

Aldona Katarzyna Jankowska

La relation entre le médecin et le patient : les aspects pertinents aujourd'hui

Introduction

Depuis de nombreuses années, le rapport paternaliste du médecin envers son patient se transforme en partenariat. La bonne communication entre le médecin et le patient est la base d'une collaboration solide. En général, le médecin rencontre un certain nombre de difficultés lorsqu'il cherche à cerner la situation de son patient. D'où l'intérêt d'inclure des cours de la communication efficace dès les premières années d'études médicales. Il faut bien prendre conscience du fait que la bonne – et *a contrario* la mauvaise – communication peut avoir de nombreuses conséquences pour la réalisation d'un plan thérapeutique, autant du point de vue du patient que de celui du médecin. Bien communiquer fait partie des compétences obligatoires que doit acquérir le médecin tout au long de sa carrière.

Le mot 'communication' est emprunté du latin *communicatio* (mise en commun) et de *communicare* (être en relation avec). En tant que processus d'échange d'informations, la communication revêt une importance particulière entre le médecin et le patient. La communication efficace occupe une place centrale dans le parcours de soins et ne peut être déléguée à personne d'autre que le médecin. Une communication déficiente entre le soignant et le soigné entraîne une dégradation de la qualité des soins et une augmentation des coûts du traitement¹.

Du paternalisme à un partenariat, le cas de la Pologne

Ce dernier temps, l'internet devient de plus en plus important dans la relation médecin-patient. Par ailleurs, le développement du « web santé » a permis de voir de nouveaux profils de patients.

¹ Terry Stein, Richard Frankel, « Enhancing Clinician Communication Skills in a Large Healthcare Organization : a Longitudinal Case Study », *Patient Education and Counseling*, vol. 58, 2005, p. 4-12.

Le développement de ce nouveau service entraîne des changements dans la relation entre le médecin et le patient. Malgré les avantages de la communication électronique, les médecins doivent connaître les risques qui y sont associés et prendre des mesures de précaution appropriées.

Les résultats du sondage publié dans une revue médicale² révèlent des différences culturelles concernant la confiance et le comportement de la population vis-à-vis des autorités. Dans les pays occidentaux, le taux de confiance des patients envers les médecins excède 70 % pour certains groupes d'âge, tandis que dans les pays de l'ex-bloc communiste, il se limite à 22 ou 21 %. C'est notamment le cas de la Pologne où les patients ne font pas confiance à l'autorité médicale, notamment au moment de prendre un médicament, de suivre une ordonnance ou une recommandation les poussant à changer leur mode de vie. En général, les populations des pays de l'ex-bloc communiste adoptent un comportement ambigu envers tout pouvoir : d'une part chacun doit lui obéir, mais d'autre part personne n'a confiance en lui. Puisque ce comportement se manifeste face à toute personne incarnant l'autorité – y compris le médecin – il pèse sur la relation médecin-patient. Par conséquent, les patients vont se conformer aux recommandations et aux traitements médicaux et les suivre, mais ils vont simultanément dire qu'ils ne croient pas à leur utilité.

En Pologne, la situation est aggravée par le fait que le médecin dispose de moins de dix minutes pour discuter avec le patient, même dans une situation difficile. Or, une des tâches les plus complexes pour le médecin est d'annoncer une mauvaise nouvelle. En outre, chaque situation médicale, chaque patient et chaque médecin sont uniques. C'est pourquoi les médecins polonais – et ceux d'autres pays – doivent disposer d'outils performants en matière de communication comme p. ex. le protocole *Empathie* développé en Pologne.

La bonne communication médecin-patient est devenue incontournable. De nos jours, la relation médecin-patient n'est plus basée sur l'autorité absolue du médecin. Il n'est pas rare que le patient choisisse le médecin en fonction des commentaires publiés sur des forums. Le patient veut être le partenaire du médecin ;

² Andrzej Borowski, « Social Welfare Houses as a Total Institution », *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, vol. 4, 2013, p. 70-74.

il veut participer activement à la prise de décisions relatives à sa santé. C'est le résultat des changements sociologiques en cours dans les sociétés européennes depuis trente ans.

