

Aspects relevant de la communication dans la pratique clinique quotidienne

État au 6 décembre 2024

Auteur-e-s : Wolf Langewitz, Fritz Stiefel

Table des matières

1. Introduction	3
2. Difficultés fondamentales lors de la formation à la conduite d'entretien dans le monde professionnel	3
3. Attitude et compétences	3
4. Standardisation versus flexibilité	4
5. Communication et réflexions éthiques	4
6. Passer de l'enseignement de standards au développement d'une culture de communication flexible	5
7. Éléments constituant de la conduite d'un entretien en milieu professionnel	5
7.1 Écoute attentive (attentive listening)	5
7.1.1 Écoute attentive : mise en œuvre de cet objectif dans les formations	6
7.2 Structure explicite, cadre défini en commun (setting the agenda)	6
7.2.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique	7
7.3 Transmettre des informations complexes	7
7.3.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique	8
7.4 Prise de décision partagée, Shared Decision Making	8
7.4.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique	9
7.5 Écoute/prise en compte des émotions	10
7.5.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique	10
7.6 Entretien motivationnel	12
7.6.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique	13
7.7 Communication de mauvaises nouvelles	13
7.7.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique	14
8. Interface avec les autres mandats	14
8.1 Interface avec le mandat « éthique clinique »	14
8.2 Interface avec le mandat « sécurité des patients »	15
9. Première formalisation en vue d'une mise en œuvre dans les meilleurs délais	16
10. Annexe	16
10.1 Annexe 1 : Ce que disent les lignes directrices sur la communication de la chambre des médecins de la Rhénanie du Nord, 2 ^e édition 2023	16

10.1.1	Fixer les limites de temps et les thèmes, clarifier explicitement le cadre	16
10.1.2	Techniques de communication ARRR	16
10.1.3	Gestion des émotions – le modèle NURSE	18
10.1.4	Transmission d'informations	18

1. Introduction

La tâche du groupe de travail consiste à formuler des contenus de formation obligatoires relevant de la communication des médecins avec les patients et leurs proches. Nous partons du principe que les étudiantes et étudiants en Suisse et dans la plupart des facultés de médecine allemandes ont appris les fondements de la communication professionnelle au cours de leurs études et ont démontré leurs capacités dans ce domaine lors d'examens. Pour utiliser une métaphore culinaire : celles et ceux qui débutent dans la profession ont appris les recettes de base et les ont testées dans la pratique. Pendant la formation postgraduée, il s'agit de développer une saveur personnelle, c'est-à-dire de trouver, en réfléchissant à sa propre pratique et en s'exerçant intensément, comment s'adapter à une personne en face de soi, ce qui semble facile et ce que l'on souhaite travailler. Nous ne considérons pas que notre tâche consiste à rédiger un énième guide de la communication médecin-patient, nous nous limitons expressément à la période de formation postgraduée. Cependant, comme tous les collègues qui assument des responsabilités dans la formation postgraduée n'ont pas forcément abordé ces contenus pendant leurs études, vous trouverez à la fin du rapport un résumé des objectifs de formation, tels que nous les avons rassemblés dans un rapport pour l'ASSM et tels qu'ils sont disponibles dans un guide en ligne étayé par de nombreux exemples vidéo.

En outre, le groupe de travail a pour mission de développer des propositions sur la manière d'enseigner à large échelle les compétences dans ce domaine. Les progrès devraient être mesurables afin de pouvoir visualiser les avancées lors des formations. Vous trouverez ci-après une liste des éléments constitutifs des compétences en communication professionnelle valables pour toutes les disciplines. Concrétiser les cas spécifiques est une tâche des sociétés de discipline médicale, qui déterminent dans quelles situations se posent des défis en matière de communication. Ce n'est qu'ensuite, lors de l'application à des situations concrètes, qu'il est utile de définir en détail, au-delà des qualités génériques d'une conduite professionnelle de l'entretien, ce qui devrait être discuté dans un temps utile et comment le faire, par exemple, lors d'une consultation de prémédication. Ce qui est dit dans ce rapport s'applique également cum grano salis à la communication interprofessionnelle et collégiale : l'objectif est d'établir des relations respectueuses en partant de la certitude que différentes personnes, indépendamment de leurs qualifications professionnelles, développent des points de vue différents dont il faut prendre connaissance, conformément à la devise de la conduite d'entretiens centrée sur le patient, *invite the other's perspective*.

Nos propositions se basent d'une part sur la littérature actuelle¹ (p. ex. ;²) et d'autre part sur plus de 25 ans d'expérience dans l'enseignement et la supervision d'étudiantes, d'étudiants et de collègues dans le domaine de la transmission de compétences en communication médicale.

2. Difficultés fondamentales lors de la formation à la conduite d'entretien dans le monde professionnel

Il s'agit de faire face à deux dilemmes fondamentaux :

- Trouver l'équilibre entre attitude et compétences
- Trouver l'équilibre entre la transmission de compétences bien définies (standards) et la nécessité de s'en écarter, si nécessaire, pour répondre aux besoins d'une personne en particulier.

3. Attitude et compétences

¹ Stiefel F, Bourquin C, Salmon P et al. : Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO practice guideline. ESMO open 2024

² Langewitz W: Patienten-zentrierte Kommunikation. Swiss Medical Forum 2023; 888-892

Les formations usuelles en communication enseignent en premier lieu des compétences concrètes telles que le « silence attentif », le « reflet/miroir », « nommer les émotions », etc. Le risque de telles formations est de transmettre une *manière schématique* d'appliquer les techniques apprises, ce qui dans certains cas peut s'avérer peu efficace et, dans le pire des cas, être blessant³. De l'autre côté, les experts sont d'avis qu'une communication mal à propos peut tout à fait être bien perçue si la personne concernée a l'impression que le médecin s'intéresse à elle (« *She cares about me* »)^{4,5,6}. En résumé, on peut dire qu'une attitude ouverte et intéressée compense les déficits dans l'application de techniques de communication concrètes mais que l'utilisation compétente de ces techniques n'est pas suffisante à long terme sans une attitude intérieure adaptée. Néanmoins, l'enseignement ou la répétition de « techniques » concrètes profitent probablement aux médecins au début de leur vie professionnelle, car cela leur montre des possibilités de se comporter dans une situation concrète et leur enlève ainsi la peur de commettre éventuellement une erreur lors de la rencontre avec les patients. La peur de commettre une erreur conduit à une attitude défensive (l'objectif premier est de n'en commettre aucune) qui empêche les médecins d'être réceptifs aux besoins de l'autre, le patient, car ils sont avant tout préoccupés par leur propre sort.

4. Standardisation versus flexibilité

Les recommandations des experts en communication se basent souvent sur les résultats de travaux empiriques dans lesquels il a été démontré que, dans un cadre standardisé, la technique de communication A était plus efficace que la technique de communication B. Ces travaux empiriques ont certainement été importants pour libérer la communication clinique du ghetto des préférences purement subjectives. Ils posent néanmoins problème si leurs conclusions, obtenues par la comparaison de groupes de participants à l'étude, ne sont pas adaptées aux besoins spécifiques d'un patient ou d'une patiente. La supériorité statistique de la communication A sur la communication B n'équivaut pas à l'affirmation selon laquelle tous les individus ont des préférences similaires.

5. Communication et réflexions éthiques

Le souhait d'aller au-delà de la simple transmission de compétences de communication (skills) et de les compléter par des questions fondamentales sur les spécificités d'une relation professionnelle dans le domaine de la santé peut être justifié de manière pertinente par le texte que Peter Salmon⁷ a placé en tête de sa monographie intitulée **Clinical Communication: An Introduction to Patient Vulnerability, Dependence and Partnership** (Cambridge Elements, in press) :

Good communication is necessary for good clinical care, but defining good communication has been surprisingly difficult and controversial. Many current ideas that identify good communication with certain communication behaviours, or 'skills', were ethically inspired to help doctors see beyond disease to the whole patient. However, promoting specific behaviours is problematic because communication is contextually dependent. In recent decades, observational research into practitioner-patient relationships has begun to provide a scientific basis for the field, identifying patients' vulnerability and practitioners' authority as defining features of fundamentally asymmetric clinical relationships. Future educators can learn from research that explores the judgments that experienced

³ Ahmed H. "The Role of Role Play for a Medical Student": Pre- and Postclerkship Experiences in Palliative Care Education. *J Palliat Med.* 2018 Feb;21(2):259-260. doi: 10.1089/jpm.2017.0345. Epub 2017 Aug 16. PMID: NUMPAGES * Arabic * MERGEFORMAT28813615

⁴ Young B et al.: Examining the validity of the unitary theory of clinical communication. *PEC* 2011; 85:60-67

⁵ Forsey M, Salmon P, Eden T, Young B. Comparing doctors' and nurses' accounts of how they provide emotional care for parents of children with acute lymphoblastic leukaemia. *Psychooncology.* 2013 Feb;22(2):260-7. doi: 10.1002/pon.2084. Epub 2011 Oct 4. PMID: NUMPAGES * Arabic * MERGEFORMAT21976310

⁶ Swenson SL, Zettler P, Lo B. 'She gave it her best shot right away': patient experiences of biomedical and patient-centered communication. *Patient Educ Couns.* 2006 May;61(2):200-11. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.019. Epub 2005 Sep 8. PMID: 16154311

⁷ Salmon P : *Clinical Communication: An Introduction to Patient Vulnerability, Dependence and Partnership* .Cambridge Elements 2024, in press

practitioners make when they manage communication dilemmas arising from this asymmetry. In future, instead of the current emphasis on teaching communication behaviours, educators could provide practitioners with knowledge about relationships to inform their judgments, while addressing the attitudes and values that motivate and guide them.

