

Choisir avec soin : les mots aussi !

Éric Galam

Département de Médecine Générale
Université Paris Diderot
egalam@hotmail.com

• **Mots clés**

communication ; prise de décision.
[communication; decision making]

DOI: 10.1684/med.2016.126

Des bases au discernement

De même que les données sur lesquelles elles s'appuient et les méthodes qu'elles utilisent, toutes les pratiques médicales ne se valent pas. L'intérêt de l'EBM (*Evidence Based Medicine*) était aussi qu'elle soulignait l'importance des fondements conceptuels et méthodologiques (« based ») de la pratique médicale. Rappelez-vous : il s'agissait de décider en fonction de données qui soient les plus valides possibles, c'est-à-dire fondées sur des études de bonne qualité méthodologique. Il s'agissait aussi de trouver l'information au moment où nous en avons besoin puis de la trier et, pour ce faire, de la chercher en fonction de critères scientifiques. Comme ils étaient conscients que tout n'est pas toujours aussi simple qu'on le souhaitait, les utilisateurs de l'EBM avaient représenté la décision comme l'intersection de 3 cercles : les données validées, les préférences du patient, l'expérience clinique du praticien. Bien sûr, nous savions bien que nous n'avions pas toujours des données parfaitement validées et que la taille relative de chacun de ces cercles n'était pas toujours aussi « prouvée » que « souhaitée ».

Et puis, plus récemment, les incontournables contraintes (et intérêts ?) économiques et la prise de conscience de l'obligatoire qualité des soins qui ne se conçoit pas sans la sécurité du patient, ont tout naturellement conduit à la nécessité, non seulement de savoir, mais aussi de discerner. D'autant que se développe la prise en compte de la surmédicalisation dont nous avons souvent parlé dans ces colonnes [1-3]. Et c'est ainsi que le « *choosing wisely* » [4] a pris son envol.

Rien de bien nouveau, diront certains. Pourtant, on est passé des bases (*based*) de la médecine (EBM) au processus de choix (*choosing*) qui sous-entend, non seulement une collecte, mais aussi un raisonnement actif et responsable. Ce n'est pas rien.

Partenaires éclairés... par qui et par quoi ?

C'était encore bien avant, « un temps que les moins de 20 ans ne peuvent pas connaître » : la confiance du patient et la conscience du médecin, la rencontre du savoir et de la souffrance. Encore fallait-il obtenir l'adhésion du patient à ce que nous lui proposons. Et il fallait pour cela comprendre où il en était et ce qu'il voulait, le motiver [5], « l'éduquer ». Pourquoi pas au fond ? Encore faut-il préciser la conception que l'on se fait de l'éducation et donc de celui qui la donne, de celui qui la reçoit et le mode de relations qu'ils entretiennent.

La classification des types de relations entre médecin et patient faite par Emmanuel et Emmanuel [6] se fonde sur les valeurs du patient, les devoirs du médecin et les conceptions de l'autonomie de l'un et du rôle de l'autre. Ils décrivent ainsi les modèles paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif. Dans un travail récent sur l'éducation thérapeutique, Obertelli *et al.* [7] font appel à la notion du pacte de soins tel que défini par Ricœur, cité par Matéo en 2009 [8] : « Ce pacte est basé sur la présence, la confiance



et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie. »

Quatre attributs permettent d'identifier cette alliance thérapeutique : la négociation, la mutualité, la confiance, l'acceptation d'influencer et de se laisser influencer.

Dans leur ouvrage très documenté, Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard [9] proposent un schéma permettant de positionner le degré de directivité du médecin selon le caractère aigu ou chronique d'une part, grave ou bénin d'autre part, avec à un extrême l'urgence vitale et à l'autre le rendez-vous de routine au cabinet. Ils repèrent ainsi les positions suivantes : Expert en charge, Expert-guide, Partenaire, Facilitateur, Collaborateur. On retrouve ici en fait le degré de directivité que s'arroge le médecin par rapport à son patient. Encore faut-il que ce dernier soit d'accord avec la lecture qu'en fait le professionnel.

Décider ensemble

Les décisions sont toujours multiples, successives et intriquées. Les plus importantes ne sont pas toujours celles qu'on pense et les réponses pas toujours dichotomiques. De plus l'harmonie n'est pas forcément au rendez-vous. Le médecin doit parfois insister sur ce qu'il pense être l'intérêt du patient. Il lui faut parfois se prémunir contre un éventuel reproche toujours possible surtout s'il n'a pas donné satisfaction à la demande du patient. Et ce dernier peut avoir le sentiment d'avoir été maltraité ou même négligé pour faire des économies. Le dépistage est ici à risque.

