

Consultations médicales : de la communication à l'éducation pour la santé

Comment adopter une démarche d'éducation pour la santé au sein de la consultation ? Qu'apportent les modèles de consultation décrits dans la littérature ? Les compétences requises de la part des médecins pour une communication adéquate au sein de la consultation sont proches des compétences prônées en éducation pour la santé. Cependant, l'éducation pour la santé va au-delà de l'apprentissage de techniques de communication, en soulignant les notions de décision partagée et d'interdisciplinarité. Réflexion à partir des données de la littérature.

La communication interindividuelle joue un rôle important dans la relation médecin-consultant. D'après la littérature scientifique, une meilleure communication dans la relation de soins est souhaitable et possible (1) : elle améliore la qualité de vie des patients, le suivi des traitements et les résultats cliniques ; elle améliore également la satisfaction des patients et celle des médecins. Les compétences en communication peuvent être apprises, retenues et maintenues par les médecins sur le long terme et, contrairement à ce que l'on pourrait penser, une meilleure communication ne génère pas d'allongement de la durée des consultations.

La communication au sein de la consultation est un art complexe : la parole médicale peut être extrêmement structurante en matière d'expérience de maladie (2) et les études sur les temps de parole réciproques du médecin et du patient ont montré toute la difficulté, pour le médecin engagé dans l'élaboration d'un diagnostic, d'écouter le patient sans l'interrompre pour orienter son récit. La communication non verbale joue également un rôle important dans la relation (3). Il existe de nombreuses manières d'animer une consultation et différents modèles de consultation ont été décrits dans la littérature.

Des modèles de consultation disparates

Différents modèles de consultation ont été décrits par des chercheurs à par-

tir de l'observation de la pratique ou proposés par les promoteurs de nouvelles approches. D'une part, ils permettent de prendre du recul vis-à-vis de ce qui se passe au sein d'une consultation médicale. D'autre part, dans la pratique, ils peuvent favoriser l'utilisation régulière de certaines compétences et garantir une cohérence au sein de la consultation et de la relation.

Des modèles analytiques, reposant sur les travaux de sociologues, décrivent des styles idéaux-typiques de la relation médecin-patient (voir article page 18).

Concrètement, l'analyse de la littérature biomédicale (essentiellement des modèles de consultation (4) anglosaxons, datant des années 1980 et 1990) indique que les consultations comportent généralement trois à dix points qui correspondent :

- soit à des étapes ou des tâches effectuées pendant la consultation, qui vont de la prise de contact initiale à la clôture de la rencontre, en passant par des temps de recueil d'informations, de traduction de la demande, de transmission d'informations, de négociation et de choix avec le patient, de récapitulation des points d'accord ou encore de préparation de la relation à long terme⁷ ;
- soit à des dimensions différentes de la consultation. Le modèle dit « centré sur le patient » (5), par exemple, comprend six dimensions : explorer la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient, comprendre tous les aspects de la per-

sonne, trouver un terrain d'entente pour mieux gérer les problèmes, miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, accroître la qualité de la relation médecin-patient, et, enfin, être réaliste.

Des approches favorisant la participation du patient

Parmi les approches développées, certaines favorisent l'implication du patient dans les choix relatifs à sa santé. Ainsi, pour Emanuel et Emanuel (cf. tableau p. 18), le « modèle délibératif » apparaît comme idéal. Il comprend les principales étapes suivantes : délivrer au patient de l'information, donner son avis en tant que médecin, enfin soumettre cet avis au débat en veillant à laisser le libre choix au patient. L'approche « centrée sur le patient » (5) intègre l'expérience unique vécue par le patient, qui est incité à partager le pouvoir dans la relation avec le soignant.

De la même manière, la démarche de *counseling*² renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne qui favorise l'expression de son choix. Parmi les nombreux courants de *counseling* existants, qui se situent à différents niveaux entre une approche « autoritaire » et une approche « passive » du médecin, celui qui a montré le plus d'intérêt est un *counseling* à mi-chemin entre ces extrêmes, un style « coopératif » dans lequel la personne, guidée par le médecin, prend les décisions (6).



