

L'entretien avec le patient : la science derrière l'art d'une communication efficace

4

Matthew B. Garber, PT, DSc

William G. Boissonault, PT, DPT, DHSc, FAAOMPT, FAPTA

Objectifs

Après avoir lu ce chapitre, le lecteur devra être capable :

1. D'identifier les stratégies, y compris la mise en place de l'environnement, les compétences de communication non verbale et verbale qui facilitent un entretien efficace et efficient avec le patient.
2. De décrire les éléments de l'entretien centré sur le patient.
3. D'identifier les stratégies permettant d'améliorer le processus d'entretien avec les patients souffrant de déficiences auditives, les patients en colère ou combatifs et les patients déprimés.

L'anamnèse du patient est un élément crucial de toute visite initiale productive et réussie du patient. Les réponses du patient au cours du processus d'anamnèse apportent des informations diagnostiques importantes, fournissant 80 % des informations nécessaires pour déterminer la source des symptômes des patients [23]. Les objectifs de l'obtention de l'anamnèse du patient comprennent :

- établir un rapport ;
- identifier les obstacles à la communication ;
- identifier les styles d'apprentissage préférés des patients ;
- ainsi qu'établir les objectifs des patients en matière de physiothérapie.

En outre, le kinésithérapeute (MK) peut utiliser ces informations pour l'aider à déterminer la gravité, l'irritabilité, la nature, le stade et la stabilité de l'état des patients [39] (encadré 4.1). L'anamnèse permet de planifier un examen physique approprié et d'établir une base de références des symptômes et des niveaux fonctionnels pour mesurer les changements consécutifs à toute prise en charge.

En plus d'être vitale pour l'établissement d'un diagnostic précis et d'un plan de soins approprié, une communication efficace est tout aussi importante pour établir une relation confiante nécessaire et pour que celle-ci devienne rapidement positive entre le patient et le thérapeute. Cette interaction positive entre le patient et le thérapeute présente de nombreux avantages, notamment une réduction de la douleur et de l'incapacité, ainsi qu'une plus grande satisfaction à l'égard du traitement [55]. Le passage à un modèle de soins davantage axé sur le patient est conçu pour favoriser une première visite productive et réussie (tant du point de vue du thérapeute que du patient).

L'entretien centré sur le patient aborde le patient en tant que personne en incorporant des concepts biopsychosociaux et en encourageant une plus grande participation du patient au cours de la visite initiale [7]. L'entretien centré sur le patient fournit un mécanisme permettant aux prestataires de soins de santé d'établir des relations plus efficaces avec les patients [58], un processus qui commence par une brève discussion générale sur ce qui va se passer au cours de la visite initiale (mise en place du cadre) et par la confirmation que c'est bien ce que le patient attend.

Le modèle centré sur le patient comporte six composantes interactives [66] :

- explorer la maladie/le diagnostic du patient et ses effets sur sa vie ;
- comprendre la personne dans sa globalité ;
- trouver un terrain d'entente concernant l'intervention ou la prise en charge ;
- préconiser la prévention et la promotion de la santé ;
- améliorer la relation patient-prestataire ;
- fournir des attentes réalistes.

Dans ce cadre, le prestataire doit explorer les dimensions de l'expérience de la maladie [58], notamment les suivantes :

1. Qui est le patient (profil du patient) ? Il s'agit d'informations sur les loisirs, les intérêts et la vie professionnelle et personnelle du patient.
2. Qu'est-ce que le patient attend du prestataire (objectifs du patient) ? Il est important de savoir si le patient veut des conseils sur le diagnostic et le pronostic, s'il souhaite uniquement un programme

ENCADRÉ 4.1

Définitions opérationnelles et directives*

Gravité : Ce terme décrit l'évaluation par le clinicien de l'intensité des symptômes du patient par rapport à une activité fonctionnelle. Les kinésithérapeutes (MK) peuvent tenir compte de la perception de la gravité par le patient et de leur propre évaluation de la gravité.

Excitabilité : Ce terme décrit l'évaluation par le clinicien de la facilité avec laquelle les symptômes peuvent être provoqués ou attisés. Il comporte trois éléments : 1) la quantité d'activité nécessaire pour déclencher les symptômes du patient, 2) la gravité des symptômes provoqués, et 3) l'activité et le temps nécessaire pour que les symptômes du patient s'atténuent (durée).

Nature de la plainte : Ce terme décrit l'évaluation par le clinicien des éléments suivants :

- hypothèses sur les structures (le cas échéant), le syndrome/la classification, ou les structures ou syndromes patho-anatomiques responsables de la production de la douleur (par exemple, racine nerveuse, disque, composante inflammatoire, dysfonctionnement lombaire versus dysfonctionnement de l'articulation sacro-iliaque) ;
- tout élément du problème ou de l'état général qui pourrait justifier une certaine prudence lors de l'examen objectif (par exemple traumatisme, coup du lapin) ;
- le caractère du patient ou du problème : tenir compte des facteurs psychologiques, de la personnalité, ethniques et socio-économiques ou de la tolérance à la douleur du patient.

Stade de la pathologie : Ce terme décrit l'évaluation par le clinicien du stade auquel se trouve le trouble (aigu, subaigu, chronique, aigu sur un fond de chronicité). Il implique un délai d'apparition, qui dépend de la nature patho-anatomique du problème et de la phase de guérison des tissus (par exemple fracture ou tissu mou). Le stade peut être obtenu à partir de l'histoire passée et présente. Un modèle de symptôme chronique avec une aggravation aiguë épisodique des symptômes est courant.

Stabilité : Ce terme décrit la progression des symptômes du patient dans le temps (l'épisode actuel ou l'ensemble des épisodes dans le temps). Le problème s'améliore-t-il, s'aggrave-t-il ou reste-t-il le même ?

* Les auteurs utilisent l'acronyme SINSS : *severity, irritability, nature of the complaint, stage of pathology and stability*. (NdT)

d'exercices à domicile ou s'il s'attend à un retour complet à son niveau d'activité antérieur. Cette information est importante pour déterminer si les attentes du patient sont réalistes compte tenu de la nature, du stade et de l'historique de la maladie.

