger l'entretien.

Voici des initiatives utiles pour accéder au vécu émotionnel du malade et pour y répondre :

- Demander au patient si on peut entrer dans son vécu émotionnel.
 - « *Etes-vous prêt à me faire part de ce que vous éprouvez ?* »
- Poser tôt dans l'entretien des questions sur les émotions du patient.
- Faire sentir au patient qu'on s'intéresse à son ressenti : en acceptant son avis, en étant

empathique, compréhensif.

« Je comprends que ça a été dur à vivre... »

- Questions directes

« Quel est votre ressenti ? »

« Comment vous sentez vous ? »

- Demander des exemples précis d'expériences antérieures.

« Avez-vous déjà ressenti la même chose par le passé ? »

« Cela vous rappelle-t-il une situation analogue ? »

- Déceler les indices verbaux et non verbaux et les vérifier avec le patient.

- Répétition en écho des indices verbaux détectés

- Comment arrêter de parler des émotions :

« Je pense avoir saisi votre ressenti. Avec votre accord, voyons comment nous pouvons vous soulager concrètement. »

« Pensez-vous que j'en sais suffisamment pour comprendre la situation ou voulez-vous parler d'autre chose ? »

EN RESUME : approche type du recueil de l'information

Rappelons les trois objectifs de cette partie de l'entretien :

- cerner la perspective biomédicale,
- cerner le point de vue du patient,
- comprendre le contexte.

En résumé :

1) Commencer l'exploration

- Dès le début être attentif aux indices verbaux et non verbaux,
- Par des questions ouvertes, inciter le patient à faire le récit de ses problèmes,
- Ecoute attentive,
- Techniques de questionnement ouvert puis plus ciblé,
- Clarifier et faire la chronologie des faits,
- Résumer l'aspect biomédical et le point de vue du patient.

Faire la transition vers :

2) L'analyse approfondie de chaque symptôme

- Débuter par un questionnement ouvert puis continuer progressivement vers des questions fermées.

Faire la transition vers :

3) L'analyse approfondie du point de vue du malade

- Utiliser essentiellement un questionnement ouvert,
- Accepter les croyances et les émotions du patient.

Faire la transition vers :

4) Le contexte

- Questions ouvertes ciblées et fermées.

Quand le praticien juge que le recueil de l'information est terminé, avant de passer à la suite de la consultation, il doit se demander s'il a bien atteint les objectifs de cette phase de l'entretien :

- *Ai-je bien analysé la perspective biomédicale, le point de vue du patient et le contexte ?*
- *Ai-je bien compris le récit du patient ?*
- *La consultation se déroule-t-elle dans un climat soutenant et avec un esprit de collaboration ?*

2.4 Structurer l'entrevue

Comme le suggère le schéma résumant la méthodologie clinique globale présenté dans l'introduction (chapitre 2.1), la structuration de l'entrevue est l'une des deux **techniques transversales qui s'applique tout au long de la consultation**.

Les objectifs de la structuration sont :

- Réaliser un entretien flexible et ordonné,
- Permettre au patient de comprendre le déroulement de la consultation,
- Solliciter la participation et la collaboration du patient,
- Recueillir et transmettre des informations précises,
- Maîtriser le temps de l'entretien.

2.4.1 Rendre explicite le déroulement de l'entrevue

- **Résumer** (Les résumés intermédiaires ont déjà été évoqués dans le chapitre 2.2.2.7 dans le cadre du recueil de l'information.)

Pour structurer l'entretien, les résumés intermédiaires ont plusieurs fonctions :

- Récapituler et analyser les dires du patient (informations manquantes ou à éclaircir, ordre logique des faits, distinction entre ce qui relève du malade et de sa maladie),
- Se donner du temps pour choisir la direction de la consultation,
- Soumettre au patient notre compréhension de son récit pour s'assurer de la justesse de notre interprétation,
- permettre au patient de participer à l'entretien (en validant ou en infirmant nos propos, en clarifiant ou en précisant son récit...)

Exemple :

Praticien : *« Si j'ai bien compris, vous ressentez des douleurs à cette dent depuis environ deux mois, en particulier quand vous mangez ou buvez des aliments très froids et depuis maintenant trois jours vous avez mal spontanément et avez l'impression que votre cœur tape dans la dent. C'est bien cela ? »*

Patient : *« Oui c'est ça et je voulais vous dire aussi que des aliments se coincent dans la dent, ce qui est très désagréable. »*

- **Techniques de signalisation : annoncer verbalement les transitions**

Les transitions sont énoncées pour annoncer au patient le passage d'une phase de l'entretien à une autre et pour expliquer le but de cette nouvelle phase.

La signalisation de la transition permet :

- d'éclairer le patient sur les étapes de l'entretien,
- de demander l'accord du patient,
- au patient et au praticien d'avoir une idée claire de la structure de la consultation.

Exemple :

« Voilà comment va se dérouler la consultation d'aujourd'hui : nous allons commencer par discuter de votre problème et de votre avis par rapport à celui-ci, deuxièmement je vous demanderai quelques informations sur votre état de santé en général, troisièmement je vous ausculterai et enfin nous verrons ensemble quelles solutions nous pouvons apporter à votre problème. Vous avez compris ? Cela vous convient-il ? »

Pour rappel, il s'agit d'une technique à appliquer tout au long de la consultation et en particulier :

- au début et à chaque phase de l'anamnèse,
- au passage des techniques de questionnement ouvert aux techniques de questionnement fermé,
- au moment où le praticien se focalise plus précisément sur le point de vue du patient (croyances, craintes, souhaits, attentes),
- au passage à l'examen clinique,
- au commencement de la phase des explications et de planification du suivi,
- à la fin de l'entretien.

En bref, rendre explicite l'organisation de l'entrevue par les résumés et les transitions permet au patient de comprendre la structure de la consultation. Cela lève une grande partie de ses inquiétudes, en particulier celles liées au déroulement de l'entretien.

Or il a été montré que l'incertitude du patient l'empêche d'être disponible à l'entretien, de comprendre et de mémoriser au mieux car il est focalisé sur ces points obscurs qui l'angoissent [15].

2.4.2 Prêter attention au bon déroulement de l'entrevue

- *L'ordre des séquences*

Le praticien doit avoir toujours en tête la structure de la consultation pour savoir où il en est.

Cette conscience du déroulement de l'entretien permet au praticien d'être plus flexible dans la forme car il maîtrise la direction des événements.

- *La gestion du temps*

Rappelons que les entretiens basés sur la médecine « centrée sur le patient » ne prennent pas plus de temps que les entretiens « traditionnels » centrés sur le biomédical [15].

Avoir un bon rythme et équilibrer le temps dévoué à chaque phase de l'entrevue en ayant conscience de ce qu'on a déjà fait et de ce qu'il reste à faire est primordial pour gérer son temps. Ceci permet de ne pas être en retard pour le rendez-vous suivant, et d'assurer les conditions propices à une approche centrée sur la personne à tous les patients.

2.5 Construire la relation

La construction de la relation est l'autre **technique transversale s'appliquant tout au long de la consultation**. Cette technique est composée de compétences dont certaines rejoignent celles des autres chapitres. En fait, la plupart des compétences du guide Calgary-Cambridge servent la construction de la relation.

Ce chapitre permet de comprendre l'état d'esprit à adopter durant la consultation pour construire une bonne relation à court et à long terme.

La construction de la relation participe significativement à la réalisation des objectifs de la relation de soins : la précision, l'efficacité, le soutien, la volonté de partenariat et la satisfaction du patient et du soignant [15].

En prêtant attention à la qualité de la relation avec le patient dès le début de l'entrevue, le soignant construit un cadre, un environnement propice à l'interaction, à la participation et à l'expression du patient et donc à la qualité des soins.

Barnett (2001) [15] a montré que construire la relation est d'autant plus difficile que la durée de la consultation est courte et que le patient est anxieux. C'est une situation qui correspond bien à la pratique de la chirurgie dentaire. Il est donc d'autant plus important d'apprendre à construire une relation de confiance avec les patients.

Si les compétences qui vont être décrites s'insèrent dans le cadre la relation soignant/soigné, elles s'appliquent aussi à d'autres types de relation comme avec :

- les proches du patient,
- l'équipe de soin (secrétaire, assistante, chirurgien dentiste),
- les autres professionnels de santé impliqués dans les soins du patient,
- les services sociaux.

En effet la relation praticien/patient est au cœur d'une relation plus large entre plusieurs personnes que sont les proches du patient, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé et services sociaux impliqués.

Suchman (2001) décrit bien ce qui est en jeu dans cette relation à plusieurs acteurs. Il écrit que :

« la communication et les relations entre le clinicien et le patient se situent au cœur d'une certaine organisation et sont donc influencées non seulement par les besoins et les compétences de quelques personnes, mais aussi par les valeurs exprimées à travers les politiques et les processus organisationnels, par la façon dont chacun est traité au sein de l'organisation et par la façon dont chacun traite les autres » [15].

Il est donc important de prêter attention aux relations avec tous les acteurs de la relation de soin pour améliorer la prise en charge du patient.

2.5.1 Afficher un comportement non verbal approprié

Rappelons tout d'abord de quoi est composé la communication non verbale d'après ce qu'en propose Mehrabian (1972) et Gazda *et al.* (1995) [15] :

- La posture : Etre assis, debout, droit, détendu.
- La proximité : L'utilisation de l'espace, la distance physique avec le patient, le positionnement des interlocuteurs.
- Le toucher : Poignée de main, petite tape, contact physique durant l'examen clinique.
- Les mouvements du corps : Gestuelle des mains et des bras, mouvements de la tête, des pieds et des jambes, agitation.
- L'expression faciale : Sourire, haussement ou froncement des sourcils, pleurs.
- Le regard : Contact visuel, regard vague ou appuyé.
- La voix : Hauteur, débit, volume, rythme, silences, pauses, intonation.
- La gestion du temps : Etre en avance, en retard, à l'heure, dépassement du temps prévu de la séance de soins, hâte, lenteur des réactions.

- La présence physique : Nationalité, culture, genre, corpulence, habillement, esthétique.
- L'environnement : Local, aménagement : meubles, éclairage, température, couleurs.

Il convient de prêter attention à toutes ces composantes dans le comportement non verbal. En effet l'étude [66] montre à quel point le patient observe le comportement non-verbal du médecin et en tire des informations.

Si les messages verbaux sont plus efficaces pour transmettre des informations précises et pour exprimer des idées ou pensées, la communication non verbale restitue plus authentiquement les états d'esprit, les émotions et affects, les goûts ou la disponibilité. Elle permet aussi de construire son image dans une relation et traduit notre dominance ou notre soumission (Ekman *et al.* 1972, Mehrabian 1972, Argyle 1975) [15].

Communications verbale et non verbale peuvent agir de concert et se soutenir mutuellement dans la transmission d'un message mais elles peuvent aussi envoyer des signaux contradictoires.

Quand elles sont en compétition, c'est la communication non verbale qui prévaut (Koch 1971, Mc Corskey *et al.* 1971) [15].

Par exemple si le praticien dit : « *Comment allez-vous ?* » et qu'il a un comportement agité et qu'il ne regarde pas le patient, ce dernier comprend que le soignant n'est pas disponible à l'écoute.

Il existe aussi une tendance à reproduire le comportement non verbal de l'interlocuteur en signe d'allégeance (De Vito 1988 ; Mehrabian et Ksionsky 1974 [15]). Si le soignant adopte une bonne communication verbale et non verbale, le patient sera plus détendu, plus satisfait et plus disponible à l'interaction car il est influencé par son comportement.

En résumé, il est utile de :

- détecter les indices verbaux et non verbaux du patient et les vérifier auprès de lui en le questionnant.
- Avoir des comportements verbal et non verbal cohérents qui se renforcent mutuellement pour ne pas créer de confusion chez le patient, gagner sa confiance et ainsi construire la relation.

- ***La lecture et l'écriture de notes sur papier/ordinateur***

Heath (1984) [15] (repris en 2010 par Silverman J. dans [67]) a montré que lire ou écrire pendant l'entretien rompt le contact visuel avec le patient, ce qui perturbe la communication. La qualité de

l'information fournie par le patient baisse et la réception du message par le médecin est perturbée.

Heath propose :

- de consulter un dossier avant le début de l'entretien ou après la fin du récit d'ouverture du patient,
- d'attendre un moment opportun pour lire ou écrire des notes.

A ce sujet Ruusuvuori (2001) [15] a montré que la rupture du contact visuel est plus perturbante si elle a lieu quand le patient décrit quelque chose d'important pour lui. (Il montre aussi que rester en face du patient pendant son récit et ne tourner que la tête ou les épaules quand on écrit ou lit perturbe moins la communication que si on se tourne avec tout le corps.)

- que le praticien annonce au patient quand il s'apprête à regarder ses notes et quand il est prêt à l'écouter de nouveau.

- ***Afficher une confiance appropriée***

Le praticien qui témoigne d'une confiance en lui appropriée inspire confiance au patient.

2.5.2 Développer la qualité de la relation

2.5.2.1 L'attitude accueillante

L'attitude accueillante est particulièrement utile lors de l'étape de l'« acceptation des opinions du patient » parmi les trois (Identification, Acceptation, Explication) qui permettent de comprendre le point de vue du patient comme cela a été vu précédemment au chapitre 2.3.3.

L'attitude ou réponse accueillante consiste à accepter ce que dit le patient sans le juger, lui reconnaître le droit d'avoir son opinion (même « fausse » du point de vue du praticien) et ses sentiments et lui montrer qu'on prend en considération ses propos. Cela ne signifie pas nécessairement d'adhérer à son opinion mais de la comprendre et de l'accepter.

Par ailleurs, l'attitude accueillante est utile tout au long de la consultation.

Voici les outils de la réponse accueillante :

- Pour reconnaître l'opinion et les sentiments du patient, utiliser la reformulation, le résumé.
- Pour reconnaître au patient le droit de penser et ressentir à sa manière, utiliser des commentaires de légitimation : « *D'après vous, les saignements de gencives que vous*

observez sont dus au stress. »

- Faire une pause après que le patient ait exposé son point de vue en ayant une écoute attentive et un comportement non verbal qui l'encourage à continuer son récit s'il le souhaite.
- Ne pas commencer une réponse par « *Oui, mais...* » et ne pas contredire le patient. Cela revient à réfuter abruptement le point de vue du patient et à lui imposer une nouvelle conception de sa maladie à laquelle il risque de ne pas adhérer.
- Reconnaître l'importance de savoir ce que pense le patient et lui montrer : « *Je vous remercie de m'avoir fait part de votre avis, cela va nous aider à vous soigner.* »

Cette attitude d'ouverture permet aussi d'éviter de rassurer trop précocement le patient comme il est facile de le faire. Rassurer sans disposer de toutes les informations n'est pas crédible, même pour le patient, ce qui discrédite le propos du soignant.