Ce texte montre à quel point les réflexions éthiques et les thèmes de la communication sont étroitement imbriqués – tous deux traitent de relations entre les personnes et tentent de trouver une réponse à la question de savoir ce qui, dans ce contexte, constitue une « bonne relation ».

6. Passer de l'enseignement de standards au développement d'une culture de communication flexible

Il ressort clairement de ce qui précède que la compétence en communication ne peut pas être réduite à apprendre par cœur des standards et à les appliquer. Pendant la formation postgraduée et la formation continue, on n'échappera pas à transmettre un ensemble standard de compétences concrètes à de jeunes médecins en début de carrière et surtout à les entraîner à ces compétences.

L'espoir ultime est qu'une communication qui invite les patients à faire valoir leur position face aux médecins offre la possibilité aux médecins de connaître la situation individuelle de leurs patients. La communication centrée sur le patient permet aux patients de se positionner en tant qu'« enseignants », ils sont pris au sérieux et deviennent experts de leur propre situation de vie ; ils sont les mieux à même pour communiquer comment gérer concrètement une situation exigeante.

7. Éléments constitutifs de la conduite d'un entretien en milieu professionnel

Une présentation plus détaillée de certains contenus de formation, tels qu'ils sont dispensés dans le cadre de la formation de base, est disponible à la fin du présent rapport. Elle reprend les éléments essentiels sur lesquels il convient de se focaliser dans le cadre de la formation postgraduée.

7.1 Écoute attentive (attentive listening)^{8 9)}

L'écoute attentive est l'élément central de la communication professionnelle, mais aussi l'un des plus difficiles à mettre en application. Les médecins moins expérimentés se focalisent en premier lieu sur l'identification et, si possible, la résolution d'un problème médical¹⁰. Ils ne sont pas encouragés par la plupart des superviseurs et les modèles de rôle à s'intéresser aux caractéristiques particulières de chaque patient, mais sont invités à devenir le plus rapidement possible le plus concrets possible (exemple tiré de l'enseignement au chevet du patient : « Oui, mais de quoi souffre le patient maintenant ? » versus « Si vous deviez décrire le patient, comment vous apparaît-il, que souhaite-t-il pour lui-même et comment vit-il la situation ? »). Personne ne conteste qu'il est indispensable de mettre la priorité sur le symptôme dominant dans les situations qui exigent une action rapide ; en revanche, ce n'est pas forcément requis lorsque rien ne presse et qu'il est recommandé de prendre son temps, p. ex. lorsqu'il s'agit de s'enquérir comment une personne gère une maladie chronique ou des situations psychosociales difficiles, ou encore comme elle réagit face à des nouvelles inattendues et difficiles à entendre. Le problème pour les jeunes médecins provient justement du fait qu'ils ne peuvent pas procéder à cette première analyse en raison de leur manque d'expérience clinique, ils

⁸ Boudreau JD, Cassell E, Fuks A. Preparing medical students to become attentive listeners. *Med Teach*. 2009 Jan;31(1):22-9. doi: 10.1080/01421590802350776. PMID: 19140065.

⁹ Del Río-Lanza AB, Suárez-Álvarez L, Suárez-Vázquez A, Vázquez-Casielles R. Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *Springerplus*. 2016 Aug 22;5(1):1386. doi: 10.1186/s40064-016-3086-4. PMID: 27610305; PMCID: PMC4993719.

¹⁰ Aper L, Veldhuijzen W, Dornan T, van de Ridder M, Koole S, Derese A, Reniers J. "Should I prioritize medical problem solving or attentive listening?": the dilemmas and challenges that medical students experience when learning to conduct consultations. *Patient Educ Couns*. 2015 Jan;98(1):77-84. doi: 10.1016/j.pec.2014.09.016. Epub 2014 Oct 5. PMID: 25448312.

sont heureux lorsqu'ils peuvent nommer le diagnostic le plus probable et préfèrent se focaliser sur le développement de solutions directement applicables.

7.1.1 Écoute attentive : mise en œuvre de cet objectif dans les formations

L'objectif d'une formation doit être de transmettre aux jeunes médecins que l'expérience de prendre le temps d'attendre vaut la peine. La justification épistémologique de cet objectif résulte de la différence entre une communication vérifiant des hypothèses et une communication générant des hypothèses : poser des questions c'est émettre certaines hypothèses sur les informations qu'il est utile de recueillir à un moment donné pour avancer dans le diagnostic ou la résolution d'un problème. Les phénomènes auxquels les médecins n'ont pas pensé ne sont pas abordés parce qu'ils n'ont même pas eu l'idée de les demander. Le silence attentif ouvre un espace que les patients peuvent utiliser pour apporter quelque chose qu'ils sont seuls à savoir¹¹.

Dans la formation, il s'agira donc de proposer des situations au cours desquelles des contenus inattendus émergeront par la parole donnée aux patients. Un entretien avec un patient simulé permet de mettre en évidence cette étape d'apprentissage – seul celui qui écoute et laisse du temps au « patient » saura pourquoi c'est si difficile pour lui, par exemple, de changer de comportement, d'opter pour une insulinothérapie intensifiée ou pour un traitement conservateur des douleurs articulaires. Pour qu'une telle formation puisse être diffusée à grande échelle, il faut que ces entretiens aient lieu en ligne, où médecin en formation et patient simulé se rencontrent en direct. Les cas à traiter dépendent de la spécialisation, c'est pourquoi les sociétés de discipline médicale sont invitées à créer et sélectionner des prototypes de dossiers de patient relevant de leur domaine de travail, et d'établir des instructions à l'intention des patients simulés. Nous appliquons ce modèle avec succès depuis cinq ans à la faculté de médecine de Bâle, auprès de confrères et collègues expérimentés de différentes disciplines dans les cliniques de soins aigus et de rééducation¹² et également auprès de médecins au Rwanda.

Les formations doivent être accompagnées par des formateurs cliniques. Ceux-ci peuvent encourager leurs collaborateurs à élargir le diagnostic aux aspects individuels des personnes concernées et à clarifier les conditions préalables à un diagnostic élargi : « De combien de temps disposons-nous dans cette situation, une action immédiate est-elle nécessaire ou pouvons-nous attendre et écouter ce que le patient a à dire ? »

7.2 Structure explicite, cadre défini en commun (setting the agenda)

Une littérature abondante démontre la grande utilité de clarifier ensemble et dès le début, le cadre de la consultation^{13, 14, 15, 16}. Clarifier dès le début les points qui doivent être abordés lors de la consultation ou de la visite permet d'éviter la surprise que susciteraient de nouveaux thèmes qui, sinon, sont souvent relégués en fin de consultation ; cela aide à fixer les priorités et à mieux gérer le temps à disposition. Définir *ensemble* le cadre inclut le patient dès le début dans le déroulement de la consultation et lui suggère qu'il peut déjà intervenir s'il le souhaite. Toutefois, c'est clairement au

¹¹ Langewitz W: Arzt-Patient-Kommunikation. In: Kruse J, Langewitz W et al (Hrsg.): Uexküll – Psychosomatische Medizin. Elsevier München 2024, in press

¹² Scheel-Sailer, A., Eich, S., Jelmoni, L., Lampart, P., Schwitter, M., Sigrist-Nix, D., & Langewitz, W. (2022). Effect of an interprofessional small-group communication skills training incorporating critical incident approaches in an acute care and rehabilitation clinic specialized for spinal cord injury and disorder. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 883138.