3. Comment le patient vit-il la maladie (limitations fonctionnelles)? Il est important de savoir comment le patient gère le fait d'être malade; comment il réagit aux symptômes et aux changements de fonction; également, comment la famille, les collègues de travail et le réseau social traitent la maladie ou le handicap du patient.
4. Quelles sont les perceptions du patient concernant la maladie? Il est important de demander au patient son avis sur l'origine des symptômes et ce qu'il pense du diagnostic, du pronostic ou de l'intervention.
5. Quels sont les sentiments du patient à l'égard du trouble? Il est important de noter si le patient est triste, déprimé, optimiste ou motivé.

L'objectif principal de ce chapitre est de fournir aux MK et aux étudiants les stratégies et les compétences en matière de communication, de technique et de prise de décision clinique associées à un processus efficace d'entretien avec le patient. Non seulement l'art et la science derrière les compétences de communication verbale et non verbale seront explorés, mais de plus les aspects « techniques ou mécaniques » de l'entretien avec le patient seront abordés. La mise en place de l'environnement, la promotion d'une première impression positive et l'assurance d'une fin positive de la visite initiale dépendent toutes de la base de connaissances et du niveau de compétence du MK. Les défis à relever pour que la première visite du patient soit productive et réussie seront également explorés. Que pouvons-nous apprendre de la littérature qui nous guide sur ce qu'il ne faut pas faire lors de la visite initiale du patient? Enfin, des suggestions de stratégies à employer pour travailler avec des patients déprimés ou en colère/combatifs seront présentées.

Éthique, empathie et humanisme

Les complexités de la pratique clinique, associées à l'éventail des besoins et des personnalités des patients, posent des défis importants pour les MK. Avec les changements aux États-Unis dans *Medicare*, la capitation, les organisations de maintien de la santé et les soins gérés, la pratique clinique continue d'être encore plus complexe. Par conséquent, les cliniciens peuvent facilement perdre de vue le côté humaniste de la pratique clinique. Grâce aux technologies avancées, les cliniciens se concentrent souvent davantage sur les composantes patho-anatomiques des patients que sur les patients eux-mêmes. Beaucoup d'entre nous se sont surpris à parler du « patient ayant subi une reconstruction du LCA » ou du « patient atteint de fibromyalgie » plutôt que de « M. Jones, le plombier avec trois enfants qui ne peut pas retourner au travail 6 mois après une reconstruction du LCA ».

Les cliniciens passent souvent de l'expérience humaine de la maladie ou du handicap à divers faits technologiques concernant l'état clinique [4]. Les cliniciens ont parfois du mal à comprendre la souffrance humaine qui ne peut pas être expliquée par des repères anatomiques ou physiologiques spécifiques. Pour aider à combler ce fossé entre l'expérience du patient en matière de maladie ou de limitations fonctionnelles et l'accent mis par le prestataire de soins de santé sur le diagnostic anatomique le plus approprié, il

faut un paradigme qui intègre une compréhension plus complète de la situation humaine difficile [4]. Nous devons concilier la compréhension scientifique et la compréhension humaine, en utilisant l'une pour guider l'autre [4]. Bien que l'écoute active, le bon contact visuel et les questions ouvertes soient des exemples de stratégies permettant d'intégrer l'empathie et l'humanisme dans la rencontre avec le patient, nous devons également être prêts à nous aventurer au-delà pour reconnaître et comprendre pleinement les préoccupations du patient [50]. Pour que l'aspect humaniste des soins aux patients devienne une habitude, il est important d'identifier les multiples problèmes de santé présents lors de la visite du patient, de réfléchir aux conflits possibles et de prendre en compte le point de vue du patient [50].

Le fondement des soins humanistes aux patients est la compréhension du fait que chaque visite d'un patient est constituée de trois perspectives : le prestataire, le patient et la famille du patient [50]. Les prestataires doivent apprendre à réfléchir et à penser de manière critique à leur propre comportement et à leurs compétences. Un véritable changement de comportement ne se produit que lorsque l'on réfléchit à de nouvelles expériences et que l'on modifie la structure de ses propres connaissances [48]. La pratique réflexive est également l'une des caractéristiques de l'expertise clinique dans la pratique de la kinésithérapie identifiée par Jensen et al. [33]. Enfin, le prestataire doit choisir l'altruisme : soutenir le point de vue du patient, même s'il entre en conflit avec son propre agenda [50].

Tout comme les compétences en matière d'entretien centré sur le patient, l'empathie et l'humanisme peuvent également être appris [57, 63, 71]. Ce processus implique de reconnaître quand le patient exprime des sentiments ou des émotions forts, de lui permettre d'exprimer ces sentiments, de reconnaître que ces sentiments ont un sens et d'offrir de l'aide [57]. Souvent compliquées et frustrantes, les rencontres avec les patients peuvent devenir des interactions productives pour le patient et le prestataire de soins en faisant une pause, c'est-à-dire ne rien faire d'autre qu'écouter le patient plutôt que de se sentir obligé de « faire quelque chose » [16, 57]. Plusieurs mots et phrases ont été identifiés comme favorisant l'empathie, permettant au prestataire de soins d'établir un lien avec le patient (encadré 4.2) [16]. « Voulez-vous m'en dire plus à ce sujet? », « Y a-t-il autre chose? » et « Laissez-moi voir

ENCADRÉ 4.2

Les mots qui construisent l'empathie

REQUÊTES

Pourriez-vous m'en dire plus à ce sujet?
Comment cela s'est-il passé pour vous?
Y a-t-il autre chose?
Hmm...

CLARIFICATIONS

Laissez-moi voir si j'ai bien compris.
Je veux m'assurer que je vous comprends bien.
Est-ce que j'entends bien?
Faites-moi savoir si je fais fausse route, d'accord?

RÉPONSES

Cela semble difficile.
J'imagine que vous devez vous sentir...
Je vois que vous êtes...
C'est très bien. Vous devriez vous sentir bien à ce sujet.

si j'ai bien compris» sont tous utiles pour pratiquer l'empathie clinique [16].

La pratique éthique est une caractéristique de la profession de MK. Si les patients ou les autres prestataires de soins de santé perçoivent, par le biais de la communication verbale et non verbale, les valeurs et les attributs personnels du MK, comme déficients, cela risque d'avoir un effet négatif sur la visite du patient. Les MK doivent adopter un comportement décent, modeste, sensible, honnête, sincère, bienveillant, empathique, courtois et compétent [22].