De plus rassurer sans comprendre véritablement les inquiétudes du patient et sans donner d'explication claire n'est pas efficace (Wasserman *et al.* 1984) [15].

Quand rassurer n'est pas encore possible du fait du manque d'informations, le soignant peut adopter une attitude de soutien, faire part de sa sensibilité aux craintes du patient, de sa volonté d'agir, ou non.

2.5.2.2 L'empathie

Ce sujet a déjà été abordé au chapitre 1.3, il s'agit ici de rappeler sa dimension pratique.

L'empathie se construit en deux temps :

- Reconnaître et comprendre le vécu ou l'état affectif de l'interlocuteur,
- Communiquer verbalement et non verbalement sa compréhension en témoignant son soutien.

Des expressions de soutien du type « *Je..., vous...* » qui construisent un lien entre la subjectivité du praticien et celle du patient permettent de nommer et d'apprécier les émotions ou les difficultés du patient.

Exemples :

- « **Je** comprends bien qu'aborder ce sujet **vous** est difficile. »
- « **Je** conçois **votre** colère. »
- « **J'imagine** que l'idée d'avoir encore de vives douleurs **vous** angoisse. »

Pour rappel, l'essentiel, dans l'empathie et dans l'approche centrée sur la personne, n'est pas la technique mais l'éthique, c'est-à-dire les valeurs qui sous-tendent toute relation humaine.

2.5.2.3 Le soutien

D'autres techniques existent pour soutenir le patient :

- Dire son inquiétude.
« Je suis inquiet de vous voir rentrer chez vous seule après cette intervention, est-il possible que vous patientiez un peu avant de conduire ? »
- Dire sa compréhension
« Je comprends que ne plus avoir cette dent vous angoisse. »
- Se dire prêt à apporter de l'aide.
« N'hésitez pas à me poser des questions à propos de votre nouvelle prothèse. »
- Créer un partenariat.
« Pour soigner vos problèmes de gencives, nous allons travailler ensemble. Votre action quotidienne est aussi importante que les soins que nous faisons au cabinet. »
- Valoriser les efforts du patient pour faire face et pour se prendre en charge.
« Depuis la dernière séance, je vois que votre brossage s'est amélioré. »
- Faire preuve de tact.
« Avec vos gencives enflammées, je sais que le détartrage vous est très désagréable. J'essaie d'être le plus léger possible et nous pouvons arrêter à tout moment si vous le désirez. »

Ce dont il faut se souvenir en matière de soutien, c'est qu'il peut être précieux de l'exprimer. Il s'agit d'utiliser tous les canaux de la communication verbale et non verbale pour que le patient ressente notre aide et notre implication. Le patient est ainsi assuré qu'il est soutenu.

Enfin, si un patient présente une détresse psychologique nécessitant une prise en charge, il faut pouvoir l'adresser à un groupe de soutien (ex : groupe de parole pour toxicomanes) ou à un professionnel de santé pouvant répondre à ses problèmes.

2.5.3 Associer le patient à la démarche clinique

Impliquer le patient dans la démarche clinique répond au principe de réduction des incertitudes. En faisant part de ses réflexions cliniques et en fournissant des explications, le praticien permet au patient de comprendre ce qui se passe et de savoir à quoi s'attendre.

Par exemple :

« Pendant le nettoyage de la carie, la partie vivante de la dent a été légèrement atteinte. Je ne suis pas sûr que l'on puisse conserver cette dent vivante, il faudrait peut-être la dévitaliser. Mais on ne peut pas prédire à coup sûr la réaction de la dent. Je vous propose donc de placer un pansement temporaire sur la dent pour tester sa réaction. Si tout se passe bien, on pourra garder la dent vivante, sinon, il faudra la dévitaliser. Qu'en pensez-vous ? »

2.6 Expliquer et planifier le suivi

Waitzkin (1984) [68] a montré que les médecins surestimaient de 900 % le temps nécessaire aux explications et à la planification.

En chirurgie dentaire, l'élément le plus déterminant dans l'acceptation d'un traitement de dentisterie restauratrice est la relation patient-dentiste [69].

2.6.1 Fournir la quantité et le type adéquats d'informations pour une meilleure compréhension du patient

Richard et Lussier (2003) [70] ont montré que les médecins donnaient des informations incomplètes à leurs patients et que la majorité d'entre eux souhaitait être plus informée.

Pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient, un discours type, stéréotypé applicable à tous, manque de précision et d'efficacité. Chaque personne a des attentes spécifiques qu'il faut comprendre pour fournir la quantité et le type adéquats d'informations qui lui convient.

Il existe des techniques qui permettent de découvrir le besoin d'information propre à chaque patient.

2.6.1.1 Évaluer les connaissances préalables du patient et s'enquérir de ce qu'il souhaite savoir sur ses problèmes

Avant de commencer à donner des informations, évaluer les connaissances préalables du patient permet de savoir quelles types d'informations lui sont utiles et comment les formuler.

Cela peut aussi faire émerger les différences de point de vue sur les problèmes, et indique la voie pour trouver un terrain d'entente, une compréhension partagée.

Exemple :

Praticien : *« Vous avez déjà entendu parler du déchaussement des dents ? »*

Patient : *« Oui, je crois savoir que les dents se déchaussent quand les gencives saignent. »*

Praticien : *« Oui tout à fait, vous êtes bien informé ! Et que savez-vous d'autre à ce sujet ? Je pourrai ainsi mieux compléter l'information à vous donner. »*

Remarque :

Préjuger du savoir d'un patient peut conduire à une mésentente. Par exemple, un cadre supérieur peut en savoir moins sur la parodontite qu'un ouvrier.

De nombreux patients souhaitent en savoir beaucoup sur leurs problèmes mais d'autres préfèrent en savoir moins [15]. De plus, pour un même patient, l'envie d'être informé dépend des circonstances (ex : Le patient préfère être accompagné pour recevoir l'information, le patient est fatigué en ce moment, il préfère parler de ses problèmes la prochaine fois, etc.)

Trois approches sont possibles pour découvrir les attentes du patient, expliquer et planifier :

- segmenter et vérifier,
- demander au patient de poser des questions,
- plus directement, demander au patient dès le départ dans quelle mesure il souhaite être informé, par exemple :

« Il y a des informations dont je pourrais encore vous faire part. Souvent les patients souhaitent en savoir beaucoup sur leurs problèmes, mais parfois ils n'ont pas envie de trop approfondir. Et vous, personnellement, qu'est-ce que vous aimeriez savoir ? »

2.6.1.2 Segmenter et vérifier

Segmenter l'information consiste à la délivrer en portions gérables par le patient. C'est-à-dire qu'il ne faut pas le noyer dans un flot d'informations dont il ne retiendra qu'une partie.

Après chaque portion d'information donnée, le soignant marque une pause pour permettre au patient de la recevoir et d'éventuellement poser une question. Cela permet au patient d'être actif et au praticien de répondre à ses questions au fur et à mesure qu'il se les pose. Cela permet aussi de vérifier sa compréhension de l'information et d'évaluer ses attentes.

Il est ensuite possible d'adapter le volume et le type d'information en fonction des besoins du patient.

Par exemple :

Chirurgien dentiste : *« D'après vos symptômes, il est clair que votre gencive est enflammée à ce niveau, c'est pourquoi elle saigne. (Pause) Avez-vous des questions ? »*

Patient : *« Oui, mais pourquoi ma gencive est-elle enflammée ? »*

Chirurgien dentiste : *« Vous avez des aliments coincés entre les dents à l'endroit où la gencive est enflammée et cela l'irrite. » (Pause)*

Patient : *« Ah d'accord. C'est vrai, ça me dérange surtout après les repas, je suis obligé d'utiliser un cure-dent. »*

2.6.1.3 Demander au patient quelles autres informations lui seraient utiles

Cela permet de répondre aux attentes du patient et de lui montrer que ce qui l'inquiète nous préoccupe aussi.

Il suffit de penser à poser la question :

« Y a-t-il autre chose que vous voudriez savoir ? »

2.6.1.4 Donner l'information au moment opportun

Des situations problématiques peuvent apparaître quand des conseils, des informations ou du réconfort sont prématurés. C'est-à-dire que le problème n'est pas connu dans son ensemble et que des éléments ignorés entrent en conflit avec ce qui a été dit.

Penser reconnaître un problème immédiatement car il a déjà été rencontré de nombreuses fois pousse à faire le diagnostic prématurément sans pousser l'examen plus loin (biais cognitif de l'ancrage diagnostic). Avec de l'expérience et de la chance, le diagnostic peut s'avérer juste mais si le cas est plus complexe le diagnostic sera faux.

Exemple :

Patient : *« J'en ai assez d'avoir mal à cette dent, pour tuer tous ces microbes, vous ne*

pourriez pas me donner des antibiotiques ? »

Chirurgien dentiste : *« Des antibiotiques ne changeraient rien, vous avez une carie, ce qu'il faut, c'est nettoyer la dent. »*

En continuant l'examen clinique, le praticien se rend compte qu'il y a une parodontite aiguë localisée et suppurée autour de la dent.

Chirurgien dentiste : *« En fait vous avez aussi besoin d'antibiotiques, il y a une infection de la gencive. »*

Une meilleure approche aurait été d'attendre d'avoir tous les éléments du problème avant de répondre au patient :

Chirurgien dentiste : *« C'est une très bonne question, mais si vous le voulez bien, j'aimerais cerner le problème dans son ensemble avant de vous répondre. »*

Puis, après l'examen clinique complet :

Chirurgien dentiste : *« Vous avez une carie et une infection de la gencive autour de la dent qu'il faut en effet traiter avec des antibiotiques. Il serait utile que nous nous revoyions dans une semaine pour poursuivre le traitement. Cela vous convient-il ? Avez-vous d'autres questions ?*

2.6.1.5 Organiser les explications : segmenter l'information et signaler de façon logique et claire les transitions

Ce paragraphe regroupe les deux premiers points du chapitre V-B du tableau résumant le guide Calgary-Cambridge. Cette technique est un exemple de signalisation qui a déjà été vu au chapitre 2.4.

Selon cette technique, avant de commencer à informer le patient, le praticien annonce les catégories d'informations qu'il va délivrer et il les présente les unes après les autres.

Voici un exemple de formulation type :

« Il y a trois points sur lesquels je souhaite vous informer : tout d'abord sur la nature de votre problème, puis sur les examens complémentaires à faire et enfin sur les solutions dont nous disposons pour vous soigner. Sur le premier point, je pense qu'il s'agit de... »

Dans cet exemple, l'information est segmentée en trois unités distinctes selon une suite logique et le contenu de chaque segment d'information est explicité.

Les informations d'un intérêt particulier peuvent être signalées pour que le patient s'en souvienne mieux.

Par exemple : « *J'aimerais attirer votre attention sur ce point en particulier, il s'agit de ...* »

2.6.1.6 La répétition et la reformulation

La répétition de l'information sous forme de résumé par le soignant permet au patient de mieux la mémoriser.

Exemple : « *Pour récapituler, nous avons convenu que pour combattre cette infection, vous prendrez de l'amoxicilline pendant sept jours, à raison d'un gramme par prise deux fois par jour. Pour soulager la douleur, vous allez prendre un gramme de paracétamol, trois fois par jour pendant trois jours. Si toutefois la douleur n'est pas suffisamment calmée, n'hésitez pas à m'appeler, d'accord ?* »

La reformulation de l'information par le patient lui permet aussi de mieux la mémoriser. Selon Bertakis (1977), la mémorisation est améliorée de 30 % par la reformulation [71]. Cela permet au soignant d'évaluer la compréhension du patient et le cas échéant d'adapter et clarifier son discours.

La difficulté dans cette technique est de ne pas adopter un ton paternaliste lorsqu'il est demandé au patient de reformuler. Il est facile d'avoir un message implicite dans la question qui sous-entend que le patient a des capacités trop limitées pour comprendre ce qui a été dit. La question doit donc être posée avec tact.

Exemple : « *J'ai conscience de vous avoir donné beaucoup d'informations, je sais qu'il n'est pas facile de tout retenir. Pourriez-vous me dire ce que vous avez retenu pour que je reprenne les points éventuellement restés obscurs ?* »

2.6.1.7 Langage

De nombreux patients n'osent pas demander au soignant de répéter une information qu'ils n'ont pas comprise [15]. Il appartient au praticien d'utiliser un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient. Il faut éviter le jargon médical ou du moins l'expliquer quand son emploi est inévitable.

2.6.1.8 Aides visuelles : support de l'information

Il existe toutes sortes de supports visuels (ex : informations et instructions écrites comme les dépliants, modèles comme les maxi-mâchoires, diagrammes, graphiques, lettre envoyée au patient après la consultation, enregistrements audio et vidéos de la consultation...).

Cependant, mal utilisés, ils sont rapidement inutiles. Respecter quelques règles permet de les rendre plus efficaces :

Les supports écrits ou enregistrés ne doivent pas remplacer une interaction avec le médecin et ne doivent pas être employés seuls. Le personnel de santé doit :

- présenter le matériel et le personnaliser, assurer le suivi,
- permettre au patient de poser des questions après avoir utilisé le matériel.

S'assurer que le patient est capable de lire le support écrit (patient ne parlant pas la langue ou illettré).

2.6.1.9 Vérifier la compréhension du patient

Comme cela a déjà été vu, il s'agit de faire reformuler l'information par le patient et le cas échéant, clarifier son propos.

Synthèse

Dans ce chapitre, des techniques qui permettent de mettre en forme l'information transmise au patient pour qu'il la comprenne et la retienne le mieux possible ont été décrites.

Cependant la question du point de vue du patient n'a pas encore été abordée.

Comment prendre en compte le point de vue du patient dans les explications ?

Comment savoir si les informations données au patient lui conviennent ?

Comment arriver à une compréhension partagée entre le patient et le soignant ?

2.6.2 Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

Plusieurs techniques vont être décrites pour que le soignant et le soigné adoptent un consensus sur leur modèle explicatif respectif de la santé et de la maladie. Ils pourront ainsi se comprendre, trouver un terrain d'entente et établir un plan thérapeutique efficace.

2.6.2.1 Relier ses explications au point de vue du patient

Dès le début de la phase d'explication et de planification, le praticien établit un lien entre son cadre explicatif et le discours du patient identifié lors de la phase de recueil de l'information. C'est-à-dire que le soignant s'appuie sur les explications du patient pour rebondir et éventuellement expliquer pourquoi son approche est différente.