¹³ Jeffrey D. Robinson & John Heritage (2015): How patients understand physicians' solicitations of additional concerns: implications for up-front agenda setting in primary care, *Health Communication*, DOI: 10.1080/10410236.2014.960060

¹⁴ Hood-Medland EA, White AEC, Kravitz RL, Henry SG. Agenda setting and visit openings in primary care visits involving patients taking opioids for chronic pain. *BMC Fam Pract*. 2021 Jan 4;22(1):4. doi: 10.1186/s12875-020-01317-4. PMID: 33397299; PMCID: PMC7780618.

¹⁵ Gobat N, Kinnersley P, Gregory JW, Robling M. What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Educ Couns*. 2015 Jul;98(7):822-9. doi: 10.1016/j.pec.2015.03.024. Epub 2015 Apr 9. PMID: 25892504.

¹⁶ Siegrist V, Langewitz W, Mata R, Maiori D, Hertwig R, Bingisser R. The influence of information structuring and health literacy on recall and satisfaction in a simulated discharge communication. *Patient education and counseling*. 2018;101(12):2090-6. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.008.

médecin de garder la main sur le déroulement de la consultation : si des points urgents (poursuite d'une procédure concrète sous la pression du temps, changement de médication, nouveau diagnostic, etc.) *doivent* être discutés, ce sera au détriment des préoccupations du patient – qui seraient alors abordées lors d'une prochaine consultation ou de la visite du lendemain.

7.2.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique

L'idée de ne pas se lancer immédiatement dans un entretien, mais de commencer par en définir le contenu et les contours (le cadre) avec le patient, est manifestement inhabituelle. Les médecins ont un problème d'identité au début de leur carrière qui va au-delà de la « compétence » triviale de réfléchir au cadre d'un entretien avant l'entretien et de communiquer ce cadre : s'autorisent-ils à « conduire » *explicitement* un entretien et à revendiquer d'emblée, avec empathie mais sans équivoque, cette prétention au leadership ? Il est possible de s'y entraîner en contact avec des patients simulés ; ceux-ci ont des instructions les incitant à veiller à ce que le cadre soit explicite et à saisir l'occasion d'une pause pour s'exprimer sur le cadre défini pour l'entretien et pour le compléter si nécessaire. Hormis les patients simulés, les superviseurs cliniques des établissements de formation sont également très importants pour cet objectif, car ils peuvent empêcher ou soutenir la mise en place d'un cadre pour l'entretien, surtout lors de l'organisation des visites. Or l'expérience montre que plus les formateurs cliniques sont expérimentés, moins le sens de cet objectif de formation leur apparaît évident. C'est tout à fait compréhensible au vu de leur vécu, car ils sont rarement interrompus lorsqu'ils commencent à s'exprimer. Si le patient estime que des points essentiels n'ont pas été abordés, il appartient alors aux médecins-assistants ou aux chefs de clinique de mener une visite après la visite, ce qui exige généralement beaucoup de temps.

7.3 Transmettre des informations complexes

Dans les entretiens médecin-patient usuels qui ne relèvent pas de la psychothérapie, il s'agit avant tout d'un échange d'informations ; elles représentent jusqu'à 90 % de toutes les déclarations (Langewitz et al. 2009).

La transmission d'informations vise à informer le patient de façon à ce qu'il soit en mesure d'évaluer correctement le diagnostic, le type d'intervention, son déroulement, son but, son utilité et les risques qui lui sont liés. Le patient doit aussi être informé non seulement du type, des risques et de l'utilité des alternatives possibles, mais encore des conséquences liées au fait de renoncer à une intervention.

La transmission d'informations suscite souvent des questions chez leurs destinataires, par exemple « Qu'est-ce que cela veut dire pour moi maintenant ? » ou « Est-ce que je vais devoir les prendre toute ma vie ? » Dans l'idéal, ces questions déterminent la quantité d'informations dont la personne qui les pose a besoin, et le niveau de détail. Pour que les questions puissent émerger chez le patient, il faut lui laisser la possibilité d'assimiler les informations reçues. C'est la raison pour laquelle il est recommandé de marquer une pause après deux ou trois informations et d'attendre (écoute/silence attentif, cf. ci-dessus) pour laisser le temps aux questions d'émerger.

Transmettre des informations de **manière structurée** a une influence positive sur leur mémorisation, surtout pour les patients avec un niveau de connaissances médicales peu élevé ¹⁷. Pour aider à établir une structure explicite des informations, nous avons instauré la *métaphore du livre* ¹⁸ qui fait référence à l'analogie entre la transmission des connaissances par les livres et sous forme orale : à

¹⁷ Siegrist, V., Mata, R., Langewitz, W., Gerger, H., Furger, S., Hertwig, R., & Bingisser, R. (2021). Does information structuring improve recall of discharge information? A cluster randomized clinical trial. *Plos one*, 16(10), e0257656.

¹⁸ Langewitz, W., Ackermann, S., Heierle, A., Hertwig, R., Ghanim, L., & Bingisser, R. (2015). Improving patient recall of information: harnessing the power of structure. *Patient education and counseling*, 98(6), 716-721.

l'instar d'un livre qui est présenté en différentes parties (titre, table des matières, titres des chapitres, texte, annexes), l'information doit aussi être structurée lorsqu'elle est transmise oralement. Par ailleurs, il apparaît que les patients des urgences préfèrent (sont plus satisfaits) des médecins qui structurent explicitement les informations non seulement lors de la consultation, mais aussi au moment de les laisser partir ; ils les perçoivent comme des spécialistes plus compétents.

Il n'en reste pas moins que la quantité d'informations qu'une personne peut absorber n'est pas infinie, même si sa structure est claire. Selon les résultats de la recherche scientifique, la **théorie de la charge cognitive**¹⁹ postule que la mémoire de travail est surchargée dès qu'elle traite sept (\pm deux) informations. À cela s'ajoute une autre limitation : un être humain peut, dans le meilleur des cas, traiter simultanément deux à quatre éléments à la fois lorsqu'il prend une décision.

Les médecins vérifient très rarement ce que les patients ont compris. Pour ce faire, ils pourraient appliquer le *teach-back*, la méthode la plus étudiée, bien que rarement utilisée mais très efficace : le destinataire dit ce qu'il a compris de l'information à la personne qui la lui a transmise²⁰. Il faut cependant veiller à lui expliquer le sens de cette démarche pour qu'il ne la vive pas comme un « examen ».

7.3.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique

Le plus facile pour s'exercer à l'objectif de formation « Structure explicite » est d'apprendre à transmettre des informations de manière structurée. La difficulté lors de la mise en pratique vient régulièrement du fait que les médecins et les patients ont du mal à distinguer un propos sur le fond d'un propos structurant, et à en tenir compte lors de l'entretien. Après avoir nommé un thème (p. ex. « Qu'attendons-nous de cet examen médical ? »), tous deux ont tendance à vouloir aller directement dans l'explication de fond (p. ex. « Il nous permettra de savoir ce qu'il en est de ces taches rondes et ensuite d'aborder de manière ciblée la suite du diagnostic »). Or « structure explicite » signifie de proposer d'abord le cadre de la consultation ou d'une visite, respectivement la liste des informations à discuter et, si nécessaire, de la négocier ou l'adapter. C'est seulement une fois que les deux personnes se sont mises d'accord sur la structure que la discussion peut porter sur le contenu et être abordée point après point. Finalement, ce procédé est familier à toute personne ayant déjà participé à une assemblée : la séance commence par l'adoption de l'ordre du jour, avant que les points ne soient traités les uns après les autres.

Il est très rare que les médecins aient spontanément en tête une structure sur laquelle s'appuyer pour mener un entretien. Pour les aider, il existe un exercice au cours duquel ils réfléchissent *avant l'entretien*, comment structurer le sujet qu'ils souhaitent aborder, p. ex., pour un entretien d'information, a) pourquoi voulons-nous le faire ? b) comment voulons-nous le faire ? c) que peut-il se passer ? d) quelles sont les conséquences possibles ?

Comme dit précédemment, une telle procédure est étrangère à la plupart des médecins, mais elle est facile à transmettre aux collègues en cabinet, car ils se rendent très vite compte que clarifier dès le début le cadre de l'entretien les protège contre l'apparition inattendue de sujets confrontant en fin de consultation, qui risquent de déséquilibrer leur gestion du temps.