Pour participer à la prise de décision, le patient doit, lui aussi, avoir des connaissances médicales. Cela soulève la question des sources consultées par le patient dans la situation où le médecin a de moins en moins de temps à consacrer à un patient. La bureaucratisation excessive des soins médicaux entraîne, sans aucun doute, une disponibilité plus restreinte du médecin pour son patient. Dans le système polonais de soins médicaux, chaque nouvelle procédure bureaucratique prend de plus en plus de temps selon la complexité de la situation. Or, le temps consacré à des démarches administratives aurait dû être dévolu aux soins prodigués par les médecins et les infirmières.

Importance de la relation médecin-patient

Les entretiens médicaux représentent l'une des activités fondamentales du travail du médecin et aussi l'une des plus compliquées. En effet, être capable de recueillir des renseignements nécessite des connaissances techniques et interpersonnelles. Dans la pratique médicale, la consultation est aussi l'outil le plus universel qui permet de poser un diagnostic et de décider d'une thérapie. Ce temps de conversation avec le patient représente encore une chose : au regard de la pratique orientée vers le patient, la consultation devient un dialogue entre deux personnes indépendantes, basé sur l'écoute, le respect et l'attention.

Si nous reconnaissons que l'essentiel de la consultation réside dans le contenu des informations recueillies, nous rejetons l'aspect humain du contact avec le malade et nous reléguons le médecin au rôle d'un enregistreur pouvant être remplacé par un logiciel.

Peu importe le développement des techniques médicales, la relation médecin-patient reste fondamentale dans notre profession. Peu importe les progrès dans les domaines des méthodes analytiques et d'imagerie, la consultation demeure une source d'informations nécessaires pour poser un diagnostic correct et établir une collaboration avec le patient.

La capacité à conduire une consultation médicale s'apprend. Après des années de pratique, les médecins savent distinguer ce

qui est important de ce qui peut être mis à l'écart avant de poser la question suivante. Ils savent également mener une discussion et combiner la théorie avec l'expérience à leur propre manière, dans le but de rassembler des informations utiles.

À éviter/ à privilégier lors d'une consultation

Au quotidien, le temps est extrêmement précieux pour le médecin. Il en a de moins en moins à consacrer aux consultations. Par conséquent, la collecte d'informations doit être efficace. Cependant, le patient ne doit pas avoir le sentiment que sa consultation se déroule dans la précipitation. Même si nous nous dépêchons, il est inutile de le signaler verbalement. Sinon, le patient peut oublier les faits de première importance. Il est possible de reporter la collecte d'informations à une visite ultérieure, pour que le patient puisse se concentrer sans se sentir brusqué.

Quelquefois, pour gagner du temps, nous consacrons les premiers instants d'une visite à compléter les documents du patient précédent. De telles pratiques font que le patient se sent traité de façon impersonnelle, même si le temps de sa visite n'est guère raccourci. Il faut remplir plutôt le dossier du patient que nous avons en face, ce qui diminue également le risque d'une erreur médicale.

Maintenir le contact visuel et prendre des notes sont des signes positifs envoyés au patient qui a la sensation que le médecin est concentré sur son cas. Au contraire, un contact visuel défaillant est interprété comme une marque de mépris.

La communication médicale, un sujet d'études

Au cours des trois dernières décennies, depuis que Michael Balint a introduit dans le monde de la santé le concept du « remède médecin³ », la communication médecin-patient est devenue un sujet d'études rigoureuses et a donné lieu à une riche littérature. Les spécialistes qui conduisent les recherches sur la communication dans les soins médicaux s'accordent sur le fait que ces études sont extrêmement complexes et que leurs méthodologies doivent être améliorées. Le caractère et la qualité d'informations recueillies

³ Michael Balint, *Doctor, His Patient and the Illness*, London, Pitman Medical, 1957.

auprès des patients dépendent de leurs connaissances, de leur complaisance et de leur niveau de satisfaction⁴.