Exemples :

- « *J'ai bien saisi que vous pensiez que la douleur que vous ressentez est le fait d'une carie mais je pense qu'il s'agit plutôt d'un problème de gencive, je vais vous expliquer pourquoi...* »
- « *Vous m'avez dit tout à l'heure que vous aviez l'impression d'avoir un gros trou dans la dent et que vous pensiez qu'il fallait enlever la dent. J'ai compris que vous souffrez et que vous voulez que cela s'arrête rapidement, mais je pense qu'on pourrait plutôt soigner la dent. Nous pouvons la conserver en la dévitalisant, je vous explique pourquoi...* »

2.6.2.2 Donner au patient des opportunités de participer et l'encourager

La grande majorité des patients se posent des questions mais n'osent pas les poser directement au médecin (Tuckett *et al*, 1985) [15]. Il faut donc les pousser à poser des questions et leur montrer que leurs propos sont importants.

Exemple :

« *Y a-t-il quelque chose qui n'est pas clair ? Y a-t-il un point sur lequel vous voudriez plus d'explications ?* »

Et après que le patient ait posé sa question :

« *C'est une bonne question, je vous remercie de l'avoir posée. Voici ce que je peux vous dire à propos de...* »

Cette formulation est utile pour mettre en confiance un patient qui n'ose pas s'exprimer.

2.6.2.3 Détecter les indices verbaux et non verbaux durant les explications données au patient

Tuckett *et al*, 1985 [15] ont aussi montré que si les patients ne questionnaient pas leur médecin directement, ils le faisaient par des moyens détournés comme avec des indices verbaux et non verbaux.

Pendant que le soignant donne des explications, il doit être attentif aux signes verbaux et non verbaux du patient, par exemple :

- le patient montre qu'il a envie de poser une question,
- le patient montre qu'il est dépassé par le flot d'informations,
- le patient montre des signes d'inconfort ou de détresse.

Comme cela a été décrit précédemment, la détection et l'interprétation d'indices verbaux et non verbaux doivent toujours être suivies d'une vérification verbale pour ne pas partir dans une mauvaise direction, par exemple :

« J'ai l'impression de vous avoir donné beaucoup d'informations d'un seul coup, y a-t-il des points sur lesquels vous souhaiteriez que je revienne ? »

2.6.2.4 Faire exprimer les croyances et les émotions du patient vis-à-vis des informations données

Quand aucun indice ne témoigne de ce que pense le patient, le soignant peut lui demander ouvertement ce qu'il pense et ce qu'il ressent.

Exemples :

- « *Comment vous sentez-vous maintenant que vous avez conscience de...* »
- « *Avez-vous encore des doutes ou quelque chose qui vous pose problème ?* »

2.6.3 Planifier : une prise de décision partagée

Pour planifier et décider conjointement avec le patient de ce qu'il convient de faire, une atmosphère de partenariat doit avoir été construite auparavant, notamment grâce aux techniques de construction de la relation du chapitre 2.5.

L'approche collaborative de la planification utilise des techniques tout au long de la consultation.

2.6.3.1 Partager ses réflexions cliniques aux moments appropriés

Le praticien doit partager l'information avec le patient, lui faire part de ses idées, dilemmes, du cheminement de sa pensée, mais aussi de faire part des avantages et inconvénients de chaque solution sur le plan biomédical et par rapport au quotidien vécu par le patient (nouvelles habitudes à prendre, activités que le traitement empêche de faire, etc).

Dans cette démarche le soignant et le soigné trouvent leur intérêt :

- Les incertitudes diminuent et l'adoption d'un terrain d'entente est facilité. Le patient comprend mieux le raisonnement du praticien.

- Quand le soignant partage ses pensées, il pousse le patient à communiquer avec lui. Le patient est incité à exprimer son point de vue et à donner des informations qui peuvent être utiles au soignant.
- Cela pousse le soignant à structurer l'information qu'il délivre. Cela aide à ne pas oublier une partie de l'information importante (diagnostic, étiologie, pronostic...). Avec toutes les informations en main, le patient peut participer plus efficacement aux décisions.

Exemple :

« Vous avez une grosse carie qui a presque atteint la partie vivante de la dent. A ce stade, je ne peux pas encore vous dire si conserver la vitalité de la dent est possible. Nous avons deux alternatives : soit votre dent réagit bien au traitement temporaire, on pourra alors conserver la dent vivante, soit votre dent continue d'être douloureuse et dans ce cas, nous serons obligés de la dévitaliser. »

2.6.3.2 Impliquer le patient

- ***Offrir des suggestions et des choix plutôt que des directives***

Parfois le praticien peut avoir le sentiment qu'une solution thérapeutique est la plus adaptée pour un patient et il peut avoir tendance à la présenter comme étant la seule solution valable bien que d'autres solutions existent (approche « paternaliste »).

Il ne s'agit pas non plus de présenter l'éventail de solutions au patient en lui donnant toutes les informations nécessaires à un choix éclairé et de le laisser seul dans sa prise de décision (conception du « choix éclairé »). En effet, bien qu'« éclairé », le patient peut ne pas arriver choisir entre plusieurs solutions. De plus, il peut être dans un état émotionnel qui ne lui permet pas de faire un choix lucide ou ne pas avoir les moyens intellectuels nécessaires, etc.

Le soignant doit informer le patient et participer avec lui au processus de décision en lui faisant des suggestions et en lui proposant des choix justifiés.

Il s'agit de la conception de la « **décision consensuelle** » ou « **décision partagée** ».

Exemple :

Praticien : *« Il existe plusieurs solutions pour remplacer les dents manquantes. Il y a la prothèse amovible (explications), le bridge (explications) ou les implants (explications). »*

Patient : *« Je ne me vois pas avec un dentier dans la bouche ! »*

Praticien : *« Je vais donc vous expliquer en quoi consiste les deux solutions « fixes ». Nous verrons ensuite ensemble ce qui est le mieux pour vous. »*

- ***Encourager le patient à partager ses propres idées et suggestions***

Comme lorsque patient et soignant s'efforcent de trouver un terrain d'entente pendant la phase des explications, lors de la phase de la planification, le praticien montre que l'avis du patient l'intéresse, qu'il peut avoir des idées éclairantes et l'encourage à le questionner.

Exemple :

Chirurgien dentiste : « *Vous y avez déjà pensé n'est-ce pas ? Quelles solutions aviez-vous envisagé ?* »

Patient : « *Au départ je voulais faire des implants mais un ami me l'a déconseillé car sa femme avait un implant qu'il a fallu lui enlever, c'est apparemment très désagréable, je ne sais pas si ce traitement est sûr. Sinon un bridge me conviendrait peut-être aussi. Que me conseillez-vous ?* »

2.6.3.3 Explorer avec le patient les différentes options de prise en charge

Le praticien fait l'analyse avec le patient de tous les traitements possibles en décrivant les rapports bénéfices/risques pour chacun. La présentation des risques doit être parfaitement objective. Les données statistiques peuvent être présentées verbalement ou sous forme numérique et avec ou sans support visuel ou graphique. Chaque professionnel peut avoir ses préférences en matière de présentation des risques, l'important est de faire une présentation impartiale et d'être capable de flexibilité dans l'interaction avec le patient.

Des aides à la prise de décision sont mises à la disposition du patient.

Sous forme de documentations ou autres, elles sont utilisées pendant ou après la consultation pour être discutées. Elles ne se substituent jamais à une interaction avec le praticien.

Les aides à la décision permettent aux patients :

- d'être mieux informés sur les problèmes, les options et les résultats,
- d'être moins indécis et plus sûrs de leur décision,
- d'avoir des attentes plus réalistes quant aux résultats,
- d'être encouragés à participer à la prise de décision sans que leur angoisse augmente.

Pour les illettrés et les non-voyants, des précautions doivent être prises.

2.6.3.4 S'assurer du niveau d'implication souhaité par le patient dans la prise de décision

Comme cela a déjà été vu, la majorité des patients souhaitent prendre les décisions pour le traitement de leurs problèmes tandis qu'une minorité préfèrent déléguer ce choix à leur médecin. Le soignant doit donc s'assurer de ce que souhaite le patient et d'adapter son approche en conséquence. Cette vérification doit se faire périodiquement pour chaque patient, car il peut changer d'avis en cours de suivi.

Quand il existe un choix à faire entre plusieurs solutions, le praticien peut encourager le patient à s'impliquer :

- soit légèrement s'il ne sent pas le patient disposé à prendre une décision :

Praticien : *« Nous avons donc plusieurs solutions prothétiques, chacune ayant les avantages et inconvénients que je vous ai décrits. Avez-vous une préférence ? »*

Le patient pourra répondre : *« Oui je préfère la solution implantaire. »*

ou bien

« Je ne sais pas trop, que me conseilleriez-vous ? »

- soit de manière plus directe s'il sent que le patient est disposé à l'entendre :

Praticien : *« Pour extraire les quatre dents de sagesse, nous pouvons soit les enlever en une seule séance sous anesthésie générale (avantages/inconvénients décrits) soit les enlever deux par deux ou une par une sous anesthésie locale (avantages/inconvénients décrits). Certains patients préfèrent participer au choix de la solution qui leur convient le mieux, d'autres préfèrent s'en remettre à leur praticien. Et vous, comment envisagez-vous les soins ? »*

Ici le praticien demande explicitement l'avis du patient.

2.6.3.5 Négocier un plan mutuellement acceptable

- ***Rester neutre ou prendre position***

Quand toutes les solutions ont été envisagées et explicitées, deux situations peuvent apparaître. Soit le chirurgien dentiste n'a pas de préférence pour l'une ou l'autre solution, soit il préfère une solution et en fait part au patient tout en disant que cet avis ne le concerne que lui et que l'avis du patient est

tout aussi important.

Exemples :

- « *Sur un plan strictement médical, les deux solutions sont bonnes selon moi. Je pense que tout dépend de l'importance que vous attachez aux différents aspects des traitements que nous avons abordés. »*
- « *Je pense que sur le plan médical, cette solution est plus satisfaisante. Mais votre avis est également important. Il s'agit de bien peser les avantages et inconvénients de chaque traitement. »*

- ***S'assurer des préférences du patient***

Il s'agit pour le soignant de présenter ses idées sous forme de suggestions soumises à la réflexion du soigné et de prêter une vive attention aux idées et aux réactions du soigné.

« Quel est votre avis sur ces possibilités de traitement ? Que préféreriez-vous ? »

- ***Négocier les divergences***

Si des divergences persistent, le praticien s'efforce de trouver un terrain d'entente par le dialogue. Il fait part au patient de son désir de partager avec lui le pouvoir de décision et de trouver une solution mutuellement acceptable. Le consensus doit être le but de la négociation. Les directives autoritaires de la part du praticien ou du patient sont à éviter.

- « *Ce que je vous propose me semble bénéfique mais si cela ne vous convient pas, discutons-en. Vous êtes d'accord ? »*
- « *Ce que vous me suggérez est intéressant mais j'ai tout de même certaines réserves dont je vais vous expliquer les raisons. Nous discuterons ensuite d'autre solutions qui pourraient convenir, à vous et à moi. »*

2.6.3.6 Vérifier l'accord du patient

Quand la planification est établie, une dernière vérification permet de s'assurer que le patient est bien d'accord, que toutes ses préoccupations ont été prises en compte.

« Bien, êtes-vous pleinement en accord avec les choix que nous avons pris ? Le plan vous convient-il ? »

2.6.4 Cas particuliers de discussion avec le patient

Il existe des variantes des phases d'explication et de planification qui sont spécifiques à certaines situations cliniques. C'est-à-dire qu'elles sont optionnelles, qu'elles n'apparaissent pas systématiquement à chaque consultation (à la différence des quatre phases précédemment décrites).

- ***En cas de discussion sur la nature et l'importance du problème***

Voici quatre compétences qui aident le praticien à préciser sa pensée sur un problème :

- donner son avis sur les faits constatés et leur donner des noms quand c'est possible,
- faire part de ce qui motive son avis,
- donner les causes de la pathologie, expliquer sa gravité, son évolution probable et ses répercussions à court et à long terme,
- chercher à connaître les croyances de santé, le ressenti et les craintes du patient pour savoir s'ils concordent avec son modèle de pensée.

Exemple :

« La douleur que vous ressentez à la dent correspond à celle d'une pulpite aiguë. Ce qui me permet de penser à ce diagnostic, c'est que vous avez l'impression que votre cœur tape dans la dent, et que la douleur que vous ressentez spontanément est augmentée quand vous êtes couché. Cette inflammation de la dent est manifestement due à la cavité carieuse de taille importante qu'elle présente. Si rien n'est fait, la douleur peut augmenter et la dent peut s'infecter. Cette description correspond-elle à l'idée que vous vous en faisiez ? »

- ***En cas d'élaboration conjointe d'un plan d'action***

Plusieurs compétences sont utiles :

- Envisager et expliquer les différentes alternatives de prise en charge, ce qui aide le patient à participer au processus décisionnel.
- Fournir des informations sur l'intervention ou le traitement proposé : le nom, les étapes et le fonctionnement, la balance bénéfices/risques.
- Solliciter le point de vue du patient sur la nécessité d'agir, sur les bénéfices attendus, sur les obstacles perçus, sur sa motivation.
- Dans le cas particulier de l'élaboration d'un plan de prévention, l'accent est mis sur l'exploration

des obstacles perçus et la motivation du patient. Trois compétences permettent d'aider le patient à modifier son mode de vie : la connaissance des facteurs de risque, la connaissance et la compréhension de son comportement face à ses problèmes de santé, la connaissance et la mise en pratique de techniques qui l'aident à changer.

- Accepter le point de vue du patient et si besoin, proposer un avis alternatif.

Nous avons déjà vu précédemment que prendre en compte l'avis du patient sans pour autant y adhérer est un premier pas vers une compréhension mutuelle. Cela permet d'expliquer plus facilement son point de vue et le patient est plus ouvert aux propositions.

Il y a des situations où le patient ne veut ou ne peut pas remettre en cause ses croyances alors qu'elles portent grandement atteinte à sa santé. Dans ce cas, quelle est l'attitude à adopter ?

En règle générale, entrer en conflit avec un patient n'est pas efficace ; le patient ne se sent pas soutenu. Le praticien peut critiquer ouvertement le point de vue du patient sans pour autant entrer dans un affrontement. Il s'agit de parler de façon franche et sincère et être positif pour aider le patient à prendre conscience de la situation. Le respect de la volonté d'abstention thérapeutique est important, et doit s'accompagner d'une information claire. À l'inverse, le praticien est en droit de refuser le choix du patient s'il ne correspond pas à sa vision de la pratique, au code de Santé Publique, aux données avérées de la science et à l'éthique médicale. Par exemple, un praticien peut refuser d'extraire toutes les dents d'un patient souhaitant avoir des prothèses complètes pour des raisons imprécises.