Ces modèles sont d'autant plus intéressants que la littérature montre qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales – si elle est souhaitée par le patient – améliore sa satisfaction, diminue son anxiété et améliore sa santé (7).

Le lien avec l'éducation pour la santé : quel objectif et quelles démarches ?

Dans une perspective de promotion de la santé, l'objectif visé par l'éducation pour la santé est de permettre aux personnes d'acquérir les ressources qui leur permettront de participer activement aux choix concernant leur santé, à un niveau individuel et collectif.

La promotion de la santé vise le développement des « compétences psychosociales » des personnes, c'est-à-dire « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, [...] ou l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » (8) L'éducation pour la

santé fait appel au concept d'« empowerment » de la personne, c'est-à-dire au « processus par lequel un patient augmente sa capacité à identifier et satisfaire ses besoins, résoudre ses problèmes et mobiliser ses ressources, de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie. » (9) L'éducation thérapeutique du patient, telle que définie par l'OMS, « a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et de leur permettre de faire face au suivi quotidien ». (10)

Différentes démarches sont mises en avant en éducation pour la santé et promotion de la santé :

– les modèles d'intervention en santé communautaire poursuivent ce même objectif de participation : ils utilisent des méthodes de travail qui reposent sur la participation effective d'une « communauté » (ou groupe d'individus) à tous les niveaux d'une action de santé : identification des besoins, définition de l'action, réalisation, évaluation, etc. ;
– l'OMS propose un modèle d'intervention spécifique en éducation du patient, fondé notamment sur un « diagnostic éducatif » qui vise à identifier les

besoins spécifiques de chaque patient ;
– mettre en œuvre une approche éducative en médecine rend nécessaire en réalité une triple révolution (11) : la prescription est remplacée par une éducation en vue d'un choix partagé par le patient et le médecin ; le patient devient sujet et non plus objet de ses soins ; on se situe dans une approche de promotion de la santé, et non plus de soins curatifs.

La démarche d'éducation pour la santé renvoie donc à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère, et en même temps sur ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère (12).

Quelles compétences en communication, en éducation pour la santé et en éducation du patient ?

L'organisation gouvernementale Santé Canada synthétise dans un guide de ressources « Outils de communication II – La communication efficace à votre service » les données issues de la littérature scientifique. Il confirme le rôle majeur de la communication au sein de la relation médecin-patient et distingue douze compétences principales à développer, en précisant comment les employer (Tableau page suivante, première colonne).

Les compétences en communication ne pouvant pas être développées isolément, Santé Canada propose de les regrouper en quatre grands ensembles de compétences à mettre en œuvre dans la consultation :

1. comment aider le patient à s'exprimer plus facilement ;
2. comment faire face aux émotions ;
3. comment prendre des décisions communes ;
4. comment clore sur une bonne note.

Ces approches apportent un éclairage différent sur les relations soignant-consultant : elles élargissent le champ strictement bio-médical pour y inclure les aspects psychologiques, sociaux et familiaux, tendant ainsi à promouvoir l'apprentissage de compétences en communication.

Comparaison des compétences attendues des médecins en matière de communication, avec celles attendues des professionnels de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient

Compétences en communication attendues des médecins (Santé Canada, 2001)

1. Savoir faire preuve d'empathie verbale ou non verbale (expression du visage, comportement physique)
2. Savoir poser de questions ouvertes ou fermées
3. Savoir recourir à l'écoute active
4. Savoir reconnaître les indices non verbaux
5. Savoir quand parler et agir
6. Savoir quand garder le silence
7. Savoir synthétiser
8. Savoir choisir des mots simples
9. Savoir préciser les responsabilités
10. Savoir planifier les actions
11. Savoir confirmer auprès du patient
12. Savoir donner un rôle de meneur

Compétences attendues des personnes formées en éducation pour la santé (1, 2)