7.4 Prise de décision partagée, Shared Decision Making

La décision partagée est de bon ton dans les cursus de communication, bien que de nombreuses questions restent ouvertes sur son bénéfice et sur son acceptation par les médecins et les personnes

¹⁹ Van Merriënboer, J. J., & Sweller, J. (2010). Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. *Medical education*, 44(1), 85-93.

²⁰ Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PloS one*, 15(4), e0231350.

concernées ; sans oublier les données incertaines sur la manière de la communiquer. Voici à titre indicatif, l'éditorial d'Arnstein Finset et Richard Street publié en ²¹introduction d'un volume de *Patient Education and Counselling*, qui regroupe 8 articles sur la prise de décision partagée :

Taken together, more research is needed to better understand barriers and facilitators to shared decision making in different patient groups and clinical settings. Plus loin, on peut lire : Finally, future research should work beyond assessing feasibility/ acceptance of SDM interventions and immediate consultation outcomes (decision regret, patient satisfaction) to modeling pathways through which SDM could lead to improved outcomes. For example, in their systematic review of research on patient outcomes and SDM, Shay et al. similar to the conclusions reported by DeRosa et al. in this issue of PEC, concluded that patient perceptions of SDM are often associated with improved affective-cognitive outcomes (e.g., decision regret, satisfaction), but that evidence is lacking for the association between empirical measures of SDM and patient behavioural and health outcomes.

Au vu de ces données, l'enseignement de stratégies de communication spécifiques qui seraient utiles au processus de prise de décision partagée se fonde avant tout sur une éthique déontologique, qui considère l'action, ou en d'autres termes une formation, comme « éthiquement requise » mais la définit presque comme un devoir (to deion) (cf. citation sous ⁷). Le principe éthique essentiel qui s'applique ici est le respect de l'autonomie du patient²². Cette autonomie doit être mise en balance avec la vulnérabilité des personnes concernées, dont la participation à une décision partagée pourrait être rendue difficile si elles ne sont plus libres de décider²³.

7.4.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique

Il serait plausible de s'appuyer sur le modèle de Clayman M ²⁴ qui définit les éléments suivants d'une consultation fondée sur la décision partagée et qui peut être utilisé pour une formation structurée basée sur le web :

- Définir l'objectif de la consultation (fixer le cadre)
- Communiquer la nécessité d'une prise de décision partagée
- Expliquer les avantages et les inconvénients d'une intervention, mais aussi ceux que comporte la possibilité de ne pas opérer
- Identifier les besoins et connaître les valeurs du patient
- Prendre une décision partagée ou la reporter
- Mettre en pratique la décision

En fait, aucun de ces points ne constitue vraiment une nouvelle compétence de communication, car ils se retrouvent dans les notions de structure explicite (de quoi voulons-nous parler aujourd'hui ?) et de transmission d'informations (concernant les interventions possibles).

Le quatrième point, connaître les valeurs d'un patient, est l'expression d'une curiosité bienveillante qui consiste à vouloir comprendre le monde de l'autre et à ne pas laisser croire que l'on sait tout. Une fois de plus, l'attitude des médecins est déterminante pour faire comprendre aux patientes et aux patients que leur participation est souhaitable, voire nécessaire, dans certains cas (p. ex., lors d'interventions présentant un risque substantiel). D'autre part, cette attitude est également influencée par les propres besoins des cliniciens qui, par exemple, en raison de la peur d'aborder les limites des possibilités thérapeutiques, mettent l'accent sur les autres traitements encore possibles (mais pas forcément utiles).

²¹ Finset, A, Street Jr, R.: Shared decision making in medicine-improving but still a work in progress. *Patient Education and Counseling*, 2022, 105. S. 1055-1056.

²² Holzer, F., & Biller-Andorno, N. (2022). Gemeinsame Entscheidungsfindung als Imperativ der modernen Medizin?. *Therapeutische Umschau*, 79(8), 365-370.

²³ De Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient education and counseling*, 62(3), 291-298.

²⁴ Clayman ML, Scheibler F, Ruffer JU, et al: The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2024;29:75-78

7.5 Écoute/prise en compte des émotions

Les émotions influencent la pensée, les souvenirs, la motivation et la prise de décision ; elles ont des fonctions communicatives et sont essentielles pour vivre une relation.

À partir d'une intensité suffisante, les émotions sont « contagieuses » : la déception, le découragement, la colère, la peur ne se limitent pas à la personne qui les ressent, mais influencent son environnement immédiat. Si les émotions ne restent pas confinées au seul individu qui les ressent, cela signifie qu'elles touchent toujours toutes les personnes qui sont en interaction, le plus souvent sous la forme de l'émotion ressentie par le patient, qui ensuite « diffuse dans la pièce » et fait irruption chez le médecin, s'il est disposé à une rencontre, en lui faisant ressentir le changement d'atmosphère dans son propre corps.²⁵

Les médecins et les patients peuvent se préparer aux émotions et éviter dans une large mesure de se laisser submerger. C'est parfois indiqué, voire toujours nécessaire (du point de vue du médecin) lorsque celui-ci « doit intervenir », c'est-à-dire qu'il doit p. ex. poser une voie d'abord ou procéder à un examen douloureux. Les patients se préparent aussi à affronter leurs émotions, p. ex. lorsqu'ils ont peur de perdre leur capacité d'action ; ils veulent garder leur sang-froid et ne pas fondre en larmes ou partir en courant.

7.5.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique

Lors de formations et de supervisions ou de visites accompagnées, c'est précisément sur le thème de la gestion des émotions que l'on atteint rapidement un point où les collègues vivent cette approche inhabituelle comme un challenge. L'argument qu'ils invoquent le plus souvent est que ce comportement « leur est inhabituel ». On a donc l'impression que pour eux, il s'agit de préserver leur identité qui, c'est vrai, ne devrait pas être remise en question lors d'une formation sur le lieu de travail. Peut-être suffit-il pour eux de changer de perspective et donc de ne pas considérer « leur propre identité », mais de se concentrer sur une approche moins figée, ce que permet la notion de *maîtrise de soi*. Celle-ci peut s'expliquer de manière plausible lorsqu'on pense que de nombreux médecins-cadres communiquent différemment lorsqu'ils sont en visite (en groupe) ou lorsqu'ils reçoivent en consultation (en tête-à-tête). Il ne fait probablement aucun doute qu'il s'agit d'un seul et même médecin qui se comporte tantôt de telle manière, tantôt de telle autre avec les patients ou les collaborateurs. Ce n'est pas son identité qui change, mais sa maîtrise de soi, avec laquelle il exprime qui il est ou ce qu'il veut être lorsqu'il exerce telle ou telle fonction.

La notion de *maîtrise de soi*²⁶ décrit de manière très épurée ce que nous perdons lorsque nous perdons notre sang-froid. Avoir la maîtrise de soi, c'est stabilisant et cela permet d'avoir un appui, p. ex. dans les moments d'intense émotion. Il est plutôt rare que les patients perdent complètement leur sang-froid ; pour eux, il s'agit plutôt de sentir quand ils atteignent « une limite » et d'essayer de ne pas perdre la maîtrise de soi. Pour de nombreux médecins, la peur de perdre son sang-froid est une raison qu'ils expriment ouvertement ou qui agit inconsciemment pour leur faire adopter une attitude défensive face aux émotions²⁷.

En conclusion de ce qui précède, la gestion des émotions dans un environnement professionnel doit reposer sur deux approches :

- être fondamentalement disposé à accueillir les émotions des patientes ou patients et ses propres ressentis

²⁵ Ce phénomène de diffusion est au cœur de la chanson 'Love is in the air' (Paul Young, 1978), dont le message semble plausible à la plupart des auditeurs.

²⁶ Schmitz, H. (2011). *Der Leib*. Berlin: de Gruyter; S. 45 f

²⁷ Janssens KME, Sweerts C, Vingerhoets AJJM. The Physician's Tears: Experiences and Attitudes of Crying Among Physicians and Medical Interns. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019 Dec;26(4):411-420

- avoir la capacité d'ajuster sa réceptivité afin de tenir compte du besoin des patients d'être entendus et du souhait des médecins de ne pas perdre pied.

Ces objectifs ne peuvent en partie être atteints qu'au moyen de méthodes déterminées, ils exigent au moins autant de réflexion personnelle sur son état émotionnel que de possibilités de réguler la maîtrise de soi avec souplesse ou rigidité²⁸.

Dès lors que nous partons du principe que la gestion d'émotions intenses concerne toutes les personnes impliquées, il est clair que le *facteur temps* joue un rôle décisif : non seulement les patients ont besoin de temps pour conserver la maîtrise de soi, mais aussi les médecins devraient prendre le temps de réagir à leur propre émotion et de retrouver leur maîtrise de soi.