En chirurgie dentaire, de nombreux déterminants psychologiques et sociaux influencent les valeurs des patients et la prise de décision lors d'un traitement de dentisterie restauratrice. Le plan de traitement accepté par le patient et le chirurgien dentiste est souvent un compromis qui ne correspond pas à ce que les données actuelles de la science suggèrent. C'est pourtant ce compromis qui permet la satisfaction du patient sur le long terme [72].

- Tenir compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des aptitudes du patient.

- Encourager le patient à mettre en pratique les plans d'actions, à prendre ses responsabilités et à être autonome.

- Vérifier le soutien social dont bénéficie le patient, s'enquérir de son réseau de soutien et des autres supports possibles.

- ***En cas de discussion des investigations ou d'autres procédures***

Au quotidien, le chirurgien dentiste réalise ou prescrit des examens complémentaires (ex : radiographies, cone-beam, biopsie...). Ces examens peuvent être source d'anxiété pour les patients.

Voici trois compétences requises pour cette phase de la consultation :

- Fournir 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.
- Faire le lien entre les procédures et le plan de traitement, expliquer leur importance et leur fonction.
- Encourager le patient à poser des questions, parler de ses inquiétudes et de la signification de résultats qui seraient mauvais.

2.7 Terminer l'entrevue

Quand la conclusion de la consultation arrive, les problèmes de communication qui apparaissent sont souvent liés à des questions de temps. Le patient peut parler d'un nouveau souci ou bien le soignant réalise que le patient n'a pas compris ce qu'il lui a expliqué.

Comment faire pour résoudre ces problèmes ?

Il y a deux questions à traiter :

- Quelles compétences doivent être mises en œuvre tout au long de la consultation pour que la conclusion de l'entrevue soit la plus efficace ?
- Quelles sont les compétences spécifiques à la conclusion de l'entrevue qui permettent une fin satisfaisante ?

2.7.1 Les compétences transversales

La notion « d'agenda caché » décrite par Barsky (1981) [15] traduit le fait que les patients attendent le moment qu'ils jugent opportun pour parler de leur « véritable » problème (souvent à caractère psycho-social ou à forte charge émotionnelle). Ce moment opportun est souvent la fin de l'entrevue si l'espace de parole n'a pas été suffisamment bien construit auparavant par le praticien.

Voici les outils utiles tout au long de l'entretien pour une conclusion efficace :

- Début de l'entretien
 - Ecoute attentive,
 - Dépistage des problèmes,

- Présentation du plan de la consultation.
- Recueil de l'information
 - Signaler les transitions,
 - Explorer les croyances et les inquiétudes du patient,
 - Parler avec le patient de ses émotions, de ses pensées et ses craintes,
 - Parler des questions psycho-sociales.
- Explications et planification
 - Informer,
 - Impliquer le patient dans l'explication et la planification,
 - Vérifier la compréhension du patient,
 - Encourager le patient à poser des questions.

2.7.2 Les techniques spécifiques à la fin de l'entretien

- *Planifier les prochaines étapes*
 - *Convenir des prochaines étapes avec le patient*

Il s'agit de définir le rôle que le soignant et le patient ont à jouer pendant le suivi. Le praticien communiquera par exemple les résultats d'examens complémentaires ou contactera le patient pour s'assurer que tout va bien après une intervention difficile. Le patient peut avoir à confirmer son adhésion sur le plan d'action ayant fait consensus.

Exemples :

- « *Je voudrais vous rassurer quant au prélèvement réalisé, la tumeur est tout à fait anodine, elle ne présente aucun problème.* »
- « *Je me permets de vous appeler au téléphone pour savoir comment se passe les suites de l'extraction difficile de votre molaire. Comment vous sentez-vous ?* »

- *Prévoir un filet de sécurité*

Le patient ne doit pas être seul et dépourvu face à une évolution imprévue de sa pathologie (traitement qui n'améliore pas les symptômes, douleurs non prévues...).

Il s'agit de donner au patient des solutions alternatives. Il doit savoir comment réagir face à l'évolution imprévue de la situation et comment demander de l'aide.

Exemple :

« *Si la douleur persiste malgré les antalgiques que je vous ai prescrits, n'hésitez pas à me joindre. Je prendrai les mesures nécessaires pour vous soulager.* »

- ***Préparer la fin de l'entrevue***

- *Résumé final*

Il consiste à récapituler brièvement ce qui a été convenu et à laisser au patient du temps pour s'exprimer. Il lui donne une dernière occasion de donner son point de vue et, le cas échéant, contester ou préciser le point de vue du praticien. Le résumé final est donc utile à la précision de l'entretien et à l'adhésion du patient.

- *Vérification finale*

On demande pour la dernière fois si le patient est d'accord ou s'il a une dernière remarque à exprimer.

Synthèse

Pour bien conclure une consultation, il faut veiller à utiliser les techniques de communication tout au long de la consultation et utiliser des outils spécifiques à cette phase de l'entretien.

Par ces techniques, soignant et soigné réduisent leurs incertitudes et trouvent un terrain d'entente.

Bien conclure une consultation, c'est aussi, pour le praticien, le moyen d'être disponible pour la prochaine entrevue sans que son esprit soit encombré de problèmes non résolus issus de la consultation précédente.

2.8 Cas particuliers

Le soignant a fréquemment tendance à catégoriser, à étiqueter les patients présentant des caractéristiques particulières (culture différente, enfant, adolescent, personne âgée, femme enceinte, patient névrosé ou psychotique). Au lieu de s'adresser à la personne face à lui, le soignant s'adresse à l'individu appartenant à un groupe censé partager des valeurs, des traits de personnalité communs. Le comportement du soignant est alors guidé par des suppositions fausses et des généralisations non justifiées. Quelle est en effet la personne qui correspond exactement aux valeurs supposées d'un groupe ? De plus, peut-on et doit-on connaître les spécificités de chaque groupe pour pouvoir soigner les personnes en faisant partie ? Il est plus raisonnable que le soignant considère chaque individu dans sa singularité et tente de découvrir ses spécificités pour répondre à ses attentes et besoins.

Pour chaque situation particulière :

- le contexte de l'interaction, les enjeux de la relation de soins changent,
- le contenu de la communication change,
- MAIS les compétences nécessaires restent les mêmes.

Une compréhension approfondie, une expertise des compétences décrites dans le guide Calgary-Cambridge sont nécessaires pour être capable de les moduler, de les utiliser à bon escient dans chaque cas particulier.

2.8.1 L'annonce d'une mauvaise nouvelle

Un enseignement des compétences de communication pour annoncer les mauvaises nouvelles permet d'améliorer la compréhension, l'acceptation et l'ajustement des patients [73].

C'est une situation où les points de vue du soignant et du soigné diffèrent souvent radicalement. En effet, le soignant connaît le diagnostic tandis que le patient espère ne pas avoir une pathologie grave. Cette asymétrie requiert un ajustement très fin de l'annonce de l'information (Tuckett et al. 1985 [15]).

Adaptation des compétences de base du guide Calgary-Cambridge

Les compétences du guide Calgary-Cambridge les plus sollicitées lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle sont :

- la recherche d'un terrain d'entente,
- la validation du point de vue du patient,
- l'empathie des réponses,
- le soin apporté aux comportements verbal et non verbal.

Voici une description des compétences modulées spécifiquement pour l'annonce d'une mauvaise nouvelle selon l'ordre de présentation du guide de Calgary-Cambridge et selon l'étude de Girgis et al. (1999) [15] et de la vidéo : *Cancer Disclosure : Communicating the diagnosis to Patients* (1986) [15].

Débuter l'entrevue	
Préparer l'entrevue	Où et quand l'entretien doit avoir lieu ? En présence de qui ? Le soignant est-il prêt sur les plans émotionnel et factuel ?
Premier contact	Souvent, un proche accompagne la personne qui craint de recevoir une mauvaise nouvelle. Pour le soignant, l'important est de donner la priorité au patient tout en ne négligeant pas les personnes accompagnantes. Il peut être judicieux de s'entretenir avec le patient et les accompagnants ensemble et séparément.
Expliquer et planifier	
Segmenter et vérifier	Le praticien doit être particulièrement attentif à ce qu'entend, comprend et retient le patient.

Evaluer le savoir du patient	Savoir ce que le patient sait, craint ou espère est rendu plus difficile par la peur qu'il peut ressentir. Mais ce savoir est indispensable pour envisager un pronostic ou des solutions thérapeutiques. De plus, il participe à l'élaboration d'une relation de confiance.
Comprendre ce que veulent savoir le patient et les accompagnants	Cela demande beaucoup de maîtrise. Meredith et al. (1996) [15] ont montré que la plupart des patients veulent savoir s'ils ont un cancer ; y compris les personnes âgées (Ajaj et al. 2001 [15]). Buckman (1994) [15] propose de poser une question préliminaire du type : <i>« Si votre cas devait s'avérer grave, voulez-vous tout savoir en détail ? »</i>
Signaler les transitions	Pour préparer le patient à l'annonce, il est utile d'employer une pré-annonce du type : <i>« Je dois vous dire que les informations sont moins bonnes que ce qu'on pouvait espérer. »</i> avec un comportement non verbal approprié. Le soignant peut faire une pause pour que le patient se prépare à recevoir la mauvaise nouvelle.
Prendre en compte le point de vue du patient	Il faut donner de l'espoir tout en restant réaliste. Il faut trouver ce qui, dans la situation et le ressenti du patient, permet d'espérer. Le soignant doit solliciter les ressources intérieures du patient qui l'aideront à trouver de l'optimisme.
Considérer ensemble les options et les avis	Un terrain d'entente doit être trouvé pour parler des options et prendre les décisions thérapeutiques. Lors de la formulation d'un pronostic, il suffit de donner un ordre d'idée pour que le patient puisse prendre les dispositions nécessaires. Il n'est pas utile d'être trop précis.
Construire la relation	
Détecter les indices,	Il est essentiel de savoir évaluer l'état émotionnel du patient pour avoir une

témoigner de l'empathie	attitude empathique. Le choc de l'annonce peut entraîner une surdité émotionnelle ; le praticien doit alors être particulièrement attentif aux indices verbaux (ex : changement de sujet soudain) et aux indices non verbaux (ex : silence, gêne, pleurs, colère).
Etre soutenant	Des phrases simples et vraies sont utiles : « <i>Nous allons affronter cela ensemble</i> », « <i>Je suis là pour répondre aux questions que vous vous posez</i> », « <i>Nous restons en contact quoi qu'il advienne.</i> »
Moduler son comportement non verbal	Le soignant peut aussi montrer ses émotions (Fallowfield 1993 [15]). Rester insensible peut créer une distance inadéquate. L'objectif à garder en tête est de continuer à développer une relation de confiance avec le patient.
Terminer l'entretien	
Convenir des prochaines étapes	Planifier avec le patient les prochaines étapes lui permet de commencer à reprendre pied. Convenir d'un rendez-vous dans un délai très court, prendre des nouvelles du patient par téléphone et planifier les prochaines étapes permet de le soutenir et de le rassurer. Si le patient est inquiet à l'idée d'annoncer la nouvelle à ses proches, le praticien peut prendre contact avec son entourage. Il est judicieux de ne pas aborder immédiatement les questions des options thérapeutiques pour laisser au patient le temps de d'assimiler la nouvelle situation.
Documenter les informations transmises	Ceci est particulièrement utile lors d'une prise en charge pluridisciplinaire.

2.8.2 Diversité culturelle et sociale

William S. et al. suggèrent l'importance d'un enseignement spécifique des compétences de communication liées à l'approche multiculturelle en médecine [74].

L'American Dental Education Association, en 2010, a fortement encouragé l'enseignement de compétences culturelles dans les écoles dentaires [75].

Comme pour tout cas particulier, l'approche multiculturelle requiert une application spécifique des compétences de communication de base. Mais l'application propre aux situations multiculturelles est aussi pertinente dans les situations de diversité sociale (ex : âge, genre, niveau d'éducation, statut socio-économique).

L'entretien transculturel peut être considéré comme un cas extrême de consultation (Kleinman *et al.* 1978) [15]. C'est-à-dire que les points de vue du soignant et du soigné peuvent être radicalement différents, et donc que le terrain d'entente est difficile à trouver.

Au sein d'une culture il y a aussi des différences de conceptions selon les classes sociales et les familles (Kleinman *et al.*, 1978 [15]). Chugh *et al.* (1994) [15] montrent même que les représentations subjectives sont souvent aussi diverses au sein d'un même groupe culturel qu'entre des groupes de cultures différentes.

Le soignant doit donc être très attentif et ouvert pour ne pas laisser ses préjugés et ses jugements de valeur enfermer un patient (dont la conception est différente de la sienne) dans un stéréotype. Dans le cas contraire, des conflits ou des inexactitudes peuvent apparaître et la discrimination devient possible. Dans la majorité des cas il ne s'agit pas de discrimination intentionnelle (Dovidio et Gaertner 1996 [15]) mais d'une discrimination née d'un manque d'attention à la diversité (culturelle, sociale, religieuse, liée à des conduites en marge de la norme (toxicomanie...), à l'orientation sexuelle...).

Acquérir une sensibilité et une compétence culturelle est un processus continu demandant du temps. L'auto-évaluation et réflexion sont essentielles pour développer cette compétence [76].

Par exemple, Loignon C et al. ont décrit que les chirurgiens dentistes à Montréal ont des conceptions de la pauvreté différentes et que cela pourrait influencer la prise en charge des populations défavorisées [77]. De façon similaire, Pegon-Machet E et al. ont montré que les chirurgiens dentistes confrontés à des échecs réguliers dans la prise en charge des patients bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle en France, adoptent des stratégies d'exclusion à leur égard, quand ces échecs sont dus à un manque d'assiduité [78]. On sait que l'empathie des

étudiants envers les populations défavorisées diminue au fur et à mesure des études odontologiques [79]. Loignon C et al. suggèrent de sensibiliser les étudiants aux inégalités sociales et à la pauvreté et de développer une conscience et des compétences sociales [77].

Autrement, Mei D et al. ont montré que la minorité chinoise (qui représente 3,5 % de la population canadienne) à Montréal a une conception de la santé dentaire empreinte de savoirs traditionnels et de savoirs biomédicaux. Pour délivrer les soins appropriés à cette minorité, les chirurgiens dentistes doivent connaître les spécificités de son rapport à la santé buccale en développant des compétences culturelles [80].

Adaptation des compétences

D'une manière générale, il faut préférer interroger le patient lui-même et son entourage plutôt que sa culture.

Débuter l'entrevue	Vérifier la prononciation du nom du patient et accepter le motif de consultation avec compréhension.
Faire preuve d'attention	Etre ouvert à la diversité. Témoigner de l'intérêt, du respect. Si la barrière de la langue est trop grande, il faut être capable de proposer les services d'un interprète ou d'orienter le patient chez un confrère parlant la langue.
Recueil de l'information	
Découvrir le point de vue du patient	Explorer chez le patient : - ses croyances sur les causes qu'il attribue à ses problèmes, - ses attentes envers la médecine « occidentale » et s'il a recours des médecines alternatives/traditionnelles, - ses traditions (famille, mariage, religion, société, communauté).
Construire la relation	
comportement non verbal	Avoir conscience que son propre comportement non verbal peut être interprété différemment selon les cultures.