La communication : aperçu de la littérature médicale

Les caractéristiques de communication positives observées lors des rencontres patient-médecin sont également appréciées par les patients qui travaillent avec des MK. Bialosky et al. [12] ont noté que les patients étaient plus satisfaits des soins reçus et se souvenaient mieux des informations fournies et les comprenaient mieux lorsque la communication était de qualité. Beattie et al. [6] ont rapporté une forte association entre la satisfaction des patients et la qualité perçue des interactions entre les patients et les MK. En particulier, les MK consacrant suffisamment de temps au patient, faisant preuve d'une grande capacité d'écoute et de communication et offrant des explications claires sur les traitements étaient des qualités souhaitables. On peut se demander « combien de temps est adéquat » et « combien de temps va durer cette visite initiale ? ». En comparant les médecins « sans poursuites » avec les médecins ayant fait l'objet de poursuites judiciaires, la différence de durée moyenne de la rencontre avec le patient n'était que de 3 minutes. Cette différence moyenne de 180 secondes dans la durée des visites a eu un effet indépendant sur la prédiction du statut des plaintes des médecins [40]. Ces résultats soutiennent la notion selon laquelle la qualité, et non la quantité de temps, est la clé d'une rencontre positive.

Les inquiétudes concernant le fait que l'histoire du patient prenne trop de temps peuvent conduire les cliniciens à interrompre ou à rediriger le patient tôt et souvent. Dans deux études sans lien entre elles, les chercheurs ont constaté que seuls 23 à 28 % des patients sont en mesure de terminer leur déclaration initiale de préoccupations avant d'être interrompus ou redirigés [9, 47]. Dans une étude, seul un patient a été en mesure de terminer l'intégralité de sa déclaration initiale [47]. Les patients ont été interrompus par le médecin en moyenne 18 à 23 secondes après le début de l'entretien – généralement après l'énoncé d'une seule préoccupation initiale [9, 47]. Cette constatation est importante car, s'ils en ont l'occasion, les patients expriment en moyenne trois préoccupations par visite et, fait important, la première préoccupation n'est pas toujours la plainte principale [47, 75].

Les médecins prennent généralement le contrôle de l'entretien après l'interruption et utilisent davantage de questions fermées pour le reste de l'entretien [9]. Les patients autorisés à terminer leur déclaration initiale ne prennent que 6 secondes de plus que ceux qui sont interrompus [47]. Le temps moyen pour qu'un patient révèle entièrement ses principales préoccupations est de 32 à 90 secondes, avec un maximum d'environ 2 minutes [9, 47]. Une moyenne de 21 interruptions se produit au cours d'une visite de soins primaires typique [60]. Après avoir été interrompus, les patients peuvent ne pas faire part de leurs prin-

cipales préoccupations ou [60] les patients peuvent soulever des questions non divulguées précédemment et qui n'avaient pas été mentionnées auparavant, souvent appelées « Oh, au fait... », au cours des derniers moments de la consultation. Des études ont rapporté ce phénomène dans environ 20 % des visites de patients [47, 75]. Interrompre le patient peut nuire à la quantité et à la qualité des données pertinentes obtenues lors de l'entretien [60, 62].

L'utilisation appropriée de la terminologie médicale, y compris la clarification de la compréhension des termes par les patients, est essentielle à une communication réussie. Wright et Hopkins [78] ont constaté que les médecins, les MK et les patients sont souvent en désaccord sur la définition des termes médicaux les plus utilisés. Les médecins et les patients étaient en désaccord sur plus de 40 % des mots inclus dans un questionnaire. Les MK et les patients n'étaient pas d'accord sur les termes engourdissement, ligaments, lombaire, dos et nerf sciatique. Ce qui est peut-être encore plus alarmant, c'est que les médecins et les MK n'étaient pas d'accord sur 30 % de ces termes médicaux couramment utilisés. L'arthrite, le dos, la faiblesse du bras, le gonflement d'une articulation et le nerf sciatique figurent parmi les mots dont l'accord est moyen ou faible. L'utilisation d'images et de modèles pour illustrer l'anatomie et la patho-anatomie peut être utile, et le fait de demander aux patients de répéter ou de reformuler les explications et les instructions renforcera le fait que le patient comprend effectivement ce qu'il doit savoir.

La revue systématique et la méta-synthèse d'O'Keefe et al. [55] ont identifié quatre thèmes perçus comme influençant les interactions patient-MK :

- les compétences interpersonnelles et de communication des MK ;
- les compétences pratiques des MK ;
- les soins individualisés centrés sur le patient ;
- et les facteurs organisationnels et environnementaux.

Les éléments clés du premier thème, les compétences interpersonnelles et de communication des MK, comprennent l'écoute active, l'empathie, l'amabilité, l'encouragement, la confiance et la communication non verbale. Tant les MK que les patients ont estimé qu'il était important de permettre aux patients de « raconter leur histoire », ce qui favorise l'établissement d'un lien entre le patient et le MK et le sentiment d'être apprécié par le patient. Les encouragements et la compréhension amicale ont apporté un soutien émotionnel aux patients et ont motivé certains d'entre eux à mieux adhérer au programme de réadaptation prescrit.

Le deuxième thème décrit par O'Keefe et al., les compétences pratiques des MK, comprend les éléments de l'éducation des patients ainsi que l'expertise et la formation des MK. Les patients apprécient les MK qui fournissent des explications claires et simples. En fait, une éducation de nature trop technique était perçue comme ayant un effet négatif sur la relation entre le thérapeute et le patient [2, 55]. L'importance de l'éducation du patient est conforme aux conclusions de Beattie et al. [6]. L'éducation du patient doit être dispensée de manière amicale, sympathique et concernée, afin d'augmenter la probabilité d'adéquation avec le patient [73]. Les gens se souviennent mieux de ce qu'on leur dit en premier, de ce qu'ils croient important et de ce qu'on leur répète [73]. Fournir aux patients les informations les plus importantes en premier, insister sur leur importance, utiliser des