1. Situer son action dans une politique globale de promotion de la santé
2. Analyser le contexte institutionnel dans lequel intervient l'action, comprendre les différentes logiques en présence
3. Planifier des programmes d'actions
4. Prendre en considération les caractéristiques physiologiques, psychologiques, sociales et culturelles des personnes auprès desquelles elle travaille
5. Choisir, utiliser, parfois concevoir des méthodes et des outils pédagogiques adaptés au public et au cadre de son intervention
6. S'exprimer clairement à l'oral et à l'écrit, utiliser différents canaux de communication
7. Travailler en partenariat avec d'autres professionnels
8. Évaluer les effets de l'éducation, au plan pédagogique et au plan sanitaire

Compétences attendues des soignants en éducation du patient (OMS, 1998)

1. Adapter leurs comportements professionnels aux patients et à leur affection (chronique/aiguë)
2. Adapter la prise en charge thérapeutique aux patients, considérés individuellement et en tant que membres d'une famille ou d'un groupe
3. Articuler leurs rôles et actions avec ceux de leurs collègues
4. Communiquer de manière empathique
5. Reconnaître les besoins des patients (objectifs, définis par les soignants, et subjectifs, propres aux patients et à leur vie)
6. Prendre en compte l'état affectif, le vécu, l'expérience et les représentations des patients
7. Aider les patients à apprendre (se préoccuper de ce qu'ils apprennent et non seulement de ce qu'on leur enseigne)
8. Enseigner aux patients à « gérer » leur maladie et utiliser adéquatement les ressources sanitaires, sociales et économique disponibles
9. Aider les patients à organiser leur « mode de vie »
10. Éduquer les patients et les conseiller sur la réaction face aux crises et épisodes aigus, ainsi que sur les facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux qui influencent leur manière de gérer leur état de santé
11. Choisir et utiliser adéquatement les techniques et outils éducatifs disponibles (contrat pédagogique, brochures explicatives ou aide-mémoire, témoignages de patient...)
12. Prendre en compte, dans les traitements et soins de longue durée, les dimensions éducative, psychologique et sociale
13. Évaluer les effets thérapeutiques de l'éducation, tant cliniques que biologiques, psychosociaux, pédagogiques, sociaux et économiques, et ajuster le processus éducatif
14. Évaluer régulièrement et ajuster les pratiques et performances éducatives des soignants

VOUS N'EN AVEZ PLUS QUE POUR 15 JOURS!



(1) Ferron C. Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies. *Vanves* : CFES, 1999 : 71.

(2) Sandrin Berthon B. Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations. *Rapport établi à la demande de monsieur Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé*, 2002 : 85.

Certains modèles de consultation en médecine, comme le guide d'observation *Calgary Cambridge* (13), sont d'ailleurs fondés explicitement sur un enchaînement séquentiel de compétences : engager la séance, recueillir l'information, nouer des liens, expliquer et planifier, puis clore la consultation.

La comparaison de ces compétences dans le champ de la communication des professionnels (*Tableau ci-contre, colonne 1*) avec celles recommandées en éducation pour la santé (*colonne 2*)

et en éducation du patient (*colonne 3*) laisse apparaître des notions supplémentaires dans ces deux dernières :

- des compétences renvoyant à la nécessité de prendre du recul vis-à-vis de soi-même et de sa pratique, et du contexte dans lequel cette pratique prend place ;
- un ensemble de compétences autour de l'établissement d'un « diagnostic éducatif », qui doit être partagé avec le patient, ou plus généralement à une étape de consultation consacrée « à faire connaissance » (14) ;

– des compétences permettant aux différents professionnels intervenant auprès d'un même patient de travailler en interdisciplinarité.