Dans l'ensemble des pays européens, les systèmes de santé sont en pleine mutation. Tandis que la conviction de l'importance de la communication médecin-patient se généralise, sa qualité s'affaiblit. Ce phénomène provoque l'insatisfaction du patient quant aux soins médicaux reçus et l'encourage à se tourner vers les médecines alternatives. La qualité de la communication est, par ailleurs, l'une des causes les plus fréquentes des procès intentés pour faute médicale⁵.

Qu'attendent nos patients ?

Une analyse approfondie des griefs exprimés par les patients permet de conclure que leurs reproches visent le plus souvent la communication et la qualité de la relation avec le médecin plutôt que les connaissances médicales et les compétences techniques⁶. Les patients se plaignent de ne pas être écoutés.

Ils attendent à ce que le médecin recueille plus d'informations au sujet de leur maladie, les informe des effets secondaires des médicaments, les soulage dans leur souffrance et leur détresse, leur donne des conseils sur ce qu'ils pourraient faire eux-mêmes pour améliorer leur santé. De nombreuses études indiquent clairement que les médecins et les patients ont des visions totalement différentes de la 'bonne' communication médicale⁷.

Le patient d'aujourd'hui se considère comme étant le partenaire du médecin. Il souhaite avoir la possibilité de participer à la prise de décision concernant sa vie et sa santé. Les travaux menés par Kaplan ont montré que les patients changent de médecin s'ils

⁴ William B. Carter, Thomas S. Inui, Walter A. Kukull, Virginia H. Haigh, « Outcome-based Doctor Interaction Analysis. II. Identifying Effective Provider and Patient Behavior », *Medical Care*, vol. 20, 1982, p. 55.

⁵ Wendt Levinson, Debra L. Roter, John P. Mullody, Valerie T. Dull, Richard M. Frankel, « Physician-patient Communication. The Relationship with Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons », *JAMA*, vol. 277, 1997, p. 553-559.

⁶ Tessa Richards, « Chasms in Communication », *BMJ*, vol. 301, 1990, 22, p. 1407-1408.

⁷ Christiane Sanchez-Menegay, Hans Staider, « Do Physicians Take Into Account Patient Expectations ? », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 9, 1994, p. 404-406 ; Christine Laine, Frank Davidof, Charles E. Lewis, Eugene C. Nelson, Elisabeth Nelson, Ronald C. Kessler, Thomas L. Delbanco, « Important Elements of Outpatient Care : a Comparison of Patients' and Physicians' Opinions », *Annals of Internal Medicine*, vol. 125, 1996, p. 640-645.

n'ont pas de possibilité de coopérer avec lui⁸. Ces travaux ont été menés auprès d'un groupe de 7730 patients et médecins. Un tiers des personnes qui ont considéré qu'elles n'ont pas été suffisamment investies dans la prise de décision, ont décidé de changer de médecin dans l'année qui a suivi. En outre, les médecins qui ont reçu une formation en communication, sont plus appréciés par leurs patients.

Le risque de poursuites judiciaires

L'augmentation des charges financières, oblige parfois les médecins à augmenter sensiblement le nombre de leurs patients, ce qui réduit la durée des entretiens. Les patients tendent d'ailleurs à s'éloigner de ce genre de praticiens⁹.

L'absence de coopération entre le patient et le médecin est l'un des facteurs critiques qui pousse le patient à porter plainte contre le médecin. Les juristes ont identifié la principale cause de poursuites judiciaires à l'encontre des autorités de santé : dans 70 % des cas, il s'agit d'une communication défailante¹⁰. Les sentiments négatifs de la part du patient sont provoqués par le fait qu'il s'est senti délaissé, que son avis a été sous-estimé, qu'il a reçu trop peu d'informations et que le médecin n'a pas essayé d'adopter sa perspective. Les médias évoquent de nombreux cas de relations tendues entre les médecins et les patients, accusant les médecins du manque de compréhension.