mots et des phrases courts, répéter fréquemment les points clés et fournir des informations spécifiques peut améliorer l'observance [73]. Par exemple, « Faites vos exercices régulièrement » n'est probablement pas aussi efficace que de dire au patient de faire « trois répétitions de 30 secondes de chaque étirement une fois par jour ». Le choix des mots/phrases spécifiques utilisés pour fournir des explications peut également avoir un effet sur la réception des informations par le patient. Lorsqu'ils discutent de preuves médicales, les patients préfèrent des termes tels que « ce qui s'est avéré le plus efficace » ou « les meilleures pratiques dans le domaine » plutôt que « ce que la recherche montre » ou « les directives élaborées par des experts ». Cela dit, il est plus important d'utiliser un langage clair que le patient comprend, d'expliquer la maladie et d'écouter le patient que d'expliquer les dernières données probantes ou de discuter des diverses options de traitement [2]. La perception du patient des capacités et des compétences techniques était un facteur important dans le niveau de confiance que les patients accordaient au MK avec lequel ils travaillaient, et inversement, certains patients ont noté que les MK agissant de manière arrogante constituaient un obstacle important à une interaction positive entre le patient et le MK [55].

Le troisième thème décrit par O'Keefe et al., les soins individualisés centrés sur le patient, comprend l'individualisation des soins et la prise en compte de l'opinion et des préférences du patient. Les patients ont remarqué que le MK s'efforçait d'adapter le traitement en cas de difficultés. La prise en compte des points de vue et des opinions des patients a encouragé un engagement plus actif de ces derniers dans le processus de réadaptation et des interactions globalement plus positives entre les patients et les MK [55]. Cette prémisse est soutenue par le rapport de l'Institute of Medicine qui affirme que la satisfaction des patients est liée à la prise de décision partagée entre les prestataires et les patients [1].

Le quatrième thème de l'étude systématique d'O'Keefe, les facteurs organisationnels et environnementaux, comprenait le concept de temps et de flexibilité pour les rendez-vous et les soins aux patients. Le fait de disposer de suffisamment de temps est un facteur important pour une interaction positive entre le patient et le thérapeute. Comme indiqué dans les études précédentes, le fait de disposer d'un temps suffisant peut être davantage le reflet de la qualité de l'interaction que de visites beaucoup plus longues. Les heures de rendez-vous convenant au patient et la possibilité pour les patients de contacter le MK entre les visites à la clinique pour obtenir des conseils ajoutent de la valeur à l'interaction patient-MK [55].

La documentation décrite précédemment appuie les conclusions de Jensen et al. [32, 33], qui ont observé des MK novices et experts. Les experts cliniques passent un temps considérable avec les patients à leur prodiguer des soins pratiques, à rechercher des informations et à évaluer et éduquer les patients. Les cliniciens experts entrent dans la vie de leurs patients, écoutent bien, détectent la confusion, demandent des éclaircissements et savent quand ils sont compris. Ils fournissent des soins centrés sur le patient. Alors que les MK novices ont tendance à être plus procéduriers et mécaniques dans leurs interactions avec les patients, les experts sont plus réactifs, écoutent attentivement et s'appuient sur ce que dit le patient.

Bien que ce chapitre se concentre sur la communication entre les MK et les patients, pour les MK travaillant dans un environnement de soins primaires, la communication avec les médecins, les autres prestataires de soins de santé et les compagnies d'assurance est également essentielle [21]. Dans une étude sur la communication entre les médecins et les MK, Hulme et al. [31] ont découvert que les MK souhaitaient être plus accessibles et communiquer avec les médecins, tandis que les médecins voulaient une communication brève avec des données objectives claires et souhaitaient communiquer avec des MK ayant un haut niveau d'expertise. De plus, les médecins ont l'impression que les MK préfèrent une pratique plus autonome dans laquelle le médecin reconnaîtrait l'expertise du MK [31]. Les attitudes idiosyncrasiques des médecins et des MK à l'égard de la communication, combinées avec l'absence d'accord sur les définitions des termes médicaux courants [78], illustrent certains des défis que pose une communication interprofessionnelle efficace.

Enfin, des enquêtes récentes ont révélé que les comportements perturbateurs, y compris le recours à l'intimidation par les professionnels de la santé, sont courants [11]. Bien que la plupart des recherches sur les comportements perturbateurs portent sur les médecins et les infirmières, ils sont également répandus dans d'autres professions, y compris la kinésithérapie [61]. Il a été démontré qu'un comportement non professionnel a des effets négatifs sur la satisfaction des patients et des familles ainsi que sur les résultats des patients. Il entrave la communication, l'établissement de relations et le transfert d'informations entre les prestataires [61]. Les prestataires de soins de santé perçus comme irrespectueux ou condescendants ont aussi été associés à un risque plus élevé de faute professionnelle [29, 30, 69]. Il n'est jamais approprié de parler négativement des autres prestataires devant les patients ou de créer une atmosphère de travail perturbatrice. Les MK devraient intégrer systématiquement la réflexion dans leur pratique clinique, afin d'évaluer non seulement l'efficacité des soins prodigués, mais aussi leur attitude envers les patients et les autres membres de l'équipe soignante. L'établissement de relations avec d'autres fournisseurs de soins de santé exige un effort intentionnel faisant appel à bon nombre des compétences importantes pour établir de telles relations avec les patients.

Les professionnels de la santé sous-estiment ou oublient souvent le pouvoir des compétences pour une communication de qualité [49]. Limiter la communication avec les patients en raison de la gestion des soins, de la capitation et d'autres pressions professionnelles pourrait entraîner des temps de rétablissement plus longs et de mauvais résultats pour les patients simplement en raison de lacunes ou d'erreurs dans la collecte des données sur les patients [49]. Devenir un communicateur compétent avec les patients, les médecins et les assureurs, entre autres, devrait être une priorité pour tout MK qui souhaite travailler dans le domaine des soins primaires.

Définir l'environnement

Un environnement convivial pour le patient favorise une participation plus active et plus confortable au processus d'examen. La mise en place d'un environnement convivial pour le patient commence par l'interaction du patient avec le personnel de la

réception. Le fait de recevoir des instructions claires sur l'itinéraire à suivre pour se rendre à la clinique, le stationnement et la façon de trouver la clinique une fois à l'intérieur du bâtiment facilite l'arrivée du patient à l'heure et lui évite toute frustration ou anxiété inutile. Le fait que le patient sache quels vêtements il est recommandé d'apporter et la durée approximative de la visite aidera également à faire démarrer cette première rencontre de manière positive.

