

La communication dans la relation médecin-malade

Dr Meryem Nciri
*Médecin-Coach
certifiée HEC. Paris*

Une communication médecin-malade efficace est le fondement du soin. Elle augmente la satisfaction des patients et des médecins et influence l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques.

Au Maroc, **la relation médecin malade est le plus souvent de type paternaliste**, le médecin imposant au malade, parfois sans explication, la conduite diagnostique et thérapeutique qu'il considère la meilleure.

Les mots "prescription" et "ordonnance" traduisent parfaitement ce pouvoir du médecin tout puissant.

Cette relation, profondément inégale, hiérarchique se transforme, essentiellement dans le secteur privé, pour être remplacée par un modèle plus égalitaire. En effet, dans ce secteur où les soins sont payants, les malades exigent, de plus en plus, une meilleure prise en charge médicale avec davantage d'informations, d'explications et de communication. D'autre part, le développement de l'information médicale, via internet, la multiplicité des émissions médicales télévisées captées par satellite, les émissions santé sur les différentes chaînes de radio et les magazines de presse écrite contribuent au déclin du modèle paternaliste. Les malades étant de plus en plus informés, **les médecins sont contraints de mieux communiquer pour fidéliser leur clientèle.**

Si, dans d'autres pays, la loi reconnaît aux patients le droit d'être clairement et totalement informés et celui d'accepter ou de refuser les examens ou les traitements qui leur sont proposés, au Maroc les textes de loi n'ont pas été modifiés et *l'article 31 du code de déontologie* (B.O N° 19 juin 1953, p. 828) stipule qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade et qu'un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais qu'il doit l'être généralement à la famille.

L'approche médicale est encore le plus souvent centrée sur la maladie, aux dépens de la relation humaine.

Des raisons multifactorielles sont invoquées par les médecins de santé publique : salles d'attentes bondées, surcharge de travail, manque de personnel infirmier, mais aussi, pauvreté et analphabétisme qui constituent des obstacles majeurs pour une bonne prise en charge. D'autre part, la berbérophonie de certains malades limite la communication médecin-malade^(1,2).

Dans le secteur privé, les médecins privilégiés les examens complémentaires, radios, scanners, échographies, IRM, analyses biologiques aux dépens de l'examen clinique. Cette emprise des technologies sur la pratique médicale a été dénoncée dans différents pays.

Le **Pr Didier Sicard**, ancien chef de service de médecine interne à l'hôpital Cochin à Paris et ancien président du Comité consultatif national d'éthique de 1999 à 2008 explique que ce n'est pas la technique qui pose problème, mais son emploi totalitaire et que la multiplication des explorations est souvent inutile car la plupart des symptômes communs sont transitoires, expression de petits désordres de la vie ou voire de plaintes existentielles, invisibles à la technique.

Que serait une médecine rendue infaillible grâce aux progrès techniques, une médecine robotisée sans intervention de la relation humanisante de soins ? pose comme question le **Dr I. Moley Massol**, médecin psychanalyste et psycho-oncologue, dans son livre "Le malade, la maladie et les proches"⁽³⁾.

A Casablanca, les médecins oncologues réunis au cours des premiers ateliers de communication initiés par l'association Lalla Salma de lutte contre le cancer en mai 2009, ont exprimé les préoccupations suivantes :

- "Comment annoncer le diagnostic d'un cancer ?"
- "Comment agir avec un malade cancéreux en fin de vie ?"
- "J'ai commencé à voir que quelque chose me manquait dans ma pratique, je suis angoissée quand je dois annoncer une mauvaise nouvelle".
- "J'ai des difficultés à annoncer un traitement lourd".
- "Comment communiquer avec les familles ?"

- "Comment gérer les émotions de mes malades."

- "Comment se positionner par rapport aux malades, faut-il être neutre ?"

- "On refuse d'aller voir les malades en phase terminale car on n'a plus rien à leur proposer : que peut-on leur dire ? Il y a un vrai malaise du personnel."

- "Une fois, j'ai annoncé à un patient qu'il avait un cancer du poumon. J'attendais qu'il me pose des questions, mais rien. Son mutisme m'était très difficile, j'aurais aimé qu'il parle. Il n'y a pas eu de dialogue. Qu'est ce que j'aurai pu faire ?"

- "Une fois, une patiente m'a accusé : si j'ai fait une récidive, c'est à cause de vous! Car je ne lui avais pas proposé du *taxotère*, la patiente étant vraiment très pauvre. Maintenant, je me remets en question, je dis aux patients qu'il y a des traitements très chers qu'on ne peut pas leur proposer."