Perspectives

Les objectifs de la « communication dans la relation de soins » et de l'éducation pour la santé se rejoignent parfois. D'une part, une communication adéquate dans la relation médecin-consultant apparaît comme une composante indispensable de l'éducation pour la santé. À l'inverse, l'éducation pour la santé a montré qu'elle pouvait être au service de la communication dans la relation médicale : en effet, l'intervention d'éducateurs pour la santé en amont de la consultation (dans un but d'aide à la lecture des résultats médicaux, à l'articulation des questions et à la négociation des décisions médicales) a pour conséquence une prise de parole plus fréquente des patients au cours de la consultation, provoque des questions plus ciblées, et donne aux patients la sensation d'être plus en capacité d'agir sur leur santé ; elle est également à l'origine, au-delà de la consultation, d'une moindre limitation fonctionnelle des patients dans leurs activités quotidiennes (15).

Ces réflexions ne concernent pas seulement les médecins généralistes : elles semblent tout à fait transposables à d'autres professions de santé (infirmiers, pharmaciens, diététiciens, kinésithérapeutes, etc.) et même au-delà, à des professions du secteur social dont l'exercice implique des interactions avec des patients (16).

Ces démarches participatives peuvent permettre non seulement l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage mais aussi en miroir l'amélioration de la qualité de vie des soignants (1).

Cécile Fournier,

Médecin, conseiller technique,

Sandra Kerzanet

Documentaliste,

direction des Affaires scientifiques à l'INPES.

► Références bibliographiques

- (1) Santé Canada. *La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources*. Ottawa : Santé Canada, 2001 : 31. http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf
- (2) Cicourel A. *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*. Paris : Seuil, 2002 : 234.
- (3) Greenfield S., Kaplan S., Ware J.E. Jr. *Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes*. *Ann. Intern. Med.* 1985 ; 102(4) : 520-8.
- (4) Ces modèles sont présentés dans un article comparatif : Larsen JH, Risør O., Putnam S. *PRACTICAL: a step by step model for conducting the consultation in general practice*. *Family Practice* 1997 ; 14(4) : 295-301. Ils sont également consultables au centre de documentation de l'INPES : Desnos N., Fontaine N. *Le déroulement des consultations médicales : modèles, évaluation, comparaison*. Synthèse documentaire INTD, 2004 : 48.
- (5) Stewart M. *Towards a global definition of patient-centred care*. *BMJ* 2001 ; 322 : 444-5.
- (6) *Comment accompagner une femme et/ou un couple dans le choix d'une méthode contraceptive adaptée ?* In : Afssaps, Anaes, INPES. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique*. Saint-Denis : Anaes, 2004 : 159-98.
- (7) Moumjid-Ferdjaoui N., Carrère M.-O. *La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale*. *Revue française des affaires sociales* ; 2 : 73-88.
- (8) OMS, Programme on Mental Health. *Life skills education in school*. Genève : OMS, 1994 : 53 (Référence OMS : WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2).
- (9) Gibson C.H. *A concept analysis of empowerment*. *Journal of Advanced Nursing* ; 1991 ; 16 : 354-61.
- (10) OMS, Bureau régional pour l'Europe. *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Copenhague : OMS, 1998 : 88 p.
- (11) Sandrin Berthon B. *L'éducation au secours de la médecine*. Paris : Puf, 2000 : 1998.
- (12) Sandrin Berthon B. *L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution*. In : Dandé A., Sandrin Berthon B., Chauvin F., Vincent I. (sous la dir.). *L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé*. Vanves : CFES, coll. Séminaires, 2001 : 21-32.
- (13) Kurtz S.M., Silverman J.D. *The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes*. *Med Educ* 1996 ; 30(2) : 83-9.
- (14) Karrer M., Buttet P., Vincent I., Ferron C. *Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ?* *Santé publique* 2004 ; 16(3) : 471-85.
- (15) Greenfield S., Kaplan S., Ware J. *Expanding patient involvement in care*. *Ann Intern Med.* 1985 ; 102(4) : 502-28.
- (16) Roter D.L. *Patient participation in the patient-provider interaction : the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance*. *Health Educ. Monogr.* 1977 ; 5(4) : 281-315.
- (17) Roter D.L., Hall J.A., Katz N.A. *Patient physician communication : a descriptive summary of the literature*. *Patient Educ. Couns.* 1998 ; 12 : 99-119.
- (18) Baird A. *Focus on... The consultation*. *Nurse Prescriber* 2004 ; 1 (2). <http://www.nurse-prescriber.co.uk/Articles.htm>

1. Il s'agit du modèle « PRACTICAL », du guide d'observation *Calgary Cambridge*, du modèle de Byrne and Long, ou du modèle de Pendleton et al. Voir [4].
2. Le terme *counseling* n'ayant pas d'équivalent en français, il est utilisé tel quel.

