

# Comment améliorer la relation **médecin-malade** ?

**Objectif :** Connaître les techniques relationnelles permettant d'améliorer la relation médecin-malade.

L'apprentissage des techniques relationnelles et de communication peut être utile au généraliste, en particulier dans la prise en charge des patients en souffrance psychique.

L'efficacité des formations à des techniques relationnelles dans le cadre de la prise en charge de la souffrance psychologique par le médecin généraliste a fait l'objet en 2000 d'une méta-analyse. Celle-ci portait sur des travaux répondant aux critères de la médecine basée sur les preuves.<sup>1,2</sup> Elle montre l'impact positif des formations à la relation sur la qualité de la prise en charge par le généraliste. Elle établit formellement qu'aucune des approches inspirées des différents courants de thérapie (thérapie cognitivo-comportementales, psychodynamique, systémique, Balint, etc.) n'a fait la preuve de sa supériorité en termes d'efficacité.

À l'issue de ce travail, il est toutefois prouvé que la qualité de la prise en charge dépend constamment de la capacité du médecin à :

- établir un rapport satisfaisant avec le patient ;
- développer une compréhension partagée du problème ;
- promouvoir un changement positif du comportement.

L'association TACT\* (Techniques et applications de la communication en thérapie) a élaboré un programme de formation aux techniques relationnelles, centré sur les processus de communication, et répondant à ces 3 impératifs. L'impact de cette formation délivrée en 4 modules de 2 jours, a fait l'objet d'une expérimentation en 2001 incluant 40 généralistes et 1 789 patients\*\*.

Celle-ci montre une importante modification de l'attitude des médecins formés, leur permettant une meilleure prise en charge de la souffrance psychique.

Quelques unes des principales techniques sélectionnées pour cette formation brève font l'objet de cet article.

## ETABLIR UN RAPPORT SATISFAISANT AVEC LE PATIENT

Bien que reposant sur des présupposés théoriques bien différents, les multiples écoles de psychothérapie insistent toutes sur l'importance de la qualité de la relation médecin-malade.

*Il est souvent question d'« empathie »*, cette « concordance des deux a l'instigation de l'un ». Cette « concordance » se construit-elle, ou bien la simple volonté d'écoute et la « présence authentique à l'autre » suffisent-elle ? La qualité de la relation est-elle le fruit d'une rencontre heureuse et de l'implication sincère du médecin, « doué d'empathie » ? Peut-elle être au contraire le fruit de l'application de techniques codifiées, pouvant être enseignées et susceptibles d'être évaluées ? Si tel est le cas, l'utilisation de ces techniques n'est-elle pas manipulatoire, risquant de compromettre l'authenticité, la spontanéité, et par là même la qualité de la relation ? Cette opposition entre « authenticité » et « apprentissage des techniques de communication », n'a guère de sens. Le but de l'apprentissage des techniques relationnelles est d'améliorer l'écoute et d'éviter certaines attitudes néfastes au rapport thérapeutique. Ainsi, s'il est important d'être présent, authentique, à l'écoute, il est tout aussi souhaitable d'être formé aux techniques relationnelles. Ces techniques font l'objet d'un apprentissage conscient avec mises en pratique. Elles sont ensuite intégrées... c'est-à-dire « oubliées », laissant alors le champ à l'authenticité et à la spontanéité.

## La synchronisation

La notion de synchronisation découle de nombreux tra-

Par Jacques Auger, médecin généraliste, 17330 Loulay, Jacques Puichaud, psychiatre, hôpital Marius Lacroix, 17000 La Rochelle.

jpd.auger@wanadoo.fr

\* Techniques et Applications de la Communication à la Thérapie (TACT), association de formation médicale continue, Dr Doucinot, 28, rue Denfert Rochereau, 17300 Rochefort-sur-Mer.

\*\* Expérimentation TACT-URML-URCAM Poitou-Charente : Formation à la relation médecin-malade en médecine générale.