Ne pas juger le point de vue du patient	Accueillir les idées et croyances culturelles du patient sans jugement de valeur. Ex : accepter des demandes liées, à l'examen physique, au genre quand elles sont motivées par des usages culturels.
Expliquer et planifier	Vérifier le contexte culturel et le niveau linguistique du patient avant d'expliquer ou planifier (ex : proposer des options thérapeutiques compatibles)

2.8.3 Les enfants et leurs parents

En pédodontie, l'enjeu est de soigner l'enfant (qui est le patient) tout en prêtant attention aux parents qui jouent un rôle primordial dans la relation de soins. Bien que les problèmes de l'enfant soient souvent mineurs, les parents peuvent en être grandement affectés. Il s'agit de bien mesurer les inquiétudes des parents pour construire une relation tripartite satisfaisante (Mangione-Smith et al. 2001 [15]).

D'une façon générale, valoriser l'enfant quel que soit son âge, participe à créer une relation de confiance avec lui (Young et al. 2003 [15]).

Adaptation des compétences

Les problématiques relationnelles en pédodontie varient selon l'âge de l'enfant. Elles requièrent des ajustements dans l'application des compétences de communication du guide de Calgary-Cambridge. Le début de l'entretien et la construction de la relation sont deux points particulièrement importants en pédodontie.

Début de l'entretien	
Préparer	Créer un environnement confortable pour l'enfant et sa famille (jouets, livres pour enfants...).
Etablir le contact	Témoigner de l'intérêt à l'enfant et à l'entourage. Jouer, discuter avec l'enfant pour le mettre à l'aise.

Identifier le motif de consultation	Si possible, faire parler l'enfant pour qu'il raconte ce qui ne va pas.
Recueil de l'information	
Faciliter, poser des questions ouvertes et fermées	Pour les plus jeunes, le recueil de l'information se fait par le jeu et grâce à des questions fermées à choix multiples. Pour les plus grands, préférer les questions ouvertes. Reprendre les mots employés par l'enfant et les parents encourage la poursuite du récit. Détecter les différentes causes données au problème par l'enfant et les parents et favoriser l'expression des sentiments de chacun.
Structurer l'entretien	Utiliser les résumés intermédiaires et signaler les transitions en particulier lors des changements d'interlocuteurs (enfant, parent).
Examen clinique	Pour les plus jeunes : - faire l'examen sur les genoux d'un parent ou au fauteuil tout en jouant. - profiter de toutes les opportunités. Pour un enfant plus grand : - lui demander s'il veut que quelqu'un vienne auprès de lui, - pour les adolescents, tenir compte de leur gêne ou besoin d'intimité.
Expliquer et planifier	Intégrer les points de vue de l'enfant et des parents. Adapter le volume et le type d'informations à l'enfant et aux parents. Si possible, faire participer l'enfant et les parents aux prises de décisions.
Terminer l'entretien	S'assurer que tout a été bien compris et mettre en place un filet de sécurité pour rassurer les parents.

2.8.4 Autres cas particuliers

Il existe de nombreuses autres situations où la communication est une problématique complexe pour le soignant. En voici quelques exemples :

- les patients âgés,
- les patients anxieux, phobiques,
- les patients en colère ou agressifs,
- les patients porteurs de handicap
- les patients illettrés,
- les patients dépressifs et psychotiques,
- les erreurs médicales,
- la gestion des plaintes...

Une bonne maîtrise des compétences du guide Calgary-Cambridge permet de gérer les problématiques spécifiques posés par chacune de ces situations. Cela demande d'être capable d'appliquer ces compétences avec réflexion, flexibilité et en les adaptant à chaque problème.

2.9 Conclusion du chapitre 2

La relation de soins est une interaction complexe où le soignant est soumis à de nombreuses problématiques. Il doit faire la synthèse d'une approche éthique basée sur sa compréhension de la nature de la relation d'aide et de l'approche communicative, plus technique, qui requiert la maîtrise de nombreuses compétences. N'adopter qu'une des deux approches ne peut pas mener à une prise en charge satisfaisante du patient. Le soignant doit devenir un expert de la relation de soins et maîtriser les savoirs nécessaires pour pouvoir les « oublier ». Ils doivent devenir une seconde nature, c'est-à-dire qu'il puisse s'en servir avec naturel.

A l'instar du guide de « Calgary-Cambridge » en médecine ; en chirurgie dentaire, en 2010, des chercheurs québécois se sont inspirés des travaux de Stewart et al. pour développer une méthode clinique centrée sur le patient à destination des populations défavorisées économiquement et socialement de Montréal [57]. Cinq facettes sont décrites :

- Comprendre le contexte social du patient,
- Prendre du temps et montrer de l'empathie,

- Eviter les attitudes moralisantes,
- Surmonter les distances sociales,
- Favoriser les contacts directs avec les patients.

Cette approche centrée sur la personne peut être applicable avec tous les patients comme le décrivent, en 2011, Bedos C. et Loignon C. dans [58].

La troisième partie propose une méthode d'enseignement pratique destinée à transmettre ces savoirs à l'étudiant.

3 Exemple d'enseignement pratique de la relation de soins : les techniques du patient standardisé et du jeu de rôle

Les jeux de rôles et les patients standardisés sont des outils pratiques destinés à enseigner la relation soignant-soigné.

L'emploi de patients standardisés est devenu un standard international (y compris dans certains pays européens comme l'Allemagne [81] pour l'enseignement pratique de la communication dans les études médicales [37].

3.1 Définitions :

3.1.1 jeu de rôle :

Les étudiants endossent alternativement le rôle du chirurgien dentiste et du patient et simulent une consultation. Cela leur permet de prendre conscience du point de vue du soignant et du patient. A travers cette expérience, les étudiants développent une meilleure compréhension de l'interaction médecin-patient. Cela permet un travail ciblé de chaque problématique. Un « feedback » après l'exercice est réalisé [82].

Le jeu de rôle doit néanmoins être bien préparé et mené avec soin car il s'avère rapidement inefficace quand il est mal employé. Un jeu de rôle doit être constitué de rôles réalistes, de rôles et de tâches adaptés au niveau de pratique des participants, et d'un feedback structuré (par exemple à l'aide de formulaires d'observation et d'évaluation) [82].

3.1.2 patient standardisé :

Ce terme regroupe les techniques du patient simulé et du patient réel.

Les deux méthodes consistent à placer l'étudiant face à un patient et à simuler une consultation. Un feedback est réalisé après chaque exercice.

Dans le cas du patient simulé, un acteur est entraîné à jouer le rôle d'un patient présentant des problèmes spécifiques.

Les patients simulés peuvent être :

- des acteurs professionnels [37] ou amateurs [83],
- des chargés d'enseignements [37],

- issus d'associations de patients [83],

Le patient simulé peut décrire des pathologies qu'il a lui-même vécues par le passé ou s'appuyer sur des cas prédéfinis [83].

Le patient réel est un vrai patient entraîné à présenter sa propre maladie de façon standardisée.

Un cas de patient standardisé (et de jeu de rôle) doit proposer un cadre dans lequel les faits médicaux sont spécifiques et non ambigus [84]. Les étudiants doivent bien maîtriser la problématique biomédicale proposée pour ne pas perturber la résolution de la problématique liée à la communication. Il faut donc que les étudiants aient suivi et appris les enseignements médicaux. Le feedback est une dimension fondamentale de l'apprentissage par ces techniques [37], [85]. Les feedbacks des patients standardisés et des jeux de rôles peuvent être faits avec des formulaires d'observation et d'évaluation [86].

Bosse HM et al. ont montré les bénéfices spécifiques de l'emploi des patients standardisés et des jeux de rôles dans l'apprentissage de la communication [86]. Les jeux de rôle semblent davantage favoriser le développement de l'empathie [87].

Une revue d'articles montre que les patients simulés et les jeux de rôle, sont largement employés au sein des écoles dentaires en Amérique du Nord. L'évaluation se fait principalement par observation des interactions de l'étudiant pendant les consultations. Les patients réels sont peu mis à contribution alors qu'ils pourraient apporter une amélioration intéressante de l'enseignement [88].

Dans le prochain chapitre, un formulaire de création de cas de patient simulé ou de jeu de rôle est proposé. Cet outil peut être utile à l'enseignement pratique de la relation de soins en formations initiale et continue.

3.2 Protocole de création de cas de patient simulé/jeu de rôle :

- **Première page :**

Cas :

Date du cas original :

Date de la plus récente révision du cas :

Nom du patient :

Cas utilisé pour l'évaluation ou la formation ?

Niveau d'expertise de l'étudiant :

Type de cas (communication, éthique, etc) :

Problème(s) du patient :

Objectifs du cas :

Difficultés-clés du cas :

Besoins spécifiques du cas par rapport à la distribution d'acteurs :

Diagnostic différentiel :

Configuration de la salle d'examen :

Recueil des données et prises de notes (le patient simulé donne le feedback, l'examineur fait l'évaluation, enregistrement vidéo) :

- **Instructions pour l'acteur :**

Problématique du cas :

Défi de communication :

Nom :

Age :

Situation juste avant le rendez-vous :

Description des problèmes du patient :

- Problèmes actuels

- a) Perspective biomédicale

- liste des problèmes
- séquence des événements
- détails des symptômes ou problèmes
- symptômes corrélés ou autres problèmes

- b) Point de vue (et perspectives biopsychosociales)

- Idées et croyances :

Quelle cause donnez-vous à votre problème ?

Qu'est-ce qui vous a été dit à ce sujet jusqu'à maintenant ?

- Préoccupations :

Qu'est-ce qui vous préoccupe ?

Avez-vous des peurs sous-jacentes ?

Avez-vous des problèmes pratiques ?

- Attentes :

Qu'espérez-vous de l'entrevue avec le chirurgien dentiste ?

- Ressenti :

Quels sont vos sentiments vis-à-vis de cette situation ?

– Antécédents médicaux

- hospitalisation, intervention chirurgicale ?

- Maladies ou autres problèmes de santé ?

– Médication (toutes formes de médication incluant l'homéopathie, les herbes, les pilules contraceptives, etc)

Nom du médicament	Posologie	Pour le traitement de

– Antécédents familiaux

– Tabagisme

– Alcoolisme

– Situation sociale :

- statut marital

- orientation sexuelle

- enfant(s)

- profession

- profession du conjoint

- lieu de résidence

- type d'habitat

- contexte social

- soutien(s)

- Lors du recueil d'informations : comment présenter un problème ou un symptôme ?
 - Comment débiter la consultation ?
 - La réponse à la première question ouverte du soignant est donnée par la description du cas.
 - Ex :
 - Praticien : *« Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? »*
 - Le patient répond cette phrase : *« Je viens vous voir car je saigne beaucoup des gencives. »*
 - Si l'étudiant procède à un dépistage des autres problèmes, le patient révèle des informations dans un certain ordre à chaque demande.
 - Ex :
 - Praticien : *« Vous saignez abondamment des gencives, quelque chose d'autre ? »*
 - Patient : *« J'ai aussi l'impression que des aliments se coincent entre les dents. »*
 - Praticien : *« Oui, y a-t-il autre chose dont vous voudriez me faire part. »*
 - Patient : *« Eh bien j'ai mauvaise haleine, ça me gêne beaucoup. »*
 - Comment répondre à des types de questions ou des approches spécifiques : que dévoiler spontanément et que dévoiler seulement si la question est directement posée ?
 - Ce qui est dit lors des questions ouvertes plus ciblées qui viennent ensuite, du type : *« Pouvez-vous décrire plus précisément votre problème, depuis le début ? »*
 - Le patient répond en respectant la chronologie du problème et fait part de certaines de ses préoccupations. Le praticien doit ensuite poursuivre l'exploration avec d'autres questions ouvertes du même type pour obtenir tous les éléments du problème.
 - Si l'étudiant pose des questions fermées, le patient répond simplement par « oui » ou « non » sans donner plus d'information.
 - Dans des cas particuliers, des informations plus précises peuvent être données en réponse aux questions fermées, mais cela doit être prévu dans la préparation du cas.
 - Ex : dans l'exemple donné au-dessus, il peut être décidé que le patient révèle successivement à chaque question fermée :
 - Praticien : *« Avez-vous l'impression que vos gencives se sont rétractées ? »*

Patient : « *Oui, en particulier sur les incisives du bas.* »

Praticien : « *Et avez-vous la sensation que des dents sont plus mobiles que d'autres ?* »

Patient : « *Oui, à vrai dire un autre dentiste m'a déjà enlevé une dent car il disait qu'elle bougeait trop et qu'on ne pouvait rien faire d'autre.* »

- Comment répondre aux questions liées aux émotions ? Comment parler de sujets chargés émotionnellement ? Des instructions précises sont données pour chaque cas afin de respecter la psychologie de chaque patient simulé.

- Comment répondre aux questions liées aux idées, aux préoccupations et aux attentes par rapport aux problèmes ? Des instructions précises sont données pour chaque cas.

- Lors de la phase d'explication et de planification
 - Spécifier comment répondre aux différents commentaires possibles
 - Quels problèmes, questions ou préoccupations le patient doit :
 - exposer spontanément,
 - dévoiler seulement s'il lui est demandé de donner son point de vue, ses préoccupations, ses pensées,
 - mentionner seulement si une question lui est directement posée,
 - s'efforcer de faire comprendre par des allusions ou des indices non-verbaux.

Pour chaque situation, des instructions sont données.
- Autres instructions d'acteurs (à détailler précisément)
 - habits, humeur, particularités, affects, attitudes, tempérament, comportement,
 - manière de répondre aux questions et sujets liés aux émotions,
 - manière de répondre aux questions liées aux peurs, aux préoccupations et aux croyances,
 - les symptômes physiques devant être notés par le soignant (ex ; toux, tremblement).
- Particularités physiques

ex : personne ne pouvant pas ouvrir la bouche avec une amplitude normale ou longtemps, personne ne pouvant pas être allongée, ne pouvant pas tourner la tête, etc.
- Données d'examens complémentaires

3.3 Exemples de cas

3.3.1 Cas n°1 : patiente atteinte de parodontopathie

1. Première page :

Cas : Patiente atteinte d'une parodontopathie

Date du cas original : 09/12/013

Date de la plus récente révision du cas : /

Nom du patient : Mme X

Cas utilisé pour l'évaluation ou la formation ? formation

Niveau d'expertise de l'étudiant : DCEO2

Type de cas (communication, éthique, etc) : communication

Problème(s) du patient : parodontopathie chronique générale sévère

Objectifs du cas : Accompagner la personne dont l'extraction de nombreuses dents et la mise en place de prothèses dentaires sont nécessaires.