Relations médecin-patient : l'évolution des modèles de références

En 1951, Parsons (1) décrit un modèle unique de relation médecin-malade dans laquelle chacun joue un rôle social attendu. En 1956, Szasz et Hollender (2) complètent la théorie de Parsons en proposant trois styles de relation médecin-malade (activité-passivité, guidance-coopération, participation mutuelle), selon que le patient est actif ou passif dans la relation, le médecin étant toujours considéré comme actif ; ces styles varient avec le caractère aigu ou chronique des maladies. Par la suite, Freidson ajoutera à ceux-ci deux autres modèles, selon que le médecin est passif ou actif (patient guide – médecin coopératif, patient actif – médecin passif). De manière proche, une revue de littérature récente (3) décrit trois modèles de décision dans la relation médecin-patient : le modèle du patient décideur, le modèle du médecin décideur et le modèle de décision partagée.

En 1970, Eliot Freidson (4) souligne que les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions entre médecin et malade ; la relation médecin-malade dépend donc des multiples relations que vivent le malade et le médecin (avec l'équipe hospitalière, la famille et les autres proches) en plus de leur interaction duelle. Par ailleurs, l'exercice

de la médecine se situe dans un contexte organisé et structuré, qui joue un rôle important : la pratique individuelle d'un médecin libéral, pratique insérée dans la vie de la cité, est dépendante du client, tandis que la pratique à l'intérieur d'une organisation intégrée dans le milieu professionnel (tel que l'hôpital) est essentiellement dépendante des collègues. Le modèle de relation sera également modifié selon que le patient est l'objet de techniques de prévention ou de mesures thérapeutiques.

En 1992, Emanuel et Emanuel (5) proposent une autre manière de caractériser la relation médecin-malade, suivant quatre modèles : « informatif », « interprétatif », « délibératif » ou « paternaliste » (tableau ci-dessous).

Une approche pragmatique fut également développée par Michael Balint (6) : dès 1957, ce médecin proposait une nouvelle manière de penser et d'améliorer la relation médecin-malade, en introduisant une réflexion psychanalytique dans la pratique de la médecine générale, à travers la mise en place de groupes de réflexion permettant aux médecins de reconsidérer leur expérience de tous les jours.

C.F., S.K.

► Références bibliographiques

- (1) Parsons T. *The social system*. New York : Free Press, 1951. Un chapitre est intitulé : « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne ».
- (2) Szasz T.S., Hollender M.H. *A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship*. Arch. Intern. Med. 1956 ; 97 : 585-92.
- (3) Moumjid-Ferdjaoui N., Carrère M.-O. *La relation médecin, patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale*. Revue française des affaires sociales ; 2 : 73-88.
- (4) Freidson E. *Profession of medicine*. New York : Harper & Row, 1970. Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Payot, 1984 : 369.
- (5) Emanuel E.J., Emanuel L.L. *Four models of the physician-patient relationship*. Jama 1992 ; 267(16) : 2221-6.
- (6) Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1957 : 419.

Modèles de relation médecin-patient retenus par Emanuel et Emanuel (1992)

	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Valeurs du patient	• définies, fixées et communiquées au patient	• en construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	• ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	• objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	• fournir une information factuelle pertinente • mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	• élucider et interpréter les valeurs du patient utiles • informer le patient • mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	• articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables • informer le patient • mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	• promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	• choix et contrôle du soin médical	• compréhension de soi utile au soin médical	• autodéveloppement moral utile au soin médical	• assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	• expert technique compétent	• conseiller	• ami ou enseignant	• gardien, tuteur