À son arrivée à la clinique, le patient se voit souvent poser des questions importantes mais très personnelles; un environnement plus confortable et plus confiant peut favoriser la volonté du patient de partager ces informations. Idéalement, l'entretien avec le patient devrait se dérouler dans une pièce ou une zone avec un minimum de bruit et le moins de distractions possible. Les MK peuvent contrôler la fréquence des interruptions en ne permettant que les contacts de nature urgente. Ce qui constitue un contact urgent doit être clairement communiqué au personnel de la réception et aux autres employés de soutien. Des salles de clinique équipées des instruments les plus couramment utilisés (par exemple marteau à réflexe, goniomètre, mètre-ruban) et pourvues de linge adéquat réduisent le nombre de déplacements des MK pour trouver ce dont il a besoin. Les pièces avec des lumières vives et du désordre empêchent un bon contact visuel [17] et doivent être évitées. Il faut proposer aux patients de s'asseoir (ou de s'allonger) de façon qu'ils soient à l'aise et que le niveau de contact visuel souhaité puisse être établi [17]. Le fait de permettre aux patients de garder leurs vêtements d'origine pendant l'entretien protège leur pudeur et améliore leur confort lorsque la température de la pièce n'est pas idéale. En outre, toute action qui aide les patients à être des historiens précis améliore la prise de décision précise et opportune du MK. Les chapitres 5 et 8 fournissent des exemples de diagrammes corporels et de questionnaires sur les antécédents médicaux administrés par le patient qui, s'ils sont bien conçus, peuvent ajouter de la valeur au processus de collecte des informations.

L'écoute : un processus actif

La clé d'un processus de communication efficace est l'écoute active. Une personne moyenne passe environ 45 % de ses heures d'éveil à des activités d'écoute, mais avec une efficacité de 25 % [14]. Être un bon auditeur, c'est-à-dire capter de nouvelles pistes de réflexion ou d'interrogation à partir d'indices verbaux et non verbaux, est essentiel à la réussite de la visite initiale du patient et du plan de soins qui s'ensuit [51, 52]. Grieve [26] a déclaré que les MK sont « en danger de négliger le simple pouvoir (psychologique) de bien écouter les patients, de les écouter attentivement, de leur accorder le bénéfice du doute ». Cette incapacité de procéder à un examen complet dans un format centré sur le patient, selon Grieve, « peut conduire à des méfaits inutiles ». De nombreux auteurs ont fait état de l'effet thérapeutique de l'entretien avec le patient [14, 19, 70].

Écouter attentivement et permettre aux patients d'exposer leur point de vue sur leur santé présente de nombreux avantages potentiels. Le MK peut apprendre quelque chose d'important sur la personnalité, le passé et les valeurs du patient, ce qui lui permet de mieux comprendre ce qui l'amène à la clinique. Cette écoute attentive peut amener le patient à écouter plus attentive-

ment le MK, ce qui améliore le rapport et la productivité globale de cette première rencontre patient-MK [15, 59].

L'écoute efficace est entravée par de nombreux facteurs, notamment :

- le refus d'écouter de la part de l'auditeur;
- le fait que l'auditeur n'écoute que ce qu'il souhaite entendre (c'est-à-dire l'écoute sélective);
- le vagabondage des pensées de l'auditeur;
- les différences linguistiques entraînant des différences de perception entre l'auditeur et l'orateur.

Le contrôle de ces éléments est un facteur déterminant d'une bonne écoute [15]. Plusieurs auteurs ont aussi constaté que les patients donnent couramment des indices verbaux et non verbaux qui passent souvent inaperçus aux yeux des médecins [36, 42, 71]. Ce manque de reconnaissance a été attribué au fait que le médecin est « au pays des différences » [36] au lieu de se concentrer sur les besoins psychosociaux du patient. Contrairement aux idées reçues, les visites au cours desquelles les médecins ont pris le temps d'utiliser l'écoute active et de répondre à ces indices ont été plus courtes que les visites au cours desquelles les indices ont été manqués [42].

Le clinicien dispose de stratégies pour montrer au patient qu'il l'écoute activement et qu'il est engagé. Le fait de résumer périodiquement ce que le patient a dit peut non seulement renforcer l'idée d'une écoute active, mais aussi garantir que le clinicien a bien entendu le patient. Par exemple, après que le patient a répondu à toutes les questions du MK concernant sa principale plainte (voir chapitre 5), ce dernier peut résumer ce qu'il a entendu en termes de localisation, de description, d'apparition des symptômes, etc. Le MK peut répéter cette opération après avoir examiné les antécédents médicaux du patient (voir chapitre 8) et la revue des systèmes (voir chapitre 9). Les communications non verbales du MK peuvent également illustrer son engagement et son écoute active.

Communication non verbale

L'effet des signaux non verbaux est généralement plus fort, plus rapide et plus direct que l'effet des signaux verbaux [3]. La communication non verbale est une action réflexe subconsciente et on peut s'attendre à ce qu'elle soit plus authentique [44]. La communication verbale est discontinue, avec des périodes de silence, et peut ne pas être en corrélation avec les messages verbaux [72], alors que le langage corporel, les expressions faciales et autres manières non verbales sont continus, même si nous n'en sommes pas conscients [72].

Une compréhension et une application habiles des stratégies de communication non verbale sont une composante importante de l'écoute active et impliquent un effort conscient et une discipline de la part du clinicien. De nombreux messages sont transmis par la communication non verbale. Le contact visuel direct, le hochement de la tête en signe d'accord et le fait de faire face au patient pendant l'entretien peuvent transmettre la sincérité et la reconnaissance du problème du patient. Marcinowicz et al. [46] ont décrit la perception qu'ont les patients des communications non verbales de leur médecin généraliste. Le ton de la voix (noté le plus souvent), le contact visuel (noté en second lieu), les expressions faciales, le toucher, la distance interpersonnelle,

la tenue vestimentaire du praticien, les gestes et les postures ont tous été notés positivement ou négativement par les patients. Les expressions faciales des MK (sourire, hochement de tête et sourcils froncés) peuvent communiquer de l'intérêt et de l'empathie envers les patients, améliorant ainsi les résultats de santé et la satisfaction des patients [18]. Une autre étude a examiné l'effet du ton de la voix du praticien et a indiqué que les tons de voix forts, rapides, sans accent et clairement articulés étaient associés à des connotations négatives [2]. Le contact visuel a été interprété par les patients comme un signe d'attention, et l'absence de contact visuel comme un signe d'inattention de la part du praticien [44]. La sensibilité aux influences culturelles concernant le contact visuel (et d'autres stratégies de communication non verbale) est importante. Ce qui peut être considéré comme une stratégie souhaitable peut ne pas l'être pour toutes les personnes. Un autre exemple concerne la posture du clinicien : la littérature soutient que le clinicien assis au niveau du regard augmente le confort du patient [34].