Au cours de ces ateliers, les oncologues ont pu partager, échanger, s'écouter réciproquement, sans peur du jugement de l'autre.

Ils ont pu parler de leurs angoisses, de leur souffrance et de leur impuissance face à différentes situations. Cet espace leur a offert l'opportunité d'expérimenter des moyens de mieux communiquer et donc d'être plus humains avec leurs patients.

Dans un autre atelier, les spécialistes du secteur privé présents ont décrit les difficultés qu'ils vivent au quotidien. L'analphabétisme, la pauvreté, le manque de respect des rendez-vous, l'absence de ponctualité, l'incompréhension du langage médical, les croyances populaires, la médecine traditionnelle et les différents dialectes sont autant d'obstacles à une communication de qualité. Certains médecins ont évoqué : "ces patients agressifs qui viennent pour se bagarrer" et posent la question de savoir comment se comporter dans de telles situations :

- "Comment éviter un conflit? "Comment annoncer une maladie grave à un patient".

"Qu'est-ce qui se passe pour que l'on perde des patients?" "Quels sont les mots qu'il faut s'interdire? "

- "Au Maroc, les médecins donnent leur numéro de GSM à leurs patients et ne savent souvent pas comment gérer les coups de fil impromptus, à n'importe qu'elle heure du jour et de la nuit ?"

- "Comment gérer les parents des malades, comment faire face à leur agressivité ?"

- "Comment maîtriser mes émotions ?"

- "Certains malades sont trop passifs pendant que d'autres communiquent trop. Comment faire pour que les uns parlent un peu plus et les autres un peu moins ?"

Cet espace de parole offert aux médecins, leur a permis d'exprimer différents besoins : celui de comprendre le malade, de faire comprendre au malade sa maladie, de créer une relation de confiance, de fidéliser le patient et également, le besoin d'économie de temps, le besoin de faire accepter le diagnostic et d'obtenir l'adhésion au traitement, d'obtenir une meilleure observation du traitement dans les pathologies chroniques et le besoin de partager et de profiter de l'expérience et des observations de leurs confrères.

Tous ces besoins exprimés révèlent **une faille importante dans la formation des médecins**. En effet, si les facultés de médecine produisent de très bons scientifiques, rodés aux progrès de la technique, elles ont par contre omis de les préparer à la relation humaine dont la qualité est le fondement de tous les soins qu'ils produisent.

LA COMMUNICATION EFFICACE, FONDEMENT DU SOIN

Différents travaux ont souligné l'impact d'une communication efficace sur la satisfaction des patients et des médecins ainsi que sur les résultats thérapeutiques. Ainsi, il est établi que le nomadisme médical est souvent lié à une défaillance de la communication, les patients n'ayant pas trouvé l'écoute suffisante ou la réponse à leurs attentes.

L'article 31 du code de déontologie marocain stipule qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade et qu'un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais qu'il doit l'être généralement à la famille

D'autre part, on sait que la plupart des poursuites pour fautes professionnelles sont liées à des erreurs de communication et non à des problèmes de compétence médicale. Plusieurs études montrent que les médecins interrompent leurs patients au bout de 18 secondes en moyenne et que, dans près de la moitié des consultations, ils ne les interrogent pas sur leurs principales préoccupations et n'arrivent donc pas à répondre à leurs besoins.

La médecine est un art difficile, il s'agit d'écouter patiemment, avec humilité, de conduire un entretien (et non plus un interrogatoire), d'informer en remplaçant le jargon médical par un langage intelligible pour tous. **L'information doit se faire en termes mesurés** sans aller au-delà de ce que le malade veut savoir ou peut entendre.

Selon le contexte, l'information doit être répétée et le médecin doit vérifier qu'elle a été bien comprise car comme le dit **Bernard Werber** : *"Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même..."*⁽²⁾.

Pour les analphabètes, l'information peut se faire sous forme de schémas ou dessins. Au cours de l'examen médical, le médecin doit prendre soin d'expliquer au patient ce qu'il fait, pourquoi il le fait, ce qu'il observe et doit encourager le patient à poser toutes les questions.

L'IMPORTANCE DU CHOIX DES MOTS

Il est intéressant d'attirer l'attention des médecins sur l'importance du choix des mots qu'ils utilisent car ceux-ci ont un grand pouvoir. Ainsi la formulation d'un diagnostic peut avoir des conséquences notables, certains mots prononcés peuvent anéantir, alors que d'autres seront porteurs d'espoir et d'encouragement, motivant le patient à être pleinement acteur dans sa prise en charge thérapeutique.