Les recommandations usuelles se focalisent presque exclusivement sur la gestion des émotions des patients, les émotions des médecins étant traitées séparément sous des aspects tels que « prendre soin de soi » ou « équilibre vie privée-vie professionnelle ».

Le modèle le plus utilisé est le modèle NURSE²⁹. Il est enseigné in extenso aux étudiants et seuls les travaux récents indiquent qu'il est insuffisant ou en montrent les limites³⁰ (cf. annexe).

En ce qui concerne les méthodes pertinentes pour gérer les émotions, il est beaucoup plus difficile de formuler ce qui doit être fait (to do) que ce qui n'a pas besoin de l'être (not to do) : ignorer purement et simplement les émotions ou miser sur une consolation hâtive pour les faire disparaître est rarement judicieux et souvent frustrant pour les personnes concernées.

Les « to do » dépendent très largement de la manière dont une personne gère ses propres émotions : une personne qui en a peur et les tient à distance aura du mal à accueillir les émotions des autres ou à les aborder avec eux. De plus, les émotions sont rarement clairement perceptibles. Le plus souvent, on ressent un je ne sais quoi qui déteint sur l'atmosphère, sans vraiment pouvoir l'attribuer distinctement à une émotion comme la peur ou la déception. Il est aussi possible que le ressenti du médecin lui dicte une vague impression que « quelque chose ne tourne pas rond », mais que le patient ne donne de lui-même aucune indication claire sur son état émotionnel.

La recommandation de **nommer les émotions (naming emotion)**³¹ est donc une méthode ambiguë et complexe mettant l'accent sur l'expression verbale qui, dans la pratique clinique, est plus rare que les indices non verbaux, qui marquent un changement d'ambiance ou d'humeur (changements subtils dans le ton de la voix, la mélodie de la voix, les traits du visage et la posture du corps). Voici quelques exemples de réactions verbales à une émotion ou une ambiance particulière :

- Des facteurs contextuels rendent probable la présence d'une émotion particulière, le flux de paroles du patient est perturbé, le médecin souhaite poursuivre l'entretien et exprime une hypothèse : « D'après ce que je ressens, vous semblez très mal à l'aise... ? »
- Il est difficile de déterminer l'ambiance dans laquelle se déroule un entretien, mais on ressent « quelque chose d'anormal » : « Je ne sais pas comment vous vous sentez en ce moment, mais j'ai l'impression que quelque chose ne va pas... ? »
- Le médecin se rend compte d'un changement dans son propre ressenti et propose de partager cette sensation avec le patient : « En vous écoutant, je remarque que je me crispe et que j'ai besoin de respirer un grand coup et d'ouvrir la fenêtre. Cela me pèse. Et vous, ressentez-vous cela aussi ? »

²⁸ Wolf Langewitz: Ärztliche Haltung. Was ist das und wie kann man es erreichen? Heft 27, Rostock 2017, 14 Seiten, ISBN 978-3-86009-388-7

²⁹ Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. CA Cancer J Clin 2005;55:164–177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>.

³⁰ Childers, J. W., Bulls, H., & Arnold, R. (2023). Beyond the NURSE acronym: the functions of empathy in serious illness conversations. *Journal of pain and symptom management*, 65(4), e375-e379.

³¹ Curtis J.R., Treece P.D., Nielsen E.L. et al. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016; 193: 2. 154–162

Plusieurs mythes persistent quant à la gestion des émotions pendant les consultations et notamment celui selon lequel il est toujours pertinent et juste de répondre à ce qui fait indirectement référence à des émotions dans le discours du patient^{32 33}. Dans ce contexte, la formation devrait tout d'abord se concentrer sur ce qu'il faut connaître afin d'atteindre une compréhension plus large des émotions et de leur place dans une consultation réussie. Cela pourrait être réalisé sous la forme de webinaire ; les apprentissages en ligne ont déjà pris leur place et ils pourraient être modifiés de manière à être adaptés non seulement aux étudiants, mais aussi aux médecins en formation postgraduée.

La gestion des émotions étant par nature interpersonnelle, elle inclut aussi le ressenti de ses propres émotions ; pour s'en rendre compte, cela demande de s'immerger dans l'émotionnel et d'y réfléchir mais aussi d'expérimenter personnellement ses propres émotions. Cet objectif de formation devrait être transmis de manière interactive – il convient d'examiner si cette forme d'échange et d'expérience peut également être enseignée en ligne. Pour l'instant, il n'existe pas de données empiriques fiables à ce sujet. L'exemple de la communication d'informations problématiques (p. ex. Breaking Bad News) a permis de montrer que le contact direct avec un patient simulé est une option parfaitement réalisable et pertinente.

7.6 Entretien motivationnel

De nombreux patients sont atteints de maladies chroniques ; ils doivent souvent changer leur mode de vie, suivre des traitements complexes ou s'arranger avec des restrictions fonctionnelles. L'entretien motivationnel propose un soutien efficace aux médecins qui souhaitent inciter leurs patients à changer de comportement³⁴³⁵.

L'entretien motivationnel (EM) associe un certain état d'esprit à un ensemble de méthodes spécifiques. Il repose sur l'hypothèse que chaque individu (ou du moins la plupart) porte en lui la capacité de changer ; même s'il faut parfois beaucoup de patience pour que le changement se réalise.

Ce qui relève de l'*état d'esprit* correspond à ce qui a été exposé au chapitre sur le silence et l'écoute attentive : les médecins sont-ils intéressés à comprendre pourquoi les patients se comportent différemment de ce qu'ils souhaiteraient ? La posture non-jugeante est souvent mise à rude épreuve lorsque les patients donnent des explications difficilement compréhensibles pour un spécialiste.

En ce qui concerne les *méthodes évoquées*, il s'agit tout d'abord d'identifier l'étape dans laquelle se trouve un patient qui a été incité à changer de comportement ; la classification ci-après se réfère au modèle *Process of Change*, selon lequel les personnes modifient leur comportement en suivant certaines étapes : elles ne pensent pas avoir de problème (pré-contemplation), elles voient le problème mais n'envisagent pas encore de changer (contemplation), elles se sentent prêtes à démarrer un changement et réfléchissent aux prochaines étapes (préparation) ou elles sont déjà actives (activité). Dans l'idéal, elles sont parvenues à un comportement différent (maintenance), mais une rechute est possible (rechute) qui les ramènera à un stade antérieur. L'entretien motivationnel se structure selon les phases suivantes :

- Focussing : définir un thème commun
- Evoking : connaître le point de vue du patient par une écoute attentive

³² Easter DW, Beach W. Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions. *Curr Surg* 2004; 61:313–

³³ Del Piccolo L. VR-CoDES and patient-centeredness. The intersection points between a measure and a concept. *Patient Educ Couns*. 2017 Nov;100(11):2135-2137. doi: 10.1016/j.pec.2017.05.007. Epub 2017 May 5. PMID: 28610822.

³⁴ Gagneur, A., Gutnick, D., Berthiaume, P., Diana, A., Rollnick, S., & Saha, P. (2024). From vaccine hesitancy to vaccine motivation: A motivational interviewing based approach to vaccine counselling. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 20(1). <https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2391625>

³⁵ Xinghe Huang, Nuo Xu, Yuyu Wang, Yixin Sun, Aimin Guo, The effects of motivational interviewing on hypertension management: A systematic review and meta-analysis, *Patient Education and Counseling*, 112, 2023, 107760, ISSN 0738-3991, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107760>.

- Classer les arguments : du point de vue du patient, quels sont les arguments en faveur d'un changement (Change Talk) et quels sont ceux contre (Sustain Talk).
- Vérifier la compréhension commune : utiliser le *teach-back* pour clarifier la question : portons-nous en ce moment le même regard sur la situation ?
- Transmettre des informations spécifiques : où trouver de l'aide, qui la propose ?
- Définir ensemble les prochaines étapes

Le choix de l'une ou l'autre de ces étapes dépend du stade auquel se trouve le patient : il n'est pas pertinent de fournir des informations sur les offres de soutien possibles à une personne qui n'est pas encore dans la phase de préparation. Dans la plupart des entretiens motivationnels, il s'agit d'accompagner le patient pour le faire avancer dans le processus de changement.

Un point essentiel de ce qu'il ne faut pas faire (*Not-To-Do essentiel*) est évident pour la plupart des médecins : présenter des contre-arguments (communication selon le mode « oui, mais ») qui ciblent rarement ce dont un patient aurait besoin pour réfléchir à son comportement, et encore moins pour le changer.