La communication efficace est une condition préalable aux soins médicaux de qualité. L'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* et l'*American Board of Internal Medicine* (États-Unis) ont considéré la communication comme étant l'un des éléments-clés dans le parcours de soins. Les compétences en communication chez des personnes s'occupant de malades, ont l'influence sur le niveau de satisfaction des patients, la qualité de leur coopération et les effets du traitement.

⁸ Sheldon H. Kaplan, Sheldon Greenfeld, Barbara Gandek, William H. Rogers, John E. Ware, « Characteristics of Physicians with Participatory Decision-making Styles », *Annals of Internal Medicine*, vol. 124, 1996, p. 497-504.

⁹ Edward J. Volpintesta, « Time », *Annals of Internal Medicine*, vol. 128, 1998, p. 698.

¹⁰ Barbara Starfield, Christine Wray, Kelliann Hess, Richard Gross, Peter S. Birk, Burton C. D'Lugoff, « The Influence of Patient-Practitioner Agreement on Outcome of Care », *American Journal of Public Health*, vol. 71, 1981, p. 127-132.

Communication médicale et cursus universitaire

Les médecins praticiens ont toujours su que la bonne communication détermine la pratique médicale efficace. Pourtant, les méthodes de communication avec le malade n'ont pas été et ne sont toujours pas enseignées dans certains pays.

Dans beaucoup de pays occidentaux, l'enseignement de la communication médicale tient une place prépondérante dans le cursus. Il existe de très nombreuses méthodes pour enseigner la communication médicale. L'une d'elles, très répandue aux États-Unis et en Norvège, est celle des *Four Habits* [Quatre Habitudes], développée par Richard Frankel de l'Université du Minnesota.

Elle est basée sur quatre principes¹¹ :

- 1) se concentrer sur la première phase de contact ;
- 2) tenir compte du point de vue du patient ;
- 3) faire preuve d'empathie ;
- 4) travailler la dernière partie de la consultation.

L'empathie a-t-elle une origine physiologique ?

L'art et la manière de communiquer avec le patient sont inextricablement liés à l'empathie. Il s'agit de l'aptitude à distinguer des sentiments comme la tristesse ou la joie, inhérents à chaque individu, et à les partager.

Cette constatation soulève une question : pourquoi les êtres humains possèdent-ils cette capacité ? Quelle partie du cerveau est-elle dévolue à cette compétence ?

Depuis les travaux publiés par l'équipe de Giacomo Rizzolatti en 1990, on pense que certains neurones sont responsables de cette faculté. Ces neurones miroirs répondent aux stimuli émotionnels et affectifs provenant d'un autre individu. Cette découverte est considérée comme l'avancée la plus importante dans le domaine de la neuropsychologie¹².

Des études scientifiques ont été menées à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle. Elles ont montré que le cortex pariétal inférieur et le cortex temporal supérieur constituent

¹¹ Richard M. Frankel, Terry Stein, « Getting the Most out of the Clinical Encounter : The Four Habits Model », *The Permanent Journal*, vol. 3, n° 3, 1999, p. 79-88.

¹² Giacomo Rizzolatti, Maddalena Fabbri-Destro, Luigi Cattaneo, « Mirror Neurons and Their Clinical Relevance », *Nature Clinical Practice Neurology*, vol. 5, 2009, p. 24-34.

des zones activées chez une personne qui observe les actions réalisées par un autre individu. Les résultats de ces études ont conduit à déterminer l'emplacement des neurones miroirs. De nos jours, on estime que l'imagerie cérébrale – ou neuro-imagerie – ce nouvel outil dans la recherche en neuropsychologie, est très prometteuse pour élargir les horizons de cette discipline¹³.