Les mots sont comme des fenêtres ouvertes sur un espoir possible ou comme des scalpels particulièrement traumatisants.

D'autre part, **les mots n'ont pas la même signification pour chacun**, ce qui est entendu par un patient dépend de son histoire, de sa culture.

Quel est le sens donné aux mots "gros-seur", "kyste", "boule", "cancer", quelles angoisses peuvent-ils générer ?

LE LANGAGE NON VERBAL DU MÉDECIN SIGNE L'AUTHENTICITÉ DE SES PROPOS

D'autre part, il faut savoir que lorsque deux individus communiquent, le langage des mots ne représente que 10% de la communication, la voix (ton, rythme) 30% et l'expression corporelle (attitude, mouvements), 6%.

Ce qu'on appelle le langage non verbal (la voix et l'expression corporelle) représente donc **90% de la communication**.

Chacun des gestes, des expressions, des mimiques du médecin sont importants et sont sujets à interprétation par le malade. Sa façon de sourire, de serrer la main, de regarder envoie des signaux positifs ou négatifs. **Le langage non verbal signe l'authenticité des propos**, il est directement lié à ce qu'on pense et à ce qu'on ressent et ne peut totalement être feint. La responsabilité du médecin dans la relation médecin-malade est donc verbale, mais aussi gestuelle et comportementale.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE DES MÉDECINS

Lorsque les médecins ne sont pas congruents, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas adéquation entre les propos tenus et ce qu'ils pensent réellement au fond d'eux, la relation de confiance ne peut pas s'établir. En effet, pour se protéger inconsciemment de leurs propres souffrances, les médecins

mettent en place des mécanismes de défense. Un de ces mécanismes de défense, le plus radical et le plus dommageable, est le mensonge. Mentir, c'est par exemple, dire à une patiente qu'elle a un fibrome au lieu d'un cancer de l'utérus, à un autre patient qu'il a une anémie au lieu d'une leucémie ou encore, à un autre malade qu'il a une hépatite au lieu d'un cancer du foie. Le problème est qu'il n'y a pas congruence entre ce que le médecin dit et ce qu'il pense ou sait.

Son langage non verbal va trahir tôt ou tard la non authenticité de ses propos, brisant ainsi définitivement la relation de confiance⁽⁵⁾.

QUELS OUTILS DE COMMUNICATION POUR LE MÉDECIN ?

Certains médecins ont une aptitude innée à communiquer efficacement. Cependant, bien communiquer sur le plan professionnel est un art qui s'apprend et se développe par la maîtrise de différentes techniques éprouvées et par la prise de conscience de l'impact des différents comportements.

Tout médecin gagne à faire **un travail de développement personnel**, à apprendre à mieux se connaître lui-même, à reconnaître ses propres valeurs, ses motivations, ses émotions, ses peurs, ses souffrances et ses limites car c'est en prenant d'abord soin de lui, qu'il peut écouter ses patients avec compassion et créer une relation de qualité, base d'une véritable rencontre humaine.

Il existe une véritable boîte à outils de communication et chaque médecin peut y puiser; les techniques de communication les mieux adaptées à sa sensibilité.

- **La programmation neuro-linguistique (P.N.L.)** est une méthode mise au point dans les années 1970 par deux américains *John Grinder*, linguiste et *Richard Bandler*, mathématicien. Elle propose des techniques de communication pour augmenter son efficacité personnelle. Celles-ci sont issues de l'observation de super com-

municateurs comme *Milton Erickson* (père de l'hypnose Ericksonienne), *Virginia Satir* (fondatrice de la thérapie familiale) ou *Fritz Perls* (Gestalt thérapie).

Une notion fondamentale de la PNL est de parler le "langage du patient" et ce n'est qu'en rencontrant celui-ci sur son propre terrain que la relation de confiance pourra s'établir.

- Fondée dans les années 1950 par le psychiatre américain *Eric Berne*, **l'analyse transactionnelle** fournit également des outils pour améliorer la relation médecin malade, permettant de passer notamment d'une relation de type paternaliste où le médecin sait ce qui est bon pour son patient, relation qualifiée de Parent-Enfant, à une relation Adulte-Adulte dans laquelle le patient est acteur de ses soins.
- Il existe d'autres outils de communication telles que par exemple **l'analyse systémique, la communication non violente et les techniques d'assertivité**.