Thornquist [72] a examiné les vidéos de 30 entretiens avec des MK dans trois milieux de pratique différents. Les MK qui prenaient parfois des notes avaient un effet de distanciation en diminuant le contact visuel et en se détournant du patient. Les MK spécialisés dans la thérapie manuelle étaient particulièrement doués pour l'écoute active, le contact visuel, la posture et l'écriture limitée, ce qui témoigne de l'intérêt, de l'accessibilité et de l'attention du clinicien [72]. En outre, ces MK faisaient un usage actif de leurs mains tout au long de l'interaction, restaient physiquement proches du patient et adaptaient leur tempo et leur rythme à ceux du patient. Thornquist [72] a conclu que ce comportement communiquait un sentiment de bienveillance et de reconnaissance, créant ainsi une atmosphère de confiance [73].

Enfin, s'il est important que le MK adopte des comportements non verbaux appropriés dans le cadre de l'écoute active, il est tout aussi important que les cliniciens évaluent et surveillent les comportements non verbaux des patients. Par exemple, un patient qui affiche un contact visuel constant au début de l'entretien et qui est assis bien droit, mais qui, au cours de l'anamnèse, affiche de moins en moins de contact visuel et commence à s'affaisser un peu sur sa chaise peut indiquer qu'il est de moins en moins à l'aise. Un MK conscient et vigilant fera des ajustements et des modifications dans son approche de l'entretien avec le patient.

Déroulement de l'entretien

Une fois que les présentations ont eu lieu et que le MK a discuté brièvement et de manière générale de ce qui va se passer lors de la visite initiale (préparer le terrain) et confirmé que c'est bien ce que le patient attendait, il est recommandé de commencer par des questions ouvertes (tableau 4.1). Les questions ouvertes permettent aux patients de commencer leur « histoire » là où ils le souhaitent et de développer les détails relatifs à leurs principales préoccupations. Les questions fermées (celles qui nécessitent une réponse par oui ou non) doivent être posées plus tard dans l'entretien. Il est également important d'éviter les questions biaisées qui amènent le patient à donner la réponse que le praticien veut entendre [43]. Au lieu de demander : « Le traitement vous a-t-il fait vous sentir mieux ? », il peut être plus efficace de demander :

TABLEAU 4.1

Questions ouvertes et questions fermées

QUESTIONS OUVERTES	QUESTIONS FERMÉES
Qu'est-ce qui aggrave votre douleur? Qu'arrive-t-il à votre douleur la nuit?	Le fait de vous pencher augmente-t-il votre douleur? La douleur s'aggrave-t-elle la nuit?
Comment vous êtes-vous senti après notre dernière séance?	Êtes-vous allé mieux après notre dernière séance?
Pouvez-vous me décrire la douleur?	La douleur est-elle sourde ou vive?
Comment vous sentez-vous au réveil?	Êtes-vous calme ou endolori au réveil?

« Comment vous êtes-vous senti après le traitement ? » ou « Le traitement vous a-t-il fait vous sentir moins bien ? ». Si le patient se sent vraiment mieux, le clinicien peut avoir plus confiance dans la réponse du patient en répondant aux deux dernières questions.

D'autres stratégies de communication verbale efficaces consistent à ne poser qu'une seule question à la fois, à parler lentement et délibérément, et à poser des questions brèves. Ces stratégies empêchent le patient de s'embrouiller et l'aident à répondre aux questions avec plus de précision [44]. Il peut également être utile de répéter ou de résumer périodiquement ce que le patient a dit, en particulier lorsque le clinicien est sur le point de changer de sujet ou de catégorie de questions. L'utilisation des propres mots du patient dans la mesure du possible peut faciliter ce processus [44]. Des phrases simples sans jargon médical sont aussi utiles pour éviter la confusion du patient [44]. Il faut éviter de demander au patient de « fléchir » ou d'« étendre » le bras, ou de faire référence aux « signes et symptômes » du patient. De même, le MK doit éviter d'utiliser le jargon médical pour le diagnostic. Des termes tels que sous-acromial ou rétropatellaire n'ont généralement pas de sens pour les patients. Le MK doit plutôt utiliser des termes courants, comme « sous l'épaule » ou « derrière la rotule ».

Il peut être utile d'utiliser le raisonnement du patient ou de mettre en parallèle les processus mentaux du patient. Ce faisant, le MK a plus de chances de se faire une idée précise des symptômes du patient et de la façon dont ils affectent sa vie [26]. Il faut éviter les suppositions, et tout malentendu qui survient doit être attribué à l'incapacité du MK de communiquer efficacement, et non à celle du patient [44]. On a constaté que les médecins attribuent souvent les problèmes de communication au patient plutôt qu'à leurs propres limites [41]. Attribuer la frustration aux seules caractéristiques du patient peut nuire à l'établissement d'une relation de confiance nécessaire à une relation optimale entre le patient et le prestataire de soins [41]. Au lieu de reprocher au patient la mauvaise communication, le MK devrait reformuler la question : « Je suis désolé, je n'ai pas été très clair avec cette question. Ce que je voulais dire, c'était... » est une bonne façon de clarifier la situation sans blâmer le patient. Ces moments de malentendu et de clarification sont d'excellentes occasions pour le MK d'utiliser l'auto-évaluation et la réflexion pour améliorer ses compétences verbales.