Selon un guide HAS [10], la « décision médicale partagée » décrit l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. Il s'agit d'un processus conduisant à un choix éclairé et accepté par le patient et les professionnels de santé.

Différents outils peuvent permettre de rendre explicite la décision à prendre et les raisons qui nécessitent qu'elle soit prise à partir d'une hiérarchisation par le patient selon ses préférences en fonction des bénéfices et des risques qui ont de la valeur, de l'importance pour lui, et de son degré de certitude vis-à-vis de ses préférences. Encore faut-il se parler et se comprendre.

Des raisonnements et des mots

Dans la rubrique « Perspectives » du *JAMA Internal Medicine* de septembre 2016, Margaret Lowenstein [11] franchit une étape supplémentaire. Se rendant compte qu'à la demande d'une patiente de faire « tous les examens » pour la rassurer sur son état de santé, elle ne répond que par des statistiques, elle prend conscience que les mots sont parfois plus importants que les chiffres. Les craintes et contraintes de ce patient-là et celles de ce médecin-là viennent relativiser les grands nombres surtout s'ils ne sont pas absolus.

Rappelez-vous : sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative... voilà de quoi

relativiser le savoir pour l'intégrer dans la vie des gens. L'auteure souligne la nécessité de parler des valeurs avec nos patients qui sont parfois nos meilleurs enseignants. Et d'ajouter : « le plus dur en fait est d'être celui qui apporte la mauvaise nouvelle que la médecine est imparfaite ».

High-value communication

De même que les bases doivent être fondées sur les preuves, la communication se doit d'être de haut niveau et utilisée avec soin (*wisely*). C'est le cas pour les décisions autour du dépistage mais aussi pour l'annonce de la mauvaise nouvelle, pour les désaccords médecin patient ou encore en situation de reproche.

Pour toutes ces situations relationnelles délicates voire difficiles, Lowenstein propose de prendre modèle sur la communication en cas de maladies graves [12, 13]. Dans ces cas, il faut reconnaître que certaines pathologies n'ont pas de traitement, que nombre d'examens n'apportent pas d'aide et peuvent même être délétères, et qu'il faut vivre avec incomplétude et incertitude.

Elle propose de s'éloigner des termes techniques pour les traduire en termes humains en développant un lexique qui s'appuie plus sur des questions que sur des affirmations et s'adresse directement au vécu du patient : Qu'avez-vous compris de votre maladie ? Dans le cas où votre maladie s'aggraverait, qu'est-ce qui serait le plus important pour vous ?

Poser des questions et rien de plus ?

Balint [14] pour lequel j'ai au demeurant le plus grand respect l'affirme : « *Quand on pose des questions, on obtient des réponses et rien de plus !* ». J'ai longtemps brandi cette phrase comme un étendard et je continue à le faire selon le contexte. Pourtant, il faut aussi tenir compte de l'intention et de la manière, sans oublier les convictions. Si je suis convaincu que l'intérêt de la question n'est pas uniquement de me donner la réponse mais d'inciter l'autre à se la poser et à y répondre vraiment. Si j'adhère au fait que l'important est la réponse de celui qui est concerné par la question, c'est-à-dire le patient, alors oui, poser des questions est une ressource considérable.

« *Qu'en pensez-vous ?* » « *De quoi avez-vous besoin ?* » « *De quoi avez-vous peur ?* » « *Qu'est-ce qui est important pour vous ?* » « *Qu'attendez-vous de moi ?* »... autant d'ouvertures souvent d'autant plus pertinentes que l'on s'intéresse vraiment à la réponse de l'autre. Bien sûr, poser des questions est un risque et peut nécessiter le temps d'écouter les réponses et les silences qui peuvent les précéder. Lorsque j'annonce une séropositivité à un jeune homme plein d'avenir ou un cancer à une vieille dame attachante, le silence qui suit l'annonce est parfois bien lourd comme peuvent être longs les échanges qui peuvent suivre. De même, entre « *Est-ce que vous fumez ?* », « *Qu'est-ce que vous prenez comme alcool ?* », « *Prenez-vous des drogues ?* » et « *Avez-vous déjà subi des violences ?* », il y a une différence d'intensité de nature et de gestion.

Sacrés Canadiens !

Tout le monde est d'accord : il faut des preuves, du discernement et du respect. Il faut être à l'écoute tout en assumant sa place et celle de l'autre. Pourtant si la médecine n'est pas parfaite, le médecin ne l'est pas non plus. Et il lui faut se former encore et toujours.