Difficultés clés du cas : anxiété (chirurgie, douleur, comment se nourrir, durée de cicatrisation, esthétique, apprentissage lié aux prothèses, deuil des dents naturelles), explications des causes du problème

Besoins spécifiques du cas par rapport au casting d'acteurs : non

Diagnostic différentiel : non

Configuration de la salle d'examen : service hospitalo-universitaire

Recueil des données et prises de notes (le patient simulé donne le feedback, l'examineur fait l'évaluation, enregistrement vidéo) : /

2. Instructions pour l'acteur/patient :

Problématique du cas : anxiété, fatigue

Défi de communication : faire sentir l'angoisse au praticien

Nom : Mme X

Age : 69 ans

Situation juste avant le rendez-vous : Vous patientez dans la salle d'attente que l'étudiant avec qui vous avez rendez-vous se présente. Vous avez attendu un mois pour obtenir ce rendez-vous. Vous patientez depuis 20 minutes. Vous êtes calme mais vous vous sentez un peu plus stressée au fur et à mesure de l'attente, c'est votre premier rendez-vous dans ce service et vous vous demandez comment va se passer la consultation.

Description des problèmes du patient :

– Problèmes actuels

1. Perspective biomédicale

-*liste des problèmes* : perte successive de vos dents, dents mobiles, saignement abondant des gencives

-*séquence des événements* : saignements de plus en plus importants, de nouvelles dents commencent à être mobiles, plusieurs dents déjà extraites au fur et à mesure à cause de la mobilité

-*détails des symptômes ou problèmes* : /

-*symptômes corrélés ou autres problèmes* : difficulté pour mâcher des aliments durs

2. Point de vue

-Idées et croyances :

Quelle cause donnez-vous à votre problème ? Âge, hérédité (votre mère a perdu toutes ses dents au fur et à mesure)

Qu'est-ce qui vous a été dit à ce sujet jusqu'à maintenant ? Le chirurgien dentiste qui vous suivait jusqu'à maintenant ne vous a pas donné d'explication sur la cause de la perte de vos dents, il s'est contenté d'extraire les dents qui ne pouvaient plus être conservées.

-Préoccupations :

Qu'est-ce qui vous préoccupe ? Vous craignez de perdre toutes vos dents comme votre mère.

Avez-vous des peurs sous-jacentes ? Vous vous demandez comment vous allez vous alimenter si vous perdez toutes vos dents. Vous appréhendez de porter des appareils dentaires : vous vous demandez si vous supporteriez ces appareils et vous avez en particulier peur de perdre vos dents antérieures ce qui modifierait profondément votre image.

Avez-vous des problèmes pratiques ? Non

-Attentes :

Qu'espérez-vous de l'entrevue avec le chirurgien dentiste ? Vous voudriez avoir une explication sur la cause de la perte de vos dents, vous attendez une solution qui puisse stabiliser la situation.

-Ressenti :

Quels sont vos sentiments vis-à-vis de cette situation ? Vous avez la sensation que la perte de vos dents est une fatalité, vous avez l'impression que vous en avez toujours souffert et aujourd'hui cette situation vous fatigue, ce n'est, en effet, pas le seul

problème dont vous souffrez (diabète de type II, arthrose). Vous voudriez pouvoir manger convenablement et être moins anxieuse par rapport à la santé de vos dents.

– **Antécédents médicaux**

-hospitalisation, intervention chirurgicale ? Pose d'une prothèse de hanche il y a 5 ans.

-Maladies ou autres problèmes de santé ? diabète de type II, arthrose

– **Médication (toutes formes de médication incluant l'homéopathie, les herbes, les pilules contraceptives, etc)**

Nom du médicament	Posologie	Pour le traitement de
Glipizide (Sulfamide hypoglycémiant)	2,5mg 1 fois par jour le matin avant le petit-déjeuner	Diabète de type 2
Ibuprofène	400mg lors d'une crise douloureuse	arthrose

– **Antécédents familiaux** : Votre mère a perdu toutes ses dents alors qu'elle avait environ votre âge.

– **Tabagisme** : non

– **Alcoolisme** : non

– **Situation sociale** :

- statut marital : mariée

- orientation sexuelle : hétérosexuelle

- enfant(s) : 3 enfants

- profession : retraitée (mère au foyer)

- profession du conjoint : retraité (cadre supérieur)

- lieu de résidence : banlieue de Toulouse

- type d'habitat : appartement 80m2

- contexte social : classe moyenne, vie modeste

- soutien(s) : entourée de votre mari et de vos enfants qui vous rendent visite environ une fois par mois

• **Lors du recueil d'informations : comment présenter un problème ou un symptôme ?**

◦ **Comment débiter la consultation ?**

▪ **Recueil du contexte** : diabète de type II traité, arthrose, etc.

▪ **La réponse à la première question ouverte du soignant est donnée par la description**

du cas.

Praticien : *« Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? »*

Patient : *« Je viens vous voir car je perds mes dents petit à petit, je voudrais savoir si on peut faire quelque chose pour ça. »*

- Si l'étudiant procède à un dépistage des autres problèmes, le patient révèle des informations dans un certain ordre à chaque demande.

Ex :

Praticien : *« Vous perdez vos dents, y a-t-il quelque chose d'autre dont vous voudriez me faire part ? »*

Patient : *« J'ai mal aux dents quand je mange. »*

Praticien : *« D'accord, quelque chose d'autre ? »*

Patient : *« Oui, je saigne des gencives. »*

- Approches spécifiques : que dévoiler spontanément et que dévoiler seulement si la question est directement posée ?

- Que dire lors des questions ouvertes et plus ciblées qui poursuivent l'entretien ?

Le patient répond en respectant la chronologie du problème et fait part de certaines de ses préoccupations. Le praticien doit ensuite poursuivre l'exploration avec d'autres questions ouvertes du même type pour obtenir tous les éléments du problème.

Si l'étudiant pose des questions fermées, le patient répond simplement par « oui » ou « non » sans donner plus d'information.

Ex :

Praticien : *« Comment avez-vous perdu vos dents ? Et depuis quand ? »*

Patient : *« Je perds mes dents depuis longtemps, j'ai toujours eu des problèmes avec mes dents. Au début certaines ont commencé à bouger, à migrer jusqu'à ce que mon dentiste me dise qu'il fallait les enlever. »*

Praticien : *« D'accord et comment vos gencives ont-elles commencé à saigner ? »*

Patient : *« J'ai des problèmes avec mes gencives depuis plus longtemps qu'avec mes dents ! Si ça ne m'arrivait pas de sentir le goût du sang quand je mange, ça ne me dérangerait plus. »*

Praticien : *« Je comprends. Et décrivez-moi la douleur que vous ressentez en mangeant. »*

Patient : *« Eh bien, si je mange des aliments un peu durs, j'ai mal partout. »*

- Comment répondre aux questions liées aux émotions ? Comment parler de sujet chargés émotionnellement ?

Ex :

Praticien : *« J'ai l'impression que cette situation vous angoisse, est-ce le cas ? »*

Patient : *« Oui je me pose des questions quant à l'évolution de la situation. »*

Praticien : *« Oui, lesquelles ? »*

Patient : *« J'ai peur de perdre toutes mes dents. »*

Praticien : *« Qu'est-ce qui, dans le fait de perdre vos dents, vous angoisse particulièrement ? »*

Patient : *« Et bien de ne plus pouvoir manger, de devoir porter des appareils, j'ai peur de ne pas supporter ces choses. »*

- Lors de la phase d'explication et de planification

Ex : Après examen clinique :

Praticien : *« Avez-vous déjà entendu parler du déchaussement des dents ? »*

Patient : *« Je sais que c'est ce qui m'arrive mais ça ne m'étonne pas, ma mère a aussi perdu ces dents, ce doit être génétique. »*

Praticien : *« Je comprends que vous pensiez cela et il est vrai que nous ne sommes pas tous égaux par rapport à la santé buccale. (Pause) Cependant vos symptômes me permettent de vous dire que d'autres causes sont majoritairement responsables du déchaussement de vos dents. Je vais vous expliquer pourquoi. »*

Patient : *« Ah oui ? Je vous écoute. »*

Praticien : *« Il y a du tartre sous vos gencives. (Pause) C'est lui qui est responsable du saignement de vos gencives et de la perte de vos dents. (Pause) »*

Patient : *« Le tartre me fait perdre mes dents ?! »*

Praticien : *« Oui quand il reste plusieurs années sous la gencive, le tartre abîme les tissus autour des dents. (Pause) De plus si votre glycémie est trop haute cela peut entretenir le phénomène. (Pause) »*

Patient : *« D'accord, que peut-on faire ? »*

Praticien : *« Nous allons réaliser des radiographies de toutes vos dents pour obtenir un diagnostic précis. »*

Après réalisation du status radiographique :

Praticien : *« Il y a trois points sur lesquels je souhaite vous informer : tout d'abord sur le diagnostic précis de votre problème, puis sur les soins nécessaires à votre guérison et enfin sur l'ensemble des solutions pour remplacer les dents.*

Sur le premier point, au vu des radiographies (le praticien montre les radiographies au patient), certaines dents ont encore beaucoup d'os autour tandis que d'autres sont malheureusement trop mobiles pour être conservées.

(Pause) Est-ce que tout est clair sur ce premier point ? »

Patient : *« Oui. »*

Praticien : *« Voici les soins nécessaires. Premièrement, nous devons faire un détartrage rapide pour diminuer les saignements des gencives et éliminer les bactéries. Puis il faudra extraire les dents qui bougent trop. Ensuite nous enlèverons la totalité du tartre par un surfaçage.*

Je suis conscient que cela fait beaucoup d'informations. Pourriez-vous me dire ce que vous avez retenu pour que je reprenne d'éventuels points restés obscurs ?

Patient : *« C'est clair pour le détartrage et les extractions mais qu'est-ce qu'un surfaçage ?*

Praticien : *« C'est un détartrage profond qui permet d'enlever le tartre et les bactéries inaccessibles au brossage et au détartrage classique. »*

Patient : *« D'accord. »*

Praticien : *« Quand nous aurons fini tout cela, nous aurons plusieurs solutions prothétiques possibles pour remplacer les dents manquantes. Avez-vous déjà songé à ce qui vous conviendrait ? »*

Patient : *« Je ne sais pas trop ce qui existe... »*

Praticien : *« Je vais vous expliquer. Il y a trois solutions prothétiques. La première consiste à utiliser des implants (explications : bénéfices/risques). La deuxième consiste à employer des prothèses amovibles (explications : bénéfices/risques). Quant à la troisième solution, ce sont les prothèses à pont ou bridges mais compte tenu de la répartition des dents manquantes, on ne peut pas les envisager. Avez-vous des questions ? Voulez-vous que je reprenne une explication ? »*

Patient : *« Je crois avoir compris. »*

Praticien : *« Y a-t-il une solution que vous préférez ? »*

Patient : *« J'ai peur que la solution implantaire ne soit trop lourde à supporter. Et j'ai*

peur de ne pas arriver à supporter ces gros appareils. »

Praticien : *« Je pense aussi que les implants ne sont pas une solution qui vous convienne. En revanche, je pense que les prothèses amovibles seraient une bonne solution. Normalement, après une courte période d'adaptation vous n'y penserez plus. Je serai là pour vous accompagner et répondre à vos questions. En plus, c'est une solution rapide qui ne nous empêche pas de penser aux implants dans quelques mois ou quelques années. Qu'en pensez-vous ? »*

Patient : *« Je vous fais confiance, partons sur le dentier.*

Praticien : *« Bien, êtes-vous pleinement en accord avec les choix que nous avons pris ? Le plan vous convient-il ? »*

Patient : *« Oui, tout à fait. »*

- **Autres instructions d'acteurs (à détailler précisément)**
 - **habits, humeur, particularités, affects, attitude, tempérament, comportement :**
globalement fatiguée
 - **les symptômes physiques devant être notés par le soignant (ex ; toux, tremblement) :** non
- **Particularités physiques :** non
- **Données d'examens complémentaires :** glycémie normale.

3.3.2 Cas n°2 : Patient polycarié avec un environnement biopsychosocial difficile

1. Première page :

Cas : Patient polycarié, hygiène bucco-dentaire faible, faible motivation, environnement biopsychosocial difficile, CMU

Date du cas original :

Date de la plus récente révision du cas :

Nom du patient : Mr Y

Problème(s) du patient : polycaries

Objectifs du cas : Motiver et soigner le patient

Difficultés clés du cas : Sensibiliser le patient à la santé bucco-dentaire

Diagnostic différentiel : toxicomanie

Configuration de la salle d'examen : cabinet libéral

2. Instructions pour l'acteur :

Problématique du cas : niveau d'instruction faible (faible conscience de la santé bucco-dentaire), faible motivation

Défi de communication : Absence de compréhension des termes techniques

Nom : Y

Age : 20 ans

Situation juste avant le rendez-vous : Vous arrivez juste à l'heure du rendez-vous. Vous êtes assis dans la salle d'attente depuis moins d'une minute quand le chirurgien dentiste vous demande de le suivre.

Description des problèmes du patient :

– Problèmes actuels

1. Perspective biomédicale

-liste des problèmes : multiples douleurs, en particulier en ce moment au fond de la bouche.

-séquence des événements : Vous avez des douleurs depuis longtemps mais depuis une semaine, vous souffrez particulièrement d'une dent au fond de votre bouche.

-détails des symptômes ou problèmes : Vous sentez parfois votre cœur battre dans la dent, en particulier la nuit.

-symptômes corrélés ou autres problèmes : difficultés à dormir à cause la douleur

2. Point de vue

-Idées et croyances :

Quelle cause donnez-vous à votre problème ? Vous ne savez pas, pourtant vous vous brossez les dents.

Qu'est-ce qui vous a été dit à ce sujet jusqu'à maintenant ? /

-Préoccupations :

Qu'est-ce qui vous préoccupe ? La douleur

-Attentes :

Qu'espérez-vous de l'entrevue avec le chirurgien dentiste ? Vous voulez qu'il soulage votre douleur.

-Ressenti :

Quels sont vos sentiments vis-à-vis de cette situation ? Vous en avez assez de cette douleur, vous souhaitez une solution rapide.

– Antécédents médicaux

-hospitalisation, intervention chirurgicale ? /

-Maladies ou autres problèmes de santé ? /

– Médication (toutes formes de médication incluant l'homéopathie, les herbes, les pilules contraceptives, etc) /

– Antécédents familiaux : Vos parents ont de mauvaises dents.