7.6.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique

Les contenus cognitifs tels que le modèle de *Process of Change* et le déroulement de l'entretien motivationnel peuvent être enseignés par webinaires ; cette méthode est déjà utilisée par la FMH et pendant les études universitaires.

Dans l'idéal, le *répertoire comportemental* de l'entretien motivationnel peut être expérimenté avec des patients simulés qui mettent en avant les comportements qui leur sont préjudiciables. À ce sujet, il existe une multitude de cas détaillés et les expériences acquises dans l'enseignement et la formation postgraduée et continue.

7.7 Communication de mauvaises nouvelles

Avant d'annoncer une mauvaise nouvelle (breaking bad news), il est important d'évaluer dans quelles dispositions sont les personnes concernées pour recevoir une information qui risque de les bouleverser. Cela dépend de leurs expériences de vie passées (épreuves surmontées avec succès) et de leur disposition personnelle (vulnérabilités, expériences d'attachement, tendance à occulter les aspects négatifs [dénî]). La question du dosage est donc au cœur de ces entretiens (quelle est la gravité de la situation), ainsi que celle du dosage de l'information (quel niveau de détail). Il n'est pas toujours pertinent de demander directement aux patients comment ils souhaitent être informés, car ils ne savent pas à l'avance quelles informations seront disponibles. En revanche, il convient de distinguer entre la marche à suivre pour annoncer une mauvaise nouvelle et l'accompagnement des personnes concernées lors du suivi ultérieur.

Il est utile de partir du principe, même chez les patients connus et particulièrement résilients, que l'annonce du diagnostic d'un cancer, par exemple, va bouleverser la vision qu'ils ont de leur existence et les placer devant une situation totalement nouvelle, pour laquelle ils ne sont pas en mesure de mobiliser immédiatement des ressources.

Lorsqu'un médecin accompagne un patient dans une situation difficile, l'anamnèse peut souvent lui être utile si elle fournit des indications sur la manière dont la personne a géré une situation difficile dans le passé : a-t-elle, par exemple, relevé le défi et essayé activement de se réorienter ou a-t-elle « cédé au destin » et essayé de faire de son mieux ?

Annoncer une mauvaise nouvelle, qui plus est si elle est inattendue, c'est bouleverser la vision que le patient a de sa propre existence. Dans un tel cas, il est important de procéder par étapes et de doser

les informations et, par exemple, d'aborder en premier la gravité du point de vue médical (« Il s'agit d'un résultat médicalement difficile ») puis d'attendre sa première réaction. Souvent, il demande tout de suite des informations supplémentaires et exprime souvent une hypothèse pertinente (« Alors c'est un cancer ? ») ; l'étape suivante consiste alors pour le médecin à résumer la situation médicale (« Oui, vous avez raison, c'est un cancer »). Le patient doit ensuite « assimiler » cette nouvelle, ce qui peut parfois le pousser dans ses retranchements et lui fait perdre sa maîtrise de soi (cf. p. 9). Le plus important à ce moment-là est de lui laisser la possibilité de retrouver ses esprits et de se ressaisir. Généralement, il pose ensuite la question suivante : « Et maintenant, qu'est-ce qu'il va falloir faire ? » Il se peut ensuite qu'il soit absorbé par ce questionnement, qu'il commence par intégrer et réaliser ce qu'il vient d'entendre de sorte que les questions concrètes de la mise en œuvre du traitement ou des espoirs de guérison ne peuvent être abordées que lors d'une deuxième consultation. Les principes ci-dessus aident à pondérer les informations à transmettre : qu'est-ce qu'une personne doit savoir MAINTENANT pour ne pas se faire encore plus de soucis d'ici la prochaine consultation. Cela signifie avant tout ne pas la submerger d'informations détaillées, à moins qu'elle ne les ait explicitement demandées.

Certains patients peuvent être très émotionnés et ne pas encore être réceptifs aux informations. Lorsque le patient est extrêmement surpris parce que la mauvaise nouvelle était totalement inattendue, il faut procéder lentement et avec empathie, et lui laisser le temps de réaliser en ponctuant l'entretien de pauses, car sa capacité d'assimiler et de traiter les informations est réduite.

Les nombreuses réactions émotionnelles, telles que la déception en cas de récurrence (« Ne venez pas me parler d'un autre traitement ! »), mais aussi la colère, la tristesse ou la peur, sont parfaitement compréhensibles et il est pertinent de faire preuve de compréhension. Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les émotions, cette compréhension ne doit pas se borner à une déclaration explicite du type « Je comprends très bien que vous... », mais elle peut tout aussi bien, et plus souvent, se traduire par un geste, un mouvement de langage, un soupir du médecin qui montrent ainsi que les émotions ont été « entendues » et qu'elles ont leur place ici.

Si c'est possible et que le patient est réceptif, il est préférable de combiner une mauvaise nouvelle avec des informations rassurantes (« Ce cancer se traite très bien » ; nous avons tout ce qu'il faut pour soulager les douleurs et les difficultés respiratoires »). Cette transition vers un message rassurant est particulièrement indiquée lorsque le patient montre des indices de fatigue psychique pendant l'entretien (manque de concentration, manifestation d'une peur incontrôlable, sentiment d'impuissance). À l'inverse, la communication d'informations positives est assez mal vue si elle sert en premier lieu à soulager le médecin qui veut ainsi se libérer du fardeau que représente l'annonce d'une mauvaise nouvelle et dont il a de la peine à supporter la charge.

7.7.1 Mise en œuvre dans les formations et la pratique clinique

Il est possible de s'exercer à l'annonce de mauvaise nouvelle avec des patients simulés ; cette procédure est établie dans l'enseignement de pratiquement toutes les universités et il est également possible de l'apprendre dans certaines institutions au cours de sessions en ligne.

8. Interface avec les autres mandats

Les interfaces concernent principalement les mandats sur l'éthique clinique et sur la sécurité des patients.

8.1 Interface avec le mandat « éthique clinique »

La question de la prise de décision partagée constitue un point de convergence évident avec ce que nous traitons ici. Le chapitre éponyme (p. 7s) y est consacré et précise que la décision partagée

constitue un champ d'application adéquate de la conduite d'entretien centrée sur le patient. On peut se demander s'il faut créer un ensemble de cas indépendant ou si les exemples de cas proposés par les sociétés de discipline médicale en collaboration avec l'équipe SoCoCo offrent l'occasion de prises de décision partagée professionnelles. Selon nous, cette dernière solution est à privilégier, car les options diagnostiques et thérapeutiques varient d'une discipline à l'autre. Cela permet par ailleurs d'inscrire la décision partagée dans son application clinique, qui devient ainsi un élément du quotidien clinique plutôt que de créer un cadre spécifique pour l'enseigner. Pour la SoCoCo, cela signifie que dans des cas particuliers, la liste des points passés en revue lors d'un feed-back doit être complétée de points spécifiques qui ne sont pas encore pris en compte dans l'entretien professionnel. Cela concerne principalement le thème de « Connaître le monde de l'autre » et, en d'autres termes, de prendre en compte les valeurs du patient qui pourraient être importantes pour lui en vue de la décision à prendre, lorsque plusieurs options s'offrent à lui. Du point de vue de la communication, cela ne représente pas un défi particulier ; en revanche, il est important d'enseigner aux médecins à élargir leur anamnèse et à y introduire ces aspects s'ils veulent parvenir à une décision *partagée*.

8.2 Interface avec le mandat « sécurité des patients »

Nombre des travaux de ces dernières années soulignent l'importance d'une communication professionnelle au sein des organisations de santé^{36 37}. Ils soulignent également l'importance d'une communication respectueuse entre les médecins et les professionnels de santé^{38 39}. C'est plausible, car la volonté de prendre la parole pour donner un feed-back critique dépend de la disposition des destinataires à l'accueillir avec bienveillance et à faire au moins l'effort de réfléchir à leur propre démarche⁴⁰. Il s'avère que ce n'est pas facile à mettre en œuvre dans la pratique, et on peut supposer que c'est lié aux « coûts » psychologiques et émotionnels que génère la volonté d'émettre une critique. Par contre, peu d'études ont été menées sur les facteurs concernés⁴¹. Il est cependant évident que les structures hiérarchiques rendent difficile un feed-back critique « du bas vers le haut ». Ce point en particulier renvoie à l'importance des *facteurs structurels* au sein d'une institution de santé : existe-t-il des canaux qui permettent de donner un feed-back critique et d'éviter en même temps un lynchage en règle ? La situation de la chirurgie cardiaque à l'Hôpital universitaire de Zurich, dont la presse a abondamment parlé, a mis en évidence des déficits dans ce domaine, car on peut supposer, du moins de l'extérieur, que la critique n'était guère souhaitée et qu'il fallait beaucoup de courage pour assumer ses propres opinions.