Toutefois, l'empathie n'est pas seulement engendrée par l'activation inconsciente des neurones miroirs. Notre disposition et notre capacité à comprendre l'état émotionnel d'une autre personne sont soumises à notre volonté. Nous pouvons donc en partie les gérer.

On peut décrire ainsi les deux processus qui mènent à l'empathie : d'une part, l'implication des neurones miroirs qui est indépendante de notre volonté, d'autre part le travail conscient de notre volonté. Ils nous mènent à se poser la question suivante : Comment me sentirais-je face à cette situation ?

Le cas de la pédiatrie

En pédiatrie, on accorde une grande importance à la communication. En effet, le cas de la pédiatrie est particulier, car lors d'une consultation médicale, la relation se noue entre trois parties : le médecin, l'enfant et les parents partagent des informations et s'observent mutuellement. L'enfant, convaincu que son parent fait confiance au médecin, parvient à calmer son anxiété durant la consultation. En revanche, lorsque le parent ressent de la méfiance ou bien quand il est en conflit avec le médecin, l'enfant se montre réticent à entrer en contact avec lui¹⁴.

Conclusion

Pour atteindre le niveau d'excellence dans le domaine des soins médicaux, il est nécessaire de voir la maladie du point de vue du patient et de nouer une relation durable avec lui. En effet, le médecin voit les problèmes de santé d'une autre perspective que celle du

¹³ Kevin N. Ochsner, Silvia A. Bunge, James J. Gross, John D. E. Gabrieli, « Rethinking Feelings : An MRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion », *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 14, n° 8, 2002, p. 1215-1229.

¹⁴ Patricia Cahill, Alexia Papageorgiou, « Triadic Communication in the Primary Care Paediatric Consultation : a Review of the Literature », *British Journal of General Practice*, vol. 57, n° 544, 2007, p. 904-911.

patient, ce qui ne l'empêche pas de comprendre les émotions vécues par le patient et les expériences qu'il traverse. D'autre part, les patients font confiance aux médecins qui ne les rabaissent pas mais qui, au contraire, les écoutent et sont curieux de leurs antécédents médicaux. Répétons-le, la communication efficace entre le médecin et le patient constitue l'une des conditions de base pour créer le système de soins de qualité.

trad. Christelle Langrand

Streszczenie

Relacja między lekarzem a pacjentem – istotne współcześnie aspekty

Celem artykułu jest prezentacja współczesnego modelu porozumienia między lekarzem a pacjentem i warunkującej go komunikacji medycznej. W Polsce współpraca między lekarzem i pacjentem, która – tak jak w całej Europie – ewoluje z paternalizmu w stronę partnerstwa, jest dodatkowo obciążona niskim poziomem zaufania pacjentów do lekarzy. W publikacji przedstawiono znaczenie komunikacji w procesie leczenia, humanistyczną wartość porozumienia z chorym oraz problemy komunikacyjne jako źródło pozwów sądowych, wytaczanych przeciw lekarzom. Omówiono szczególną wagę i charakter relacji z pacjentem w pediatrii. Podjęto temat znaczenia empatii w medycynie oraz jej źródeł – zależnych od woli, świadomych i nieświadomych, neurofizjologicznych. Właściwa komunikacja z pacjentem jest jednym z podstawowych warunków wysokiej jakości opieki medycznej.

Aldona Katarzyna Jankowska est pédiatre spécialisée en oncologie-hématologie. Elle travaille au Département de Pédiatrie, Hématologie et Oncologie au Collegium Medicum de l'Université Nicolas Copernic à Bydgoszcz. Ses recherches actuelles portent sur la communication médicale. Elle est auteure de 74 publications et de rapports de colloques. Présidente de l'Association polonaise de Communication médicale (voir : <http://komunikacjamedyczna.pl>). Membre de l'*International Research Centre for Communication in Healthcare*.