## TECHNIQUES RELATIONNELLES

### SYNCHRONISATION SUR LES CANAUX DE COMMUNICATION

La notion de canaux de communication est fondée sur la constatation que chaque personne élabore ses représentations internes préférentiellement de façon visuelle (images, petits « films »), ou auditive (discours interne), ou kinesthésique (sensations). Même si elle utilise les 3 registres, la personne a accès à ses représentations internes par un « canal préférentiel », et elle indique sans en avoir conscience ce canal préférentiel par le choix de ses formulations (les « prédicats »), qui font référence à ce registre.

#### Quelques exemples de prédicats selon les registres :

- visuels : voir ; clair ; net ; voir rouge ; la vie n'est pas rose ; en voir de toutes les couleurs, l'avenir est sombre ; brouillard ; évident ; apparaître ; etc.
- auditifs : je me suis dit ; entendre ; bruit ; silence ; crier ; hurler ; écouter ; etc.
- kinesthésiques : sentir, ressentir, éprouver ; dur, lourd, piquant, mou ; vidé, à plat ; fort, faible ; brisé ; raide ; cassant ; gonflé ; plein ; frapper ; etc.

Il existe en outre des « **prédicats neutres** », qui n'orientent vers aucun type de registre : penser, savoir, croire, etc. Ils peuvent être utilisés par le médecin pour favoriser l'émergence de prédicats spontanés du patient, sans induire un registre précis :

- patient : « pour moi, cette vie, ce sera de pire en pire... » (absence de prédicat) ;
- médecin : « comment le savez-vous ? » (prédicat neutre) ;
- patient : « je le sens, ... c'est de plus en plus lourd à supporter... » (prédicats kinesthésiques) ;
- médecin : « y a-t-il des moments où c'est plus facile à supporter ? » (synchronisation sur les prédicats kinesthésiques, et recherche d'exception).

L'intérêt de repérer les prédicats est de pouvoir se synchroniser sur le « canal de communication » préférentiel du patient, afin de créer le rapport thérapeutique...

vaux<sup>3, 4, 5</sup> qui ont montré notamment que deux personnes impliquées dans une interaction adoptent spontanément une attitude corporelle « en miroir » par rapport à un « plan de symétrie » virtuel : cette synchronisation spontanée est si « naturelle » qu'elle n'est pas consciemment perçue par les acteurs. Cette synchronisation constituerait un élément essentiel à la relation, qu'elle soit « automatique » ou en partie « voulue et construite » par l'un des acteurs de la relation.

**Synchronisation posturale et gestuelle.** Elle consiste à adopter une position corporelle qui reflète celle de son interlocuteur. L'accent est mis sur la nécessité de l'observation : le patient est-il assis, a-t-il les bras croisés, se tient-il très droit, ou est-il au contraire dans une attitude de relâchement ? Le praticien adopte donc une posture globalement similaire et « accompagne » les changements posturaux qu'il observe. Il ne s'agit nullement de mimer la gestuelle de son interlocuteur, mais d'adapter son propre style gestuel à celui du patient : on n'établit pas la communication de la même manière face à un Italien du Sud ou face à un Nordique, face à un mélancolique ou face à un patient agité.

La synchronisation médecin-malade n'est pas une fin en soi, mais l'important est la prise de conscience par les praticiens de la puissance de cet outil de communication « archaïque » afin d'établir, d'évaluer et de maintenir un rapport de qualité avec le patient.

**Synchronisation verbale.** Elle peut se pratiquer sur les différentes « submodalités » de la production verbale du

patient, en particulier l'intensité, le rythme et le ton de la voix. Cette « mise à l'unisson » en ce qui concerne la « forme » de la communication améliore notablement le rapport.

**La reformulation.** Cette technique consiste à résumer, récapituler ou répéter en partie ce qu'a déclaré le malade. Cette « reformulation » utilise les tournures et les termes exacts du patient, sans rien y rajouter et sans les « traduire ». La formulation du patient est l'expression d'une représentation qui lui est personnelle : elle seule recouvre pour lui cette représentation interne ; toute autre formulation la trahit.