La *transmission et la réception de feed-back* sont des notions particulièrement importantes de la communication interprofessionnelle et permettent de viser une amélioration de la culture de l'erreur dans les institutions. Cette question est déjà traitée par l'ISFM qui propose une formation « Teach-the-Teacher » sur la communication et on peut se demander s'il ne faudrait pas l'intégrer en plus dans le mandat sur la communication professionnelle.

³⁶ Basson, Tom MSPH*,†; Montoya, Alfred MHA‡,§; Neily, Julia RN, MS, MPH*,†; Harmon, Lisa PhD†; Watts, Bradley V. MD, MPH*,†,‡. Improving Patient Safety Culture: A Report of a Multifaceted Intervention. *Journal of Patient Safety* 17(8):p e1097-e1104, December 2021. | DOI: 10.1097/PTS.0000000000000470

³⁷ Burgener, Audrey M. "Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction." *The health care manager* 39.3 (2020): 128-132.

³⁸ Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: How psychological safety fosters communication and increases patient safety. *Frontiers in Psychology*, 14, 1164288.

³⁹ Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., & Burney, I. (2022). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of nursing management*, 30(1), 268-278.

⁴⁰ Jones, A., Blake, J., Adams, M., Kelly, D., Mannion, R., & Maben, J. (2021). Interventions promoting employee "speaking-up" within healthcare workplaces: a systematic narrative review of the international literature. *Health Policy*, 125(3), 375-384.

⁴¹ Kim, S., Appelbaum, N. P., Baker, N., Bajwa, N. M., Chu, F., Pal, J. D., ... & Bochatay, N. (2020). Patient safety over power hierarchy: a scoping review of healthcare professionals' Speaking-up skills training. *The Journal for Healthcare Quality (JHQ)*, 42(5), 249-263.

9. Première formalisation en vue d'une mise en œuvre dans les meilleurs délais

La coopération avec les sociétés de discipline médicale est centrale pour aborder et poursuivre le mandat sur la communication professionnelle. Elles doivent être associées dès le début aux travaux afin de se sentir aussi responsables de la réussite du projet, comme si le projet était le leur (« ownership »). La SoCoCo prend précisément ce point en charge : ce n'est pas un comité d'experts à Berne ou à Bâle qui décide de ce qui est important, mais cette décision se prend « sur place », chez les internistes, les psychiatres, les pédiatres, les chirurgiens, les gynécologues, etc., etc. Afin d'avancer dans la mise en œuvre, nous proposons de créer un poste à temps partiel chargé de l'organisation au niveau des médecins spécialistes, et regroupant les activités au sens d'un secrétariat. La personne chargée de cette fonction doit avoir de l'expérience pour développer des cas standard et les points passés en revue lors d'un feed-back afin d'aider les sociétés de discipline. En parallèle, il faut nommer des personnes au niveau des sociétés de discipline médicale qui sont intéressées par le développement de cas standard (et problématiques) et entretenir le contact au sein de la société. Comment se déroule le processus de décision est du ressort de la société de discipline ; il incombe toutefois à l'ISFM de veiller à ce que la désignation des personnes de contact se fasse en temps utile.

10. Annexe

10.1 Annexe 1 : Ce que disent les lignes directrices sur la communication de la chambre des médecins de la Rhénanie du Nord, 2^e édition 2023⁴²

10.1.1 Fixer les limites de temps et les thèmes, clarifier explicitement le cadre

Il importe de définir le cadre temporel dès le début de la consultation, en particulier lorsque les patients ne connaissent pas encore le fonctionnement d'un cabinet médical ou d'un service de soins ambulatoires. Si le médecin a déjà un cadre défini, il devrait le faire savoir au patient dès le début de la consultation et clarifier avec lui les questions à discuter au cours de la consultation. Une consultation qui débute de cette façon offre la possibilité d'une prise de décision commune.

Tout au long de l'échange, l'entretien est centré successivement sur le patient et sur le médecin, ce qui conduit, dans l'idéal, à spécifier les hypothèses médicales : lorsque la phase de discussion centrée sur le patient a permis de recueillir suffisamment d'informations pour être en mesure de formuler des hypothèses, celles-ci sont vérifiées dans une phase centrée sur le médecin, laquelle conduit potentiellement à la formulation d'autres hypothèses qui sont alors reprises par le patient dans une phase de discussion à nouveau centrée sur le patient, mais davantage ciblée. Lors de cet échange, le patient passe d'un style de discours à un autre, d'un style narratif libre à un rapport bref et concis (style « factuel »). Ces épisodes devraient être communiqués au patient par des changements de thèmes et de styles pour qu'il soit en mesure d'adapter son comportement de communication.

10.1.2 Techniques de communication ARRR

L'acronyme ARRR (Attendre – Répéter – Reformuler – Résumer) désigne quatre techniques typiques de communication centrée sur le patient ; les trois premières techniques – Attendre, Répéter et Reformuler – permettent d'ouvrir la discussion ou la maintenir ouverte. Le Résumé tient lieu de contrôle de qualité, d'une part, et aide à structurer le déroulement de l'entretien, d'autre part.

La principale difficulté liée à la phase d'attente réside dans le fait d'évaluer combien de temps peut

⁴² <https://www.aekno.de/wissenswertes/dokumentenarchiv/aerztekammer-nordrhein/kommunikation-im-medizinischen-alltag>

durer une pause sans que le silence devienne pesant. En règle générale, les pauses qui durent jusqu'à trois secondes ne sont pas ressenties comme dérangeantes. Pour que la pause ou l'attente soit interprétée comme une invitation, l'attention du médecin doit être dirigée vers le patient; cette attention se manifeste principalement par le contact visuel.

Mais la pause remplit encore d'autres fonctions rhétoriques qui ont également leur importance dans la communication entre le médecin et le patient. La première fonction de l'attente est l'invitation : elle offre au patient la possibilité de prendre le temps de réfléchir à ce qu'il souhaite ajouter ou à la manière dont il pourrait formuler ses préoccupations. Cette fonction vaut aussi pour le médecin lorsqu'il fait une pause après que le patient a formulé des propos inattendus ou particulièrement saisissants et qu'il lui faut assimiler ce qu'il a entendu. Si le médecin fait part de ses impressions, il devra veiller à ne pas donner trop de place à sa propre consternation afin que le patient puisse poursuivre son récit.

Les deux fonctions suivantes sont tirées de la boîte à outils rhétorique : les pauses permettent de souligner certains propos, en mettant en évidence des propos exprimés précédemment ou ultérieurement. L'absence de telles pauses est particulièrement frappante quand le médecin veut faire preuve d'empathie avec une phrase telle que : « *Je peux aisément comprendre à quel point cela vous perturbe.* » Quand après une telle remarque, le thème suivant est abordé sans temps de pause (« *J'aimerais encore savoir comment vous supportez les nouvelles pilules* »), sa portée empathique est réduite.

Dans la phase de répétition, les propos exprimés par la patiente sont simplement répétés ; cette phase intervient uniquement lorsque le flux de paroles est hésitant et doit être relancé:

La patiente : « Eh bien, alors mon mari a pensé que je pourrais vous demander si ça peut venir du cœur. »

La patiente : elle regarde le médecin et se tait. [À l'évidence, elle attend que le médecin réagisse]

Le médecin : « Du cœur ? »

La patiente : « Oui, chez lui, ses problèmes cardiaques ont débuté de façon tout à fait similaire. Lui aussi avait toujours cette sensation de froid dans la mâchoire inférieure et une pression au niveau de la poitrine et ensuite, il a été victime d'un infarctus. »

Dans la phase de reformulation, le médecin répète ce qu'il a entendu ou compris des propos de la patiente. Cela implique concrètement que le médecin ne reformule que le contenu du discours du patient.