LES ATELIERS DE COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT

Pour la première fois au Maroc, des ateliers de communication* fournissent aux médecins, la structure et l'occasion de s'interroger sur l'impact de leur communication, de profiter de l'expérience et des observations de leurs confrères, de se familiariser et d'expérimenter de nouvelles techniques de communication.

Les objectifs de ces ateliers sont donc double, à la fois ceux d'un groupe de parole, c'est-à-dire **des objectifs de partage**, d'échanges, d'écoute réciproque, d'expression des ressentis et des émotions, permettant à chaque médecin de devenir acteur de son propre changement et ceux **d'un atelier de formation**, à savoir mieux comprendre les préoccupations et les besoins du patient, clarifier sa demande et ses attentes, savoir accompagner le

patient tout en respectant ses propres besoins, prendre conscience de sa façon de communiquer, utiliser les outils de communication pour une meilleure relation avec le malade et ses accompagnants.

Une grande satisfaction a été exprimée par les médecins ayant assisté aux ateliers.

CONCLUSION

Comme beaucoup de médecins l'ont suggéré au cours des ateliers, ces séminaires de communication doivent s'intégrer dans le programme de formation médicale continue, voire même dans les études médicales.

Si nous souhaitons au Maroc, une médecine de pointe, au fait des derniers progrès techniques et avancées scientifiques, il est aussi important de développer une médecine plus humaniste, s'intéressant à l'homme dans sa globalité.

* Ateliers de communications organisés par le cabinet Esculape : www.esculape.ma

RÉSUMÉ : Au Maroc, comme dans beaucoup d'autres pays, l'approche médicale est encore le plus souvent centrée sur la maladie avec une emprise de la technologie aux dépens de la relation de soins humanisante. Si à ce jour les malades n'ont pas encore pris publiquement la parole pour exprimer, haut et fort, leurs besoins en terme d'amélioration de la communication, de plus en plus de médecins sont conscients de l'impact d'une communication médicale de qualité sur les résultats thérapeutiques.

Des ateliers, à la fois de réflexion et de formation, sont organisés pour permettre aux médecins de partager leur vécu de la relation médecin-patient et d'expérimenter différents outils de communication pour une meilleure relation avec le malade et ses accompagnants.

SUMMARY : In Morocco, as in much of other countries, the medical approach is still mostly centred on the disease with an influence of the technology in depend on humanizing relation of the care. If this day the patients have not spoken yet publicly to express loud and clear, their needs in term of improvement of the communication, more and more doctors are aware of the impact of a medical quality communication on the therapeutic results.

Workshops, of reflection and training, are organized to allow the doctors to share their lived of the relation doctor - patient and to experiment various communications tools for a better relation with the patient and his accompanying persons.

RÉFÉRENCES

1 - *Fédération nationale des associations des médecins généralistes privés du Maroc*- Rapport des ateliers du "Groupe de Marrakech" : publication du 12 Septembre 2009
 2- *Caractéristiques psychosociales des patients cancéreux marocains : étude de 1 000 cas recrutés à l'Institut national d'oncologie de Rabat*. Revue Francophone de Psychoncologie juin 2005; 4(2).
 3- *Moley Massol I. Le malade, la maladie et les proches*. Collection : Archipsy. paris: éditions l'Archipel. 2009.
 4- *Bernard Weber*. Encyclopédie du savoir relatif et absolu. Paris: Albin Michel. 2000.

5- *Martine Ruzsniowski* : Face à la maladie grave. Paris: éditions Dunod. 2004.

A CONSULTER :

- *Fallowfield L*. Giving sad and bad news. *The Lancet* 1993;341:476-478.
 - *Fallowfield LJ, Hall A, Maguire CP, Baum M*. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal* 1990;301:575-580.
 - *Frankel RM*. Communicating with Patients: Research shows it makes a difference. Deerfield, IL : MMI Risk Management Resources, Inc. 1994.

- *Ginies P* La relation médecin- malade dans les maladies chroniques. *J Fr Ophtalmol*; 2008;31(6, Cahier 2): 2S34-2S38.
 - *Hamelin N*. La relation médecin-malade dans le glaucome. *J Fr Ophtalmol* 2008;31(6, Cahier 2):2S39-2S44.
 - *Kurtz S, Silverman J, Draper J*. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press. 1998.
 - *Silverman J, Kurtz S, Draper J*. Skills for Communicating with Patients. Oxford, UK : Radcliffe Medical Press. 1998.
 - *Marie de Hennezel* : Le souci de l'autre. Paris:éditions Robert Laffont. 2004.