– Tabagisme : 10 cigarettes/jour

– Alcoolisme : non

– Situation sociale :

-statut marital : célibataire

-enfant(s) :- non

-profession : ouvrier

-profession du conjoint : /

-lieu de résidence :

-type d'habitat : HLM

-contexte social : difficile

-soutien(s) : non

- Lors du recueil d'informations : comment présenter un problème ou un symptôme ?
 - Comment débiter la consultation ?
 - La réponse à la première question ouverte du soignant est donnée par la description du cas.
Ex :
Praticien : *« Comment allez-vous aujourd'hui ? »*
Le patient répond cette phrase : *« Ca va pas trop mal mais j'ai une dent qui me fait souffrir. »*
 - Si l'étudiant procède à un dépistage des autres problèmes, le patient les révèle au fur et à mesure des questions et dans un certain ordre.
Ex :
Praticien : *« Vous souffrez d'une dent, y a-t-il autre chose qui vous préoccupe ? »*
Patient : *« Non, pas vraiment, je dois avoir quelques autres dents gâtées. »*
Praticien : *« D'accord, voulez-vous me faire part d'autre chose ? »*
Patient : *« Oui, ça fait assez longtemps que je n'ai pas consulté de dentiste, cela doit bien faire deux ou trois ans. »*
Praticien : *« D'accord. Un autre point à aborder ? »*
Patient : *« Non c'est tout. »*
 - Approches spécifiques : que dévoiler spontanément et que dévoiler seulement si la question est directement posée ?
 - Que dire lors des questions ouvertes et plus ciblées qui explorent plus précisément chaque problème ?
Ex :
Praticien : *« Pouvez-vous me parler de la douleur au niveau de la dent qui vous gêne le plus, depuis le début ? »*
Patient : *« J'ai commencé à vraiment avoir mal à cette dent il y a une semaine. »*
Praticien : *« Oui... »* (temps de pause)
Patient : *« Elle me gêne assez, cela me fatigue. »*
Praticien : *« Qu'est-ce qui vous fatigue ? »*
Patient : *« J'ai l'impression que la dent me fait plus mal la nuit, j'ai du mal à m'endormir. »*
Praticien : *« Avez-vous l'impression que votre cœur tape dans la dent la nuit quand*

vous avez du mal à vous endormir. »

Patient : *« Oui ».*

Praticien : *« J'ai bien compris votre problème, nous allons nous en occuper. Vous m'avez dit aussi que vous pensiez avoir des dents gâtées. Que pouvez-vous me dire d'autre à ce sujet ? »*

Patient : *« Eh bien, j'ai parfois des petites douleurs ou des gênes sur différentes dents mais ça passe rapidement en général. »*

Praticien : *« Oui, depuis combien de temps ressentez-vous ces gênes et douleurs ? »*

Patient : *« Je ne sais pas, ça fait assez longtemps. »*

Praticien : *« D'accord. »*

■ *Comment répondre aux questions liées aux idées, aux préoccupations et aux attentes par rapport aux problèmes ?*

Praticien : *« J'ai bien compris votre fatigue et votre volonté d'être soulagé rapidement. J'aimerais maintenant connaître votre état d'esprit vis-à-vis de la santé de votre bouche. Pensez-vous, par exemple que vous avez une bonne santé buccale ?*

Patient : *« Je ne dirais pas ça... Je sais que j'ai des petits soucis aux dents mais je n'ai pas vraiment le temps et l'envie de m'en occuper. J'ai d'autres soucis en tête. »*

Praticien : *« D'accord, je comprends. Nous allons maintenant procéder à l'examen de votre bouche si vous le voulez bien. »*

Patient : *« Allons-y. »*

• *Lors de la phase d'explication et de planification*

Praticien : *« Je vais à présent vous expliquer pourquoi vous souffrez d'une dent et pourquoi vous avez eu des douleurs aux autres. Puis, je vous dirai quelles options nous avons pour les soigner.*

A propos de la dent qui vous fait actuellement souffrir, vous avez une carie qui irrite votre dent et qui est responsable de la douleur. Nous allons pouvoir la traiter rapidement et vous soulager.

Par ailleurs vous avez de nombreuses caries sur les autres dents. Savez-vous comment apparaissent et se développent les caries ?

- Patient :** « *Eh bien non pas vraiment, mais je ne comprends pas, je me brosse les dents pourtant. »*
- Praticien :** « *Le brossage des dents est en effet un moyen efficace de prévenir les caries. Mais pour qu'il soit efficace, il y a quelques règles à suivre. Pouvez-vous me décrire votre habitude de brossage ? »*
- Patient :** « *Je me brosse les dents à peu près tous les jours, le matin en général. Est-ce suffisant ? »*
- Praticien :** « *D'accord, voici comment prévenir les caries. (explications sur le brossage et les habitudes alimentaires) Avez-vous compris ? Y a-t-il des points sur lesquels vous voudriez que je revienne ?*
- Patient :** « *Je crois avoir bien compris. Je comprends mieux pourquoi j'ai toutes ces caries. Mais ça fait beaucoup de choses à changer... »*
- Praticien :** « *C'est vrai. Mais en adoptant ces habitudes, vous préviendrez l'apparition de problèmes plus compliqués à soigner. »*
- Patient :** « *Oui je comprends bien l'importance de tout ça, mais c'est un peu compliqué... »*
- Praticien :** « *Sachez que si vous avez des questions ou des inquiétudes, je suis là pour y répondre. Je vous accompagnerai dans votre démarche. »*
- Patient :** « *D'accord, je veux bien essayer. »*
- Praticien :** « *Voici les choix que nous avons pour vous soigner. (explications) Voulez-vous que je reprenne un point ? »*
- Patient :** « *Non, j'ai compris. Le traitement le plus simple me convient. »*
- Praticien :** « *Très bien, je suis d'accord. Avez-vous compris l'ensemble du traitement ? Etes-vous d'accord avec tout ce que nous avons décidé ? »*
- Patient :** « *Oui, allons-y. »*

3.3.3 Autres exemples de patients simulés

Il est possible d'imaginer tout type d'exercice en fonction de l'objectif recherché. Voici quelques autres exemples de patients simulés :

- annonce de mauvaises nouvelles (ex : oncologie, parodontopathie terminale...)
- prise en charge de maladies chroniques
- diversité culturelle/sociale
- les différents âges
- les patients anxieux/phobiques
- les patients dépressifs/psychotiques
- les patients violents/agressifs
- problèmes de culpabilité et tabou
- autres professionnels de santé
- etc.

CONCLUSION

L'ensemble des compétences de communication du guide de Calgary-Cambridge peut être comparé à une trousse à outils dans laquelle le chirurgien dentiste peut choisir l'outil le plus adapté à la situation. Il existe aussi plusieurs versions d'un même outil qui permettent de répondre à des problèmes de nature identique mais de complexités différentes.

Ce travail s'est attaché à décrire les compétences utiles pour maîtriser la communication dans la relation de soins, selon une philosophie compatible avec une approche centrée sur la personne. En effet, la seule connaissance de ces compétences n'est pas suffisante pour s'inscrire dans une approche centrée sur le patient. La communication est toujours au service d'intentions sous-jacentes. Par exemple, les mêmes techniques de communication peuvent très bien être mises à profit dans le cadre d'une approche paternaliste, ou au contraire consumériste. Les mêmes techniques sont utilisées par exemple dans des pratiques basées sur la rentabilité de l'exercice de la profession, avec tous les questionnements d'ordre éthique que cela implique.

C'est la raison pour laquelle l'enseignement de la communication doit s'accompagner d'un environnement favorable à une pratique éthique. Développer les qualités humaines chez le chirurgien dentiste est aussi le rôle de la formation initiale. Des enseignements théoriques et pratiques doivent permettre de susciter chez l'étudiant une réflexion personnelle, un développement de la conscience de soi. Il existe déjà des moyens pratiques que des universités médicales ont mis en place pour développer ces qualités : les groupes Balint ou groupes de paroles pour partager les expériences cliniques, l'apprentissage de techniques d'observations pour reconnaître les inquiétudes des patients, les visionnages et décodages de vidéos de consultation, les ateliers de théâtre, de lecture et d'écriture par exemple.

Par ailleurs, les personnes responsables de la formation des étudiants sont des modèles d'identification, par leur attitude et ce qu'elle sous-tend. Cette influence peut agir profondément sur les idées et les conceptions de la médecine des étudiants (Siegler et al. 1987, Bandura 1988, Ficklin 1988) [37]. Il est donc nécessaire que les tuteurs développent la capacité d'être des modèles à un niveau professionnel dans un enseignement de communication (Cote et Leclerc 2000) [37]. À ce titre, l'approche centrée sur la personne va de pair avec un enseignement centré sur l'étudiant.

Suchman et Williamson écrivent, sur l'influence des écoles de médecine dans le développement des compétences relationnelles de leurs étudiants ou *hidden-curriculum* [15] :

« Les étudiants en médecine apprennent, d'abord et surtout, au travers de ce qu'ils voient et expérimentent plutôt que dans ce qu'ils lisent dans les livres. S'ils sont témoins d'interactions

empreintes d'esprit de collaboration et de respect, s'ils découvrent par l'expérience, l'écoute, l'empathie et le soutien et s'ils voient que la différence de l'autre est abordée avec un intérêt bienveillant, dans une volonté de dialogue, sans conflit ni volonté de domination, les étudiants verront dans ces interactions des modèles de ce qu'ils peuvent attendre de la relation interpersonnelle dans le monde médical.

Mais si, au contraire, ils voient des « mandarins » entretenir entre eux et avec les patients des relations qui ne sont pas bienfaisantes, (ou qui seraient même malfaisantes), s'ils entendent leur mentor placer le savoir et l'expertise technique au-dessus de tout, spécialement au-dessus de la connaissance de soi et des autres [...], alors ils développeront également dans leur future pratique des schémas de relation qui n'apporteront pas de réel soutien aux patients. »

Puis ils écrivent en substance [37] p. 153 :

Si les étudiants intègrent et propagent des formes de relations de soins dont ils ont fait l'expérience pendant leur formation initiale, cela est notre responsabilité (à ceux qui sont responsables de la formation des étudiants) d'être plus conscients de notre propre attitude – de devenir plus explicitement conscients des valeurs et des compétences que nous adoptons dans notre travail quotidien... En d'autres termes, pour aider nos étudiants à changer d'attitude, nous devons nous efforcer continuellement d'améliorer notre comportement.

De plus la relation de soins s'inscrit dans un contexte influencé par des politiques organisationnelles et pratiques, et par les relations qu'entretiennent tous les acteurs (praticien, patient et son entourage, assistants, secrétaire, prothésiste, autres professionnels de santé, services sociaux) de cette relation [89]. La relation de soins ne se résume pas à l'interaction entre le chirurgien dentiste et le patient mais englobe tous les acteurs qui y participent. Il est donc important de prêter attention aux relations avec tous les interlocuteurs pour obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques.

Sans dénigrer l'importance primordiale de l'apprentissage technique, de celui de la dextérité et des connaissances scientifiques indispensables à l'apprentissage de la chirurgie dentaire, il reste non moins primordial pour la profession de savoir prendre le virage d'une approche amorcée en médecine, et replaçant le patient au centre des préoccupations des professionnels de santé.

Les écoles dentaires devraient s'efforcer de construire des cours de communication basés sur les compétences s'étalant sur toute la formation initiale, en exposant les étudiants à des problématiques de plus en plus complexes. Un enseignement actif (patient simulé, jeu de rôle en petit groupe) devrait être plus souvent utilisé ainsi que des évaluations basées sur la performance [88].

Enfin gardons à l'esprit que la chirurgie dentaire est un art au carrefour de plusieurs sciences et que
*« les lumières de la bibliothèque, de la salle de cinéma, ou encore de la science et du musée doivent
éclairer la salle de cours et les autres lieux de l'apprentissage médical. »* [90]

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Kaba R, Sooriakumaran P., *The evolution of the doctor-patient relationship*. Int J Surg Lond Engl. févr 2007;5(1):57-65.
- [2] Stewart MA et al, *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, Radcliffe Publishing; 2003. Oxford.
- [3] Collège des enseignants de sciences humaines et sociales en médecine et santé, *Médecine, santé et sciences humaines Manuel*, Les Belles Lettres, 2011, 978-2-251-43026-3.
- [4] Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Flammarion, 2008, 978-2-081-21793-5.
- [5] Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, Presse Universitaire de France, 2009, 978-2-130-57595-5.
- [6] Association for Dental Education in Europe (ADEE), « *Profil et compétences du futur odontologiste européen* », mise à jour de 2009 http://www.adee.org/documents/taskforces/fr_profil_et_competences_propositions_de_corrections.pdf (accédé le 18/02/2014)
- [7] Bachmann Cadja et al., *A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions*, PMID:23199592, 2012.
- [8] Vannotti M., *L'empathie dans la relation médecin-patient*, « cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2002/2 (n°29) : 213-237.
- [9] Fabre de Morlhon O., *L'empathie en DCEM2*, Thèse d'exercice, Paris 6, 2010.
- [10] John Langshaw Austin ; *Quand dire c'est faire*, Éditions du Seuil, Paris, 1970.
- [11] Bioy A., Fouques D., *Manuel de psychologie du soin*, 2^e édition, Bréal, 2009.
- [12] Koch R., 1971, *The teacher and nonverbal communication*, Theory into Pract., 10 : 231-42.
- [13] McCroskey JC et al., 1971, *An Introduction to Interpersonnal Communication*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- [14] Halpern J., *Empathy and Patient-Physician Conflicts*, J Gen Intern Med 2007 ; 22 : 696-700.
- [15] Silverman J., Kurtz S., Draper J., *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*, Médecine & Hygiène, 2010, 978-2-88049-282-3.
- [16] Neumann M., *Analysing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy : A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda*, Patient Education and Counseling 2009 ; 74 : 339-346.
- [17] Garde, R., *Expanding Clinical Empathy : An Activist Perspective*, J Gen Intern Med 2008 ; 24(1):122-5.