Le médecin : « Et maintenant, vous êtes inquiète que cela puisse être quelque chose de grave... ? » [Refléter l'émotion; nommer l'émotion]

La patiente : « Oui, et de plus, lorsque ma mère avait environ mon âge, au milieu de la cinquantaine, elle a été victime d'une crise cardiaque soudaine et inattendue pendant ses vacances à Majorque; ils sont alors rentrés très vite et les médecins lui ont dit qu'elle avait eu beaucoup de chance. »

Le médecin : « Là je peux bien comprendre votre inquiétude. » [Montrer que la dimension émotionnelle est comprise]

Il s'agit d'une des techniques permettant d'« ouvrir l'espace », étant donné qu'elle est utilisée pour permettre à la patiente de s'exprimer plus facilement. Elle ne constitue pas une évaluation finale. Toutefois cette différence n'est pas toujours aisément identifiable dans la transcription des entretiens. Elle résulte avant tout de la modulation de la voix : l'intonation descend à la fin d'une phrase déclarative et a tendance à remonter (ton interrogatif) lors d'une reformulation tenant lieu d'invitation.

La fonction du résumé n'est pas d'ouvrir l'espace de dialogue, mais de permettre au médecin de vérifier s'il a bien compris les propos de la patiente. Le résumé consiste à « boucler la boucle », mais dans la direction inverse : la patiente fournit des informations et le médecin « boucle la boucle » en communiquant de sa propre initiative à la patiente ce qu'il a retenu. De plus, le résumé offre au médecin la possibilité de décider des aspects dont il souhaite rendre compte de façon détaillée ou

sommaire. Le médecin pourrait par exemple vouloir résumer à un niveau d'abstraction élevé la situation professionnelle difficile décrite de façon détaillée par sa patiente à la manière suivante : « ... et à l'évidence, vous êtes actuellement extrêmement sous pression dans votre profession... ».

10.1.3 Gestion des émotions – le modèle NURSE

Cet acronyme dissimule cinq techniques pouvant se révéler utiles pour gérer les émotions d'une patiente :

Naming :	nommer les émotions
Understanding :	dans la mesure du possible, exprimer de la compréhension pour ces émotions
Respecting :	exprimer du respect ou de la reconnaissance pour le patient
Supporting :	apporter son soutien au patient
Exploring :	investiguer d'autres aspects propres aux émotions

Le fait de mettre un nom sur l'émotion (Naming) consiste à reformuler : le sentiment éprouvé par le patient est nommé tel qu'il est perçu. Cette étape n'est pertinente que lorsque le patient n'a pas déjà exprimé lui-même ses sentiments. Par exemple, si le patient dit : « *J'ai terriblement peur d'avoir quelque chose de grave* », il apparaît inutile que le médecin répète ses propos.

Une fois l'émotion exprimée, il s'agit pour le médecin d'évaluer s'il l'a bien comprise. Si tel est le cas, l'Understanding constitue alors une intervention tout à fait salutaire où le médecin montre de façon prototypique toute son estime pour le patient et son vécu.

Tout particulièrement dans les cas où des patients relatent des situations de vie difficiles, il est toujours possible de valoriser les efforts qu'ils déploient pour s'en sortir. L'interaction type qui suit montre comment le médecin manifeste du respect à l'égard du patient (Respecting).

La patiente a perdu son mari il y a six mois, elle est triste et pleure lorsqu'elle évoque cette perte. Elle raconte ensuite qu'elle a commencé un cours de langue à l'université populaire, car elle envisage de faire un séjour en Andalousie avec son amie dans quelques mois. Elle conclut par la remarque suivante :

La patiente : « On verra si je peux utiliser les connaissances d'espagnol acquises dans ce cours. »
La médecin : « Cette période est certainement très difficile pour vous. [exprimer l'émotion]. Mais je trouve formidable que vous ayez pris l'initiative d'apprendre une nouvelle langue. »

Le Supporting, c'est-à-dire l'offre de soutien, ne constitue pas, à proprement parler, une technique de communication, mais renvoie à la disposition naturelle d'aider une personne en détresse et cette offre de soutien prend un caractère professionnel quand elle est mentionnée sans être directement mise en œuvre.

La dernière technique est l'investigation des sentiments : Exploring. Cette investigation est particulièrement conseillée lorsque le médecin ne connaît pas l'état émotionnel du patient. Il perçoit qu'il y a quelque chose, mais ne dispose pas d'assez d'informations ou ne perçoit pas son état émotionnel de manière assez précise pour nommer ses émotions (Naming : reformulation).

10.1.4 Transmission d'informations

La transmission d'informations vise à informer le patient de façon à ce qu'il soit en mesure d'évaluer correctement le diagnostic, le type d'intervention, son déroulement, son but, son utilité et les risques qui lui sont liés. Le patient doit, en outre, être informé non seulement du type, des risques et de l'utilité des alternatives possibles, mais encore des conséquences liées au fait de renoncer à une intervention.

Les médecins sous-estiment fréquemment la difficulté de fournir des informations à une personne qui n'a que de vagues connaissances médicales. Certains patients ne connaissent pas les fonctions des poumons (apport d'oxygène dans le sang) ou du cœur (pompe le sang pour assurer la circulation sanguine).

C'est pourquoi il importe de vérifier pendant toute la durée de la transmission des informations, comment le patient réagit à ces informations et s'il arrive ou non à les intégrer à des connaissances préexistantes. Les nouvelles connaissances sont mieux comprises et retenues quand il est possible de les intégrer dans des connaissances existantes. Même chez les patients qui disposent de connaissances préalables (p. ex. les patients depuis longtemps diabétiques), il est important de vérifier leurs connaissances afin d'adapter les nouvelles informations à ce qu'ils savent déjà. La transmission d'informations engendre souvent des questions chez leurs destinataires ; ces questions portent, par exemple, sur la signification des informations pour leur propre situation, sur les conséquences à long terme ou sur les risques et l'utilité d'une intervention. Dans l'idéal, ces questions permettent d'évaluer la quantité et le degré de détails dont un patient a besoin. Pour identifier les questions concrètes d'un patient, celui-ci doit avoir la possibilité au préalable d'assimiler les informations reçues. C'est pourquoi il est recommandé de marquer une pause après avoir transmis deux ou trois informations et d'attendre les éventuelles questions du patient.

Il est recommandé de structurer ce processus : à l'instar du contenu d'un livre qui est présenté en différentes parties (titre, table des matières, titres des chapitres, texte, annexes), l'information – même quand elle est transmise oralement – doit être structurée.

Exemple : « J'aimerais discuter avec vous de l'intervention prévue, la thoracoscopie. »

Pause. « Plus particulièrement des points suivants:

- 1. la raison de cette intervention;*
- 2. son déroulement précis;*
- 3. les risques liés à l'intervention;*
- 4. les suites de l'intervention. »*

Pause.

Si le patient est d'accord avec cette manière de procéder, le premier point est repris:

« En premier lieu : pourquoi nous voulons pratiquer cette intervention. »

Suivent le texte proprement dit et les informations plus détaillées.

Même si la structure est claire, la quantité de nouvelles informations qu'une personne est en mesure d'assimiler est limitée. La « Cognitive Load Theory » postule que la mémoire de travail est capable de gérer sept (\pm deux) informations. De plus, un être humain peut, dans le meilleur des cas, traiter simultanément deux à quatre éléments; après 20 secondes, les informations qui ne sont pas réactivées d'une manière ou d'une autre sont perdues.

Toujours selon la « Cognitive Load Theory », chacun des processeurs individuels de la mémoire de travail peut être surchargé. Par conséquent, il vaut mieux éviter de transmettre toutes les informations par un seul et même canal et combiner plutôt les informations orales et écrites. Ainsi effectuée, la transmission d'informations n'est certes pas toujours réussie, mais l'utilisation de modules d'informations interactifs et multicanaux semble améliorer la mémorisation et la compréhension des informations.

Lorsqu'il s'agit du traitement d'informations déjà stockées dans la mémoire de longue durée, la mémoire de travail a une capacité pratiquement illimitée.

Pour la pratique médicale, cela signifie que les patients qui viennent d'être informés de leur maladie ou d'une intervention assimilent généralement beaucoup moins d'informations que nous le supposons.

Il reste à mentionner un dernier point : les médecins vérifient très rarement ce que les patients ont compris. Pour ce faire, ils peuvent faire appel à la méthode la plus étudiée, bien que rarement utilisée

mais très efficace, le *teach-back* : le destinataire dit ce qu'il a compris de l'information à la personne qui la lui a transmise.

Une possibilité de vérifier si les informations transmises ont été bien comprises serait de le formuler de la manière suivante :

Médecin : « Je trouve qu'il est difficile de bien expliquer cette intervention. Je ne sais pas si je vais y parvenir. C'est pourquoi ce serait bien que vous me disiez de temps en temps ce que vous avez compris de mes explications. Et si ce n'est pas correct, il faudra que j'essaie de mieux l'expliquer. »