Chaque question de l'entretien avec le patient doit avoir un but précis qui aide à la formation d'une hypothèse précoce, et le diagnostic différentiel est important. Pour chaque question, le thérapeute doit savoir ce qu'il veut savoir et pourquoi, quelle

est la meilleure façon de formuler la question, quelles sont les réponses possibles du patient et comment la réponse peut influencer les questions futures [43]. Les chapitres 5, 8 et 9 fournissent des exemples de questions spécifiques à inclure dans l'entretien avec le patient pour atteindre les objectifs de la visite initiale. L'auto-évaluation périodique de l'ensemble du processus d'examen, y compris l'entretien, à l'aide de bandes vidéo et audio, est un outil utile pour critiquer et améliorer sa capacité de mener un entretien efficace avec le patient.

Résumé

Cette discussion a principalement porté sur les aspects positifs associés à une communication efficace, mais il est également important de noter les aspects négatifs potentiels, associés à une mauvaise communication. La plupart des plaintes concernant les prestataires de soins de santé ne sont pas liées à un manque de compétences cliniques, mais à des problèmes de communication [61, 67]. La plupart des allégations de faute professionnelle contre les médecins découlent de problèmes de communication [66]. La différence entre les médecins poursuivis et ceux qui ne le sont jamais ne s'explique pas par la négligence, la qualité des soins ou une mauvaise documentation, mais les patients et les familles sont plus susceptibles d'intenter un procès s'ils pensent que le médecin n'est pas attentionné ou compatissant [38]. Beckman et al. [10] ont constaté que 70 % des dépositions pour faute professionnelle étaient attribuées à des problèmes de communication entre le patient et le médecin. Les médecins de soins primaires qui pratiquent l'écoute active utilisent davantage de déclarations d'orientation, rient et font de l'humour, et facilitent la participation des patients. Ils sont moins susceptibles d'avoir des réclamations pour faute professionnelle que les autres médecins [40]. La façon dont les prestataires de soins de santé communiquent avec les patients – par le ton de la voix, le comportement et l'empathie – est peut-être plus importante que le contexte du message [40, 45, 49].

L'expérience clinique à elle seule n'améliore pas les compétences en communication [66]. Il existe des preuves à l'appui du concept selon lequel les compétences en communication peuvent être enseignées et apprises par les étudiants en médecine, les étudiants en kinésithérapie et les cliniciens en exercice¹. Ces preuves réfutent la théorie selon laquelle les compétences en communication et la bonne écoute sont des traits de caractère plutôt que des compétences acquises [19]. Comme pour d'autres compétences cependant, il faut de la pratique, de la réflexion et encore de la pratique. L'écoute active permettra au MK d'apprendre de ceux qui ont le potentiel d'être les meilleurs enseignants, les patients eux-mêmes.

Défis en matière de communication

Les caractéristiques culturelles, les préjugés des praticiens, les questions liées au sexe et les déficiences sensorielles doivent être pris en compte lors de toute interaction avec un patient. Il a été constaté que les femmes médecins effectuent des visites médicales plus longues que les hommes (22,9 minutes contre

20,3 minutes), avec environ 40 % de discussions en plus lors de l'entretien avec le patient [65]. Les patients des femmes médecins parlent 58 % de plus que les patients des hommes médecins [65]. Les femmes médecins ont un discours plus positif, établissent des partenariats, posent plus de questions et donnent plus d'informations [65]. Sur la base de ces statistiques, Roter et al. [65] ont conclu que les femmes médecins pourraient être plus centrées sur le patient dans leurs entretiens que leurs homologues masculins. Les patients blancs ont tendance à recevoir plus d'informations et un discours plus positif que les Afro-Américains ou les Hispaniques [64]. Les patients de la classe ouvrière sont moins susceptibles de poser des questions au prestataire de soins que les patients des classes sociales supérieures.

Une communication efficace nécessite souvent des efforts et des ressources supplémentaires chez les patients souffrant de déficience auditive, de problèmes d'alphabétisation, de déficience visuelle, de troubles de l'anxiété sociale et d'autres facteurs culturels. Le patient et le prestataire souffrant de ces déficiences doivent développer des stratégies pour être un communicateur efficace, mais il est important que le patient ne soit pas « le problème ». Il est nécessaire de connaître ses propres valeurs et préjugés culturels car ces attributs peuvent influencer la communication avec les patients et potentiellement affecter les résultats [17, 39, 44]. Se familiariser avec les valeurs culturelles, les croyances en matière de santé et les comportements liés à la maladie des groupes ethniques et religieux couramment desservis dans sa pratique clinique peut contribuer à améliorer la communication [16]. Faire traduire en plusieurs langues les formulaires de dépistage et les mesures des résultats des patients peut également aider à recueillir des informations pertinentes (voir chapitre 8).

Patients présentant des déficiences auditives

Pour cette discussion, il est supposé que le déficit auditif du patient ne justifie pas une consultation médicale (voir le chapitre 10 pour une discussion sur la façon de déterminer si la perte auditive doit être signalée au médecin). L'entretien avec les patients atteints de troubles auditifs présente des défis uniques pour le MK, ce qui nécessite des ajustements pour que l'entretien soit considéré comme un succès par le patient et le thérapeute. Les lignes suivantes présentent des stratégies pour un entretien efficace avec des patients ayant des capacités auditives partielles et avec des patients sourds [13, 20].

Il est primordial de trouver un endroit calme pour l'entretien lorsqu'on travaille avec un patient malentendant, car un bruit de fond excessif peut nuire à la communication. Les patients qui ont des appareils auditifs doivent les porter, et si des lunettes sont nécessaires pour une vision claire, elles doivent également être utilisées. Pour que le patient puisse lire sur les lèvres, le MK doit être assis dans un endroit bien éclairé et placé directement face au patient. Une exception à la recommandation de faire directement face au patient est le cas d'une perte auditive unilatérale, auquel cas le MK doit s'asseoir plus près du « côté auditif » du patient. Pour faciliter le processus de communication, il est recommandé de s'asseoir à une distance de 1 à 1,80 mètre du patient [20]. Pour faciliter le contact visuel continu avec le visage, le MK doit éviter de se couvrir la bouche lorsqu'il parle et de parler au patient en détournant le regard pour noter ses réponses.

¹. Références : 18, 22, 26, 32, 36, 37, 48–50, 53, 54, 66, 68.

Le fait de détourner le regard pour noter les réponses du patient peut également faire en sorte que la voix du MK s'« éteigne ».