- [18] Stepien K. A., *Educating for Empathy*, J Gen Intern Med 2006 ; 2:524-530.
- [19] Bioy A. (dir.), *L'aide mémoire de la psychologie médicale et de la psychologie du soin*, Dunod, 2012.
- [20] Consoli, EMC Conference, *La relation médecin-malade*, Elsevier, 2004, p. 15-35.
- [21] Carol M. Davis, *What is empathy and can empathy be taught ?*, Phys Ther. 1990 ; 70 : 707-715.
- [22] Lempp H., Clive Seale, *The hidden curriculum in undergraduate medical education : qualitative study of medical students' perceptions of teaching*, BMJ 2004 ; 329:770-3.
- [23] Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS, *Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication*, Arch Intern Med., 2008 Sep, 22;168(17):1853-8, doi: 10.1001/archinte.168.17.1853.
- [24] Kim SS et al., *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*, Eval Health Prof. 2004 Sep;27(3):237-51.
- [25] Mercer S. W., Reynolds W. J., *Empathy and quality of care*, British Journal of General Practice 2002 ; 52:S9-S13.
- [26] Epstein RM, 2007, *Could this be serious ? Reassurance, Uncertainty, and Empathy in Response to Patients' Expressions of Worry*, J Gen Intern Med.
- [27] Thomas M. R., *Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship*, Patient Education and Counseling 2010;79:199-206
- [28] Shanafelt TD., *Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents*, J Gen Intern Med 2005 ; 20:559-564
- [29] Hojat M., *Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender*, Medical Education 2002 ; 36:522-527
- [30] Davis C M, *What is empathy, and can empathy be taught ?*, Phys Ther. 1990;70:707-715.
- [31] Shapiro J, *Walking a mile in their patients' shoes : empathy and othering in medical students' education*, Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine, 2008 ; 3:10.
- [32] Ricoeur P, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
- [33] Dobie S, *Reflections on a well-traveled path : self-awareness, mindful practice and relationship-centered care as foundations for medical Education*, Acad. Med., 2007, 82:422-427.
- [34] Halpern J, *What is clinical empathy ?*, J Gen Intern Med 2003, 18:670-674.
- [35] Norfolk T, *The role of empathy in establishing rapport in the consultation : a new model*, Medical Education, 2007, 41:690-697.
- [36] Stepien K A, *Educating for empathy*, J Gen Intern Med, 2006, 21:524-530.
- [37] Silverman J., Kurtz S., Draper J., *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*

Second Edition, Radcliff Publishing, 2005, 978-1-85775-658-6.

- [38] Langewitz W., *Physician-patient communication in medical education: can it be learned?*, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012 Sep;55(9):1176-82.
- [39] Simmenroth-Nayda et al., *Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study*, BMC Research Notes 2012, 5:486.
- [40] Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ, *The effect of undergraduate education in communication skills : a randomised controlled clinical trial*, Eur J Dent Educ. 2008 Nov;12(4):213-8. doi: 10.1111/j.1600-0579.2008.00521.x.
- [41] Sangappa SB, Tekian A., *Communication skills course in an Indian undergraduate dental curriculum : a randomized controlled trial.*, J Dent Educ. 2013 Aug;77(8):1092-8.
- [42] Hannah A, Millichamp CJ, Ayers KM, *A communication skills course for undergraduate dental students*, J Dent Educ. 2004 Sep;68(9):970-7.
- [43] Hottel TL, Hardigan PC, *Improvement in the interpersonal communication skills of dental students*, J Dent Educ. 2005 Feb;69(2):281-4.
- [44] Hannah A, Lim BT, Ayers KM, *Emotional intelligence and clinical interview performance of dental students*, J Dent Educ. 2009 Sep;73(9):1107-17.
- [45] Yoshida T, Milgrom P, Coldwell S, *How do U.S. and Canadian dental schools teach interpersonal communication skills?* J Dent Educ 2002;66(11):1281-8.
- [46] Yamalik, Nermin. « Dentist-Patient Relationship and Quality Care 3. Communication ». *International Dental Journal* 55, n° 4 (août 2005): 254-256.
- [47] Epstein RM, *Mindful practice*, JAMA, 282 : 833-9.
- [48] Willis et al., *Can undergraduate education have an effect on the ways in which pre registration house officers conceptualise communication?*, Med Educ., 37 : 603-8.
- [49] Pendleton D et al. (2003), *The New Consultation*, Oxford University Press, Oxford.
- [50] Neighbour R (1987), *The Inner Consultation : how to develop an effective and intuitive consulting style*, MTP Press Ltd, Lancaster.
- [51] Cohen-Cole SA (1991), *The Medical Interview : a three-function approach*, Mosby Inc ?, St Louis, MO.
- [52] Keller VF et Carroll JG (1994), *A new Model for physician-patient communication*, Patient Educ Couns. 23:131-40.
- [53] Makoul G (2001), *The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills*, Patient Educ Couns. 45:23-34.
- [54] van Thiel J et van Dalen J (1995), *MAAS-Globaal criterialisjst, versie voor de*

vaardigheidstoets Medisch Basiscurriculum, Universiteit Maastricht, Maastricht.

- [55] Makoul G, *Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement*, Acad Med., 2001 Apr;76(4):390-3.
- [56] Kalet A et al (2004), *Teaching communication in Clinical Clerkships : models from the Macy Initiative in Health Communication*, Acad Med. 76:511-20.
- [57] Loignon, C, P Allison, A Landry, L Richard, J-M Brodeur, et C Bedos. « Providing Humanistic Care: Dentists' Experiences in Deprived Areas ». *Journal of Dental Research* 89, n° 9 (septembre 2010): 991-995. doi:10.1177/0022034510370822.
- [58] Bedos C, Loignon C, *Patient-Centred Approaches: New Models for New Challenges*, J Can Dent Assoc 2011;77:b88.
- [59] Silverman J, *The Calgary-Cambridge guides : the 'teenage years'*, The clinical teacher, 2007, Blackwell Publishing Ltd 2007, 4:87-93.
- [60] http://www.rouen.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=41 (accédé le 17/02/2014).
- [61] Sommer R (1971), Social parameters in naturalistic health research. In : A Esser (ed.), *Behaviour and Environment : the use of space by animals and men*, Plenum Press, New York.
- [62] Rhoades et al., *Speaking and interruptions during primary care office visits*, Fam Med., 2001, 33 : 528-32.
- [63] Langewitz W. et al., *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic : cohort study*, BMJ, 2002, 325 : 682-3.
- [64] Levinson et al., *A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings*, JAMA, 2000, 284 : 1021-7.
- [65] Dowell J, Jones A, Snadden D, *Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients : a qualitative study*, Br J Gen Pract. 2002 Jan;52(474):24-32.
- [66] Marcinowicz L et al., *Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study*. Br J Gen Pract 2010; 60(571): 83–87.
- [67] Silverman J., *Doctor's non-verbal behaviour in consultation : look at the patient before you look at the computer*, British Journal of General Practice, février 2010.
- [68] Waitzkin H, *Doctor-patient communication : clinical implications of social scientific research*, JAMA, 1984, 252 : 2441-6.
- [69] Oates, A J, M Fitzgerald, et G Alexander. « Patient Decision-Making in Relation to Extensive Restorative Dental Treatment. Part II: Evaluation of a Patient Decision-Making Model ». *British Dental Journal* 179, n° 1 (8 juillet 1995): 11-18.
- [70] Richard R et Lussier MT, *Dialogic index : a description of physician and patient participation*

in discussions of medications, Paper presented at the National Association of Primary Care Research Group Annual Conference, Banff, Alberta, 21-25 October 2003.

- [71] Bertakis KD, *The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction*, J Fam Pract. 1977 Aug;5(2):217-22.
- [72] Kalsi, Jagdip S, et Kenneth Hemmings. « The Influence of Patients' Decisions on Treatment Planning in Restorative Dentistry ». *Dental Update* 40, n° 9 (novembre 2013): 698-700, 702-704, 707-708, 710.
- [73] Fallowfield L, *Communicating sad, bad, and difficult news in medicine*, Lancet, 2004 Jan 24;363(9405):312-9.
- [74] William S., Harricharan M., Sa B., *Nonverbal communication in a Caribbean medical school: "Touch is a touchy issue"* 2013.
- [75] American Dental Education Association. ADEA position paper: statement on the roles and responsibilities of academic dental institutions in improving the oral health status of all Americans. J Dent Educ 2010;74(7):785-92.
- [76] Broder, Hillary L, et Mal Janal. « Promoting Interpersonal Skills and Cultural Sensitivity among Dental Students ». *Journal of Dental Education* 70, n° 4 (avril 2006): 409-416.
- [77] Loignon, Christine, Anne Landry, Paul Allison, Lucie Richard, et Christophe Bedos. « How Do Dentists Perceive Poverty and People on Social Assistance? A Qualitative Study Conducted in Montreal, Canada ». *Journal of Dental Education* 76, n° 5 (mai 2012): 545-552.
- [78] Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C., *Dentists' experience with low-income patients benefiting from a public insurance program*, Eur J Oral Sci. 2009 Aug;117(4):398-406. doi: 10.1111/j.1600-0722.2009.00643.x.
- [79] Sherman JJ, Cramer A. *Measurement of changes in empathy during dental school*. J Dent Educ 2005;69(3):338-45.
- [80] Dong, Mei, Christine Loignon, Alissa Levine, et Christophe Bedos. « Perceptions of Oral Illness among Chinese Immigrants in Montreal: A Qualitative Study ». *Journal of Dental Education* 71, n° 10 (octobre 2007): 1340-1347.
- [81] Fröhmel A, Burger W, Ortwein H., *Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin in Deutschland*, Dtsch Med Wochenschr. 2007;132(11):549-554.
- [82] Hans Martin Bosse et al., *The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training : A randomized controlled trial*, Patient Educ Couns. 2012 Jun;87(3):300-6. doi: 10.1016/j.pec.2011.10.007. Epub 2011 Dec 1.
- [83] von Lengerke T, Kursch A, Lange K, APG-Teaching Team MHH*. *The communication skills*

course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(4):Doc54. DOI: 10.3205/zma000766, URN: urn:nbn:de:0183-zma0007668.

-[84] Mortsiefer A. et al., *Implementation of the interdisciplinary curriculum Teaching and Assessing Communicative Competence in the fourth academic year of medical studies (CoMeD)*, GMS Z Med Ausbild, 2012 ; 29(1):Doc06. doi: 10.3205/zma000776.

-[85] Bokken L, Rethans J-J, Jöbsis Q, Duvivier R, Scherpbier A, van der Vleuten C. *Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education: a randomized experiment.* Acad Med. 2010;85(1):148-154. <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c48130>.

-[86] Hans Martin Bosse et al., *The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training : A randomized controlled trial*, Patient Educ Couns. 2012 Jun;87(3):300-6. doi: 10.1016/j.pec.2011.10.007. Epub 2011 Dec 1.

-[87] Bosse HM et al., *The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial*, Patient Educ Couns. 2012 Jun;87(3):300-6. doi: 10.1016/j.pec.2011.10.007.

-[88] Carey JA, Madill A, Manogue M, *Communication skills in dental education: a systematic research review*, Eur J Dent Educ. 2010 May;14

-[89] Suchman AL, *The influence of health care organizations on well-being*, West J Med. 2001 Jan;174(1):43-7. (2):69-78. doi: 10.1111/j.1600-0579.2009.00586.x.

-[90] direction de JM Mouillie, Céline Lefèvre, Laurent Visier, *Manuel pour les études médicales*, 2007, 978-2-251-43017-1.

PATIENT-PRACTITIONER COMMUNICATION PRINCIPLES IN A PERSON-CENTRED APPROACH IN DENTISTRY

ABSTRACT :

Until the last twenty years in medicine, the predominant relationship was paternalistic care and was part of the biomedical paradigm. Recently, other models, more focused on patient autonomy, the decline in medical authority and thus mutual and balanced participation of both protagonists, have emerged. The person-centred approach is one of those models ; it has been described as an attempt to doctor to “enter his patient's world, and to see the illness through his eyes.”

Despite this development started in medicine, biomedical paradigm still prevails today in dentistry. The implementation of a person-centred approach in dentistry requires taking new directions in terms of research and undergraduate training. Although the epistemological foundations of a person-centred approach in dentistry have yet to be described, and a practical clinical approach has yet to be built and evaluated, a number of core skills can already be adopted. Practitioner-patient communication skills are important skills required in this approach. In this thesis, communication concepts described are in favor of a philosophy of care based on a person-centered approach, inspired by humanistic values, and serving a relationship of trust between the patient and the practitioner.

The document consists of three parts. The first describes some components of the care relationship : general concepts of communication, transfer and empathy. In the second part, the concepts of the Calgary-Cambridge Guide - guide of communication developed in medicine - are described with examples relevant to dentistry. The third part illustrates the potential application of the concepts of Calgary-Cambridge guide to teaching through two communication methods : role play and standardized patient, also with examples related to the management of patients in dentistry.

KEYWORDS : person-centred dentistry, patient-centred dentistry, patient-dentist relation, care relationship, interpersonal relation, communication, Calgary-Cambridge, empathy, skills, dental education, training, role-play, standardized patient

**PRINCIPES DE COMMUNICATION PATIENT-PRATICIEN DANS LE CADRE
D'UNE APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE EN ODONTOLOGIE**

RESUME :

Jusqu'à ces vingt dernières années en médecine, la relation de soins prédominante était paternaliste et s'inscrivait dans le paradigme biomédical. Récemment, d'autres modèles, plus axés sur l'autonomie du patient, la diminution de l'autorité médicale et la participation mutuelle et équilibrée des deux protagonistes, ont vu le jour. L'approche centrée sur la personne en fait partie ; elle a été décrite comme une tentative pour le médecin de "rentrer dans le monde de son patient, et de voir la maladie à travers ses yeux".

Malgré cette évolution amorcée en médecine, le paradigme biomédical prévaut encore aujourd'hui en odontologie. La mise en place d'une approche centrée sur la personne en odontologie nécessite de prendre de nouvelles directions sur les plans de la recherche et de la formation initiale. Bien que les bases épistémologiques d'une approche centrée sur la personne en odontologie doivent encore être décrites, et qu'une approche clinique pratique doive encore être construite et évaluée, un certain nombre de compétences-clés peuvent d'ores et déjà être adoptées. Les capacités de communication patient-praticien figure parmi les principales compétences à acquérir dans cette approche.

Dans ce travail de thèse, les concepts de communication décrits seront mis au profit d'une philosophie de soin basée sur une approche centrée sur la personne, inspirée de valeurs humanistes, et au service d'une relation de confiance entre le patient et le praticien.

Le document est composé de trois parties. La première décrit certaines composantes de la relation de soins : des notions générales de communication, de transfert et d'empathie. Dans une seconde partie, les concepts du guide de Calgary-Cambridge - guide de communication développé en médecine - sont décrits avec des exemples adaptés à l'odontologie. La troisième partie illustre l'application possible des concepts du guide de Calgary-Cambridge à travers deux méthodes d'enseignement de la communication : le jeu de rôle et le patient standardisé, également avec des exemples liés à la prise en charge de patients en odontologie.

**PATIENT-PRACTITIONER COMMUNICATION PRINCIPLES IN
A PERSON-CENTRED APPROACH IN DENTISTRY**

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS CLES : approche centrée sur la personne, approche centrée sur le patient, approche biopsychosociale, relation de soins, relation interpersonnelle, communication, Calgary-Cambridge, compétences, enseignement, formation, jeu de rôle, patient standardisé

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire

3, chemin des Maraîchers

31062 Toulouse Cedex

Directeur de Thèse : Dr Jean-Noel VERGNES