Cette technique (méthode de reformulation de Carl Rogers) ne saurait tenir lieu de méthode universelle de communication. Son intérêt est de donner au malade le sentiment d'être entendu et de lui permettre ainsi d'aller plus avant dans l'expression de ce qui le préoccupe.

### ÉTABLIR UNE COMPRÉHENSION PARTAGÉE DU PROBLÈME

#### Interrogation sur : les conséquences du problème...

Il s'agit d'interroger le patient sur les conséquences actuelles de son problème, dans les différents domaines personnel, familial et social. Cet « état des lieux » systématique est essentiel en début de consultation, immédiatement après le recueil attentif du symptôme (auquel l'interrogatoire ne saurait se résumer).

#### ... les solutions tentées,

Les solutions tentées par le patient avant de consulter ne sont pas toutes, loin de là, d'ordre médical. Dans le cadre de sa souffrance psychique, le patient a bénéficié de conseils émanant de son entourage, ou lus dans la presse. Il a parfois eu recours à de nombreux praticiens, officiels ou non. Ces « solutions tentées », même si elles n'ont pas eu le succès espéré, ont obtenu l'adhésion du patient, même s'il s'en défend. Elles doivent être répertoriées de façon exhaustive dès le début de la prise en charge. Le médecin doit s'informer des améliorations, même transitoires, qu'elles ont parfois produit. Il se garde d'en faire la critique, son intervention risquant elle-même un jour de figurer sur la prochaine liste de « solutions tentées ».

#### ... les conséquences du changement,

Il est intéressant d'interroger le patient sur les conséquences de l'amélioration espérée dans les différents domaines de sa vie, et de vérifier avec lui qu'aucune conséquence de l'amélioration souhaitée n'est paradoxalement préjudiciable, en particulier en termes de relations avec ses proches. Si tel est le cas, le médecin suggère de réfléchir à une solution afin d'y remédier. Il s'agit bien de suggérer au patient de trouver une solution, et non de lui en suggérer une, « découverte » par le médecin.

## TECHNIQUES RELATIONNELLES

### ... et les croyances

Il s'agit d'interroger le patient sur ses croyances concernant son problème<sup>4</sup> (origine, raisons de sa persistance), mais aussi sur ses convictions concernant sa propre capacité à y faire face, à modifier son comportement, etc. Ces croyances réflexives peuvent se présenter comme des convictions d'allure inébranlable (« j'ai toujours été nul », « je n'ai jamais eu de chance », « personne ne pourra jamais m'aimer », « je n'ai jamais eu une vie normale »). Leur expression est souvent accompagnée d'une forte émotion. Le praticien peut en chercher l'origine, puis mettre en doute prudemment ces croyances limitantes, en cherchant des exceptions (« cela a-t-il été ainsi depuis toujours ? »), des contre-exemples (« avez-vous souvenir d'une exception, d'une fois, où cela a été différent ? »), et en évoquant discrètement la possibilité de changement...

### PROMOUVOIR LE CHANGEMENT

#### Utilisation de la « question magique »

Contrairement aux approches centrées uniquement sur le problème, son origine, etc., la technique de la « question magique » consiste au contraire en une sorte de « saut imaginaire » dans un avenir postérieur à la résolution du problème :<sup>7,8</sup> il s'agit d'amener le patient à décrire en quoi son comportement sera alors différent.

#### Les questions à poser sont :

« supposons que... voilà, le problème est résolu :  
– comment le savez-vous ?  
– comment vous en apercevez-vous ?  
– comment votre entourage s'en apercevra-t-il concrètement ? \*\*\* »

Ces questions permettent l'élaboration de représentations et de processus interrompus par l'existence du problème.