Parler délibérément et d'une voix relativement grave peut faciliter la communication. La presbycusis, une perte d'audition associée au vieillissement, est la cause la plus courante de déficience auditive chez les adultes âgés et, dans la plupart des cas, elle commence par une réduction de la capacité d'entendre les hautes fréquences [27, 79]. Pour compenser la déficience auditive du patient, les MK peuvent avoir tendance à parler très fort, mais il n'est pas recommandé de crier. Il est plus approprié de parler à un volume légèrement supérieur à la normale, et il est important de ne pas laisser la voix s'éteindre à la fin des phrases ou des questions. Les gestes et les démonstrations sont des stratégies importantes destinées à renforcer la communication verbale. Dans certaines situations, il peut s'avérer nécessaire d'écrire à la main les questions et les réponses (bien que cela prenne du temps) pour garantir une collecte précise des données. Les questionnaires écrits peuvent faciliter l'efficacité de la collecte de ces données (voir le [chapitre 8](#) pour un exemple). Au-delà du processus d'anamnèse, toute instruction orale destinée à ces patients doit être complétée par des instructions écrites afin de garantir un suivi sûr et précis du patient.

Pour les patients sourds, le MK doit déterminer le mode de communication préféré du patient. Si la lecture labiale est le choix, les stratégies susmentionnées sont appropriées. Si le patient préfère utiliser la langue des signes et que le MK n'a pas cette compétence, il convient de travailler avec un interprète [13]. Il est important que l'interprète ait des qualifications spécifiques, notamment une bonne connaissance des concepts et de la terminologie médicale. Une règle générale à suivre est que les interprètes ne doivent pas être des membres de la famille ou des enfants. Avant de commencer l'entretien avec le patient, l'interprète doit être informé de la façon dont l'examen va se dérouler, et il faut lui laisser le temps d'établir un certain rapport avec le patient. Le MK doit poser toutes les questions directement au patient, en les gardant courtes et simples et en évitant un jargon trop technique. Il est important de vérifier la compréhension mutuelle en demandant périodiquement au patient de reformuler ce qui a été discuté afin d'obtenir des informations précises. Enfin, pour éviter toute frustration de la part du MK, il est important de comprendre que ces visites prennent plus de temps que d'habitude et de planifier en conséquence.

Patients en colère

Les cliniciens rencontrent périodiquement un patient qui présente une colère manifeste. La façon dont le clinicien réagit et répond à un tel patient détermine si la visite de réadaptation est productive ou non, et si la situation dégénère en une situation conflictuelle. Reconnaître et admettre que le patient peut être en colère est la première étape pour résoudre la situation. Pour certains patients, la colère est évidente – elle s'exprime verbalement par des déclarations directes qui reflètent des demandes déraisonnables, de l'agacement et du ressentiment – et peut faire partie d'un accès de colère. D'autres patients peuvent exprimer leur colère de manière plus subtile, par exemple par des déclarations empreintes de sarcasme, de cynisme ou de négativisme. Les actions potentiellement autodestructrices,

comme le non-respect du traitement recommandé, peuvent aussi représenter un comportement de colère. Enfin, pour certains patients, les manifestations non verbales peuvent être les premiers indices que quelque chose ne va pas. Un patient en colère a souvent les poings ou la mâchoire serrés, un froncement de sourcils prononcé sur le visage ou les lèvres serrées, et ses gestes peuvent être brusques ou saccadés [4, 74]. Lorsque le MK reconnaît que la colère peut être un problème, il doit confirmer cette observation avec le patient et déterminer pourquoi il est en colère.

Si le thérapeute n'est pas certain mais soupçonne que le patient est en colère, il peut simplement lui demander s'il est contrarié ou en colère contre quelque chose. Si le patient demande pourquoi la question est posée, le MK doit décrire les observations qui ont mené à la demande. Si le comportement de colère est manifeste, il suffit de dire ce qui est évident : « Vous semblez être contrarié aujourd'hui, M. Jones; l'êtes-vous ? » Dans les deux cas, lorsque les manifestations associées à la colère sont subtiles ou évidentes, le MK doit s'enquérir de la raison de cette colère.

Les raisons potentielles de la colère d'un patient sont nombreuses et souvent légitimes : événements indésirables de la vie, réaction à la souffrance et à l'incapacité associées à la maladie du patient, ou sentiment d'impuissance ou de maltraitance au sein du système de soins de santé. Parmi les autres raisons possibles de la colère, citons le patient qui attend pendant une période inacceptable parce que le MK est en retard, le patient qui est traité de manière inconsiderée ou insensible par le MK ou d'autres membres du personnel, ou le comportement du patient qui reflète celui du MK qui semble être, lui-même, en colère [13]. Lorsque la source de la colère est identifiée, le clinicien peut commencer à explorer les problèmes et à formuler un plan spécifique de lutte contre cette colère.

Le clinicien ne doit pas réagir avec hostilité aux commentaires du patient, ni donner l'impression de le juger. En gardant une voix calme, une posture détendue et en faisant comprendre qu'il est là pour travailler avec le patient, il peut éviter que la situation ne s'aggrave. Le fait d'engager activement le patient à aborder les problèmes identifiés et les solutions possibles, et de ne pas se concentrer sur le comportement du patient peut également faciliter une résolution constructive [74]. Afficher cette attitude empathique ne signifie pas que le MK est d'accord avec les sentiments du patient, mais c'est essentiel pour qu'une discussion professionnelle ouverte et franche ait lieu. Si la colère est présente lors de plusieurs visites du patient, une communication avec le médecin du patient est justifiée. Une colère persistante peut être la manifestation d'un trouble organique ou psychologique, y compris une addiction ou un sevrage chimique en cours et/ou mal ajusté [3, 5].

Enfin, pour protéger le thérapeute et le patient, le thérapeute doit être attentif aux signes de violence potentielle de la part du patient. Les éléments suivants sont des indices comportementaux suggérant un comportement violent potentiel [37] :

- le patient se déplace de manière tendue vers le bord de la chaise;
- le patient saisit les accoudoirs de manière crispée;
- discours fort et énergique;
- agitation nerveuse, incapacité de rester assis.

En plus de rester calme, comme décrit précédemment, faire preuve de respect, maintenir un contact visuel, écouter attentive-