Nos amis Canadiens ont créé un site « Choisir avec soins » [15] où sont énumérés notamment six principes pour les externes et étudiants en médecine (novembre 2015) :

1. Ne pas suggérer les investigations et traitements les plus invasifs avant d'avoir envisagé les autres options.
2. Ne pas suggérer d'examen, de traitements ou d'interventions qui ne changeront ni l'évolution clinique du patient, ni votre conduite.
3. Saisir l'opportunité d'initier une conversation avec votre patient au sujet de la pertinence d'un examen, d'un traitement ou d'une intervention.
4. Demander des précisions au sujet des examens, des traitements ou des interventions qui vous paraissent inutiles.
5. Éviter de suggérer des examens ou des interventions dans l'unique but d'acquiescer de l'expérience clinique personnelle.
6. Ne pas suggérer d'examen ou de traitements dans le seul but d'anticiper ce que votre superviseur voudrait.

Former les médecins : le « CORPEX » français

Communiquer est important et évident et pourtant ça s'apprend et ça se travaille. À tel point que la Haute

Autorité de Santé propose depuis peu des fiches destinées à aider patients et médecins à poser des questions [16]. D'un côté, les « 3 quoi » du patient : « *Quel est mon problème ?* », « *Que dois-je faire ?* », « *Pourquoi est-ce important que je le fasse ?* ». De l'autre, les « 3 dire » du médecin : dire, faire dire, redire.

Qu'en est-il des étudiants ?

Définies par un programme officiel [17], les compétences génériques attendues du médecin sont d'être : clinicien, communicateur, coopérateur, acteur de santé publique, scientifique, responsable aux plans éthique et déontologique et réflexif. Ce dernier point inclut les capacités à s'auto-évaluer en se posant des questions pertinentes, se remettre en question et argumenter ses décisions. Cela nécessite de se connaître en tant que soignant, gérer son stress, gérer et assumer les risques associés aux soins.

Les départements de médecine générale développent la capacité de réflexivité de leurs internes en les incitant à produire des traces d'apprentissage [18].

Enfin, nos externes ne sont pas oubliés puisqu'en mars prochain va débiter à Paris Diderot, un premier enseignement à la relation pour les étudiants du 2^e cycle, le Certificat Optionnel Communication et Relation Professionnelles pour les EXternes (CORPEX). Ils sont intelligents et « cortiqués » : nous le savions. Nous allons essayer de les aider à être, aussi, compétents en communication et humains. Et nous le ferons avec soin.

~ Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Jamouille M, Bernstein J, Pizzanelli Báez M, Da Silva A, Wagner H. Prévention quaternaire : un concept fondé sur le temps et la relation. Première partie. Un test improbable : la connaissance de quelques-uns contre le doute de la plupart. *Médecine* 2014 ; 10 : 24-7.
2. Gallois P. Surdiagnostic : une surmédicalisation à risque pour le patient et pour la société. *Médecine* 2013 ; 9 : 340-2.
3. Abramovici F. Dépister (aussi) la surmédicalisation – Choisissons avec soin les dépistages des cancers. *Médecine* 2016 ; 12 : 148-50.
4. Abramovici F. Choisir avec soin : mode ou pertinence ? *Médecine* 2016 ; 12 : 182-5.
5. Fond G. Entretien motivationnel : quelques concepts simples pour la pratique. *Médecine* 2014 ; 10 : 127-30.
6. Emmanuel EJ, Emmanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 1992 ; 267 : 2221-6.
7. Obertelli P, Pouteau C, Haberey-Knuessi V, et al. Evolution des relations soignants-malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique. [Rapport de recherche]. Centre de recherche sur la formation.(CRF), CNAM ; Chaire de l'Institut d'éducation thérapeutique, UPMC ; CentraleSup_elec. 2015, 131 p. <halshs-01288026>.
8. Matéo MC. Alliance thérapeutique. In : Formarier M et Jovic L (dir.). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil, 2009.
9. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé., 2nd ed., ERPI, 2016.
10. HAS. Patient et professionnel de santé : décider ensemble. Concepts, aides destinées au patient et impact de la décision médicale partagée. 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf.
11. Lowenstein M. Choosing OurWordsWisely. *JAMA Intern Med* 2016 ; 176 : 1249-50.
12. Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F, Stassen LP. Training physicians to provide high-value, cost-conscious care: a systematic review. *JAMA* 2015 ; 314 : 2384-400.
13. Bernacki RE, Block SD, American College of Physicians High Value Care Task Force.. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* 2014 ; 174 : 1994-2003.
14. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, 1996.
15. Choisir avec soin. <http://www.choisiravecsoin.org/formation-medicale/>.
16. May-Michelangeli L. 3 Dire, 3 Quoi. Commission des pratiques et des parcours. HAS 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.1_3_dire_3_quoi_cpp.pdf.
17. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin Officiel N°20 du 16 mai 2013, Études médicales, Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle. http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1.
18. Galam E. Produire des traces d'apprentissage : le RSCA. *Rev Prat MG* 2008 ; 22 : 92-3.