#### Le plus petit changement pertinent objectif (PPCPO)

Lors de la consultation pour une souffrance psychique, le souhait formulé par le patient est le plus souvent d'obtenir un changement global, radical, définitif, décrit en termes généraux (avoir une vie normale ; être comme avant ; être bien), subordonné à une condition formulée négativement (ne plus avoir d'idées noires... ; ne plus jamais avoir d'angoisses, etc.). Tout se passe comme si cette façon de définir l'objectif le rendait justement inaccessible.<sup>8,9</sup>

La technique du « PPCPO » consiste paradoxalement à interroger le patient quant au plus petit changement de son comportement qui pourrait survenir dans les jours suivant la consultation, et qui serait pour lui un signe pertinent – bien que très modeste – d'amélioration. Il ne s'agit donc pas de se livrer à un conseil du type « vous devriez faire telle ou telle chose », mais de demander au patient, dans l'hypothèse d'une amélioration, même minime, quel en serait, d'après lui, l'un des plus petits signes observables. Il ne doit pas s'agir d'un changement

subjectif ou global du type : « je serai mieux » ; il doit être formulé « sans utiliser la négation ». Ainsi une formulation du type « je n'aurai plus d'idées noires », du fait de son caractère global, non contextualisé, subjectif et formulé négativement, n'est pas un PPCPO. Le praticien doit insister respectueusement dans cette recherche, jusqu'à obtenir une réponse apparemment aussi banale et « éloignée du problème » que : « je recommencerais à acheter le journal, au moins de temps en temps ; depuis 3 mois, je ne l'achète plus... » « je remettrais mes boucles d'oreille rouges ». Quelle que soit la proposition faite par le patient, le médecin doit solliciter la recherche d'un changement « plus petit encore », permettant la déclinaison d'une série de petites modifications possibles, si infimes qu'il est hautement probable que l'une d'elle apparaisse par « hasard » ; tout changement de comportement, même minime, ayant dès lors valeur métaphorique de changements plus profond de l'état « interne » du patient.

### CONCLUSION

Se rapportant plus à la forme de la communication qu'au fond, ces techniques simples peuvent être intégrées à la pratique du généraliste, quel que soit le cadre de référence théorique du praticien. Leur but n'est pas l'accès à un sens profond ou caché, mais elles se proposent d'optimiser la consultation des patients ayant une souffrance psychique. Du fait de la démographie professionnelle et du « coût psychique » de ces consultations pour les praticiens,<sup>10</sup> les auteurs suggèrent le développement de l'apprentissage de techniques relationnelles et de communication, tant dans le cadre de la FMC que lors de la formation initiale des généralistes. ■

### Références

1. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II) : A research agenda for the development of evidence-based practice. Br J Gen Pract 2000 ; 50 : 396-400. Review.
2. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. Links, General practitioner psychological management of common emotional problems (I) : Definitions and literature review. Br J Gen Pract 2000 ; 50 : 313-8. Review.
3. Hall E. Le langage silencieux. Paris, Editions du seuil, 1984.
4. Watzlawick P, Weakland J H. Sur l'interaction : Palo Alto 1965-1974, une nouvelle approche thérapeutique. Paris : Le Seuil, coll. « Point s », 1981.
5. Cayrol A, De Saint Paul J. Derrière la magie. Paris, InterEditions, 1984.
6. Nardone G, Watzlawick P. L'art du changement : thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe. Bordeaux : PUF, L'esprit du temps, 1993.
7. O'Hanlon WH, Weiner-Davis M. L'orientation vers les solutions. Bruxelles : Satas, coll. « Le germe », 1995.
8. De Shazer S. Les mots étaient à l'origine magiques. Bruxelles : Satas, coll. « Le germe », 1999.
9. Watzlawick P. Les cheveux du baron Munchausen : psychothérapie et « réalité ». Paris : Le Seuil, 1991.
10. Truchot. Le burn-out des médecins généralistes. Union régionale des médecins libéraux de Bourgogne, <http://www.upmlbourgogne.org/actioncgi>.

\*\*\* l'emploi du présent ou du futur, et non du conditionnel, est volontaire.