Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature

Doctor-patient communication and patient education, bring various notions together: contributions from the literature

Cécile Fournier (1), **Sandra Kerzanet** (2)

Résumé : Depuis 30 ans, les publications internationales s'accordent pour dire qu'une meilleure communication entre le médecin et le patient améliore leur satisfaction respective, la qualité de vie du patient, le suivi du traitement et les résultats cliniques. De plus, une participation accrue du patient aux décisions médicales qui le concernent diminue son anxiété et améliore sa santé.
Que recouvre cette notion de communication et quelle place y est faite à la participation du patient ? Quelles sont les similitudes et les différences entre les approches visant à améliorer la communication d'une part et les approches promues en éducation du patient d'autre part ? L'article explore ces questions à travers trois parties. Premièrement, il présente les résultats d'une recherche documentaire sur la communication dans la relation de soins et sur les modèles de relation issus de différents champs disciplinaires. Deuxièmement, les modèles qui favorisent la participation du patient aux décisions sont rapprochés des modèles d'intervention, des objectifs et des valeurs promus dans des activités d'éducation du patient et d'éducation pour la santé. Troisièmement, les compétences requises de la part des professionnels pour une communication médecin-consultant adéquate sont comparées aux compétences prônées dans la pratique de l'éducation du patient et de l'éducation pour la santé.

Mots-clés : Éducation pour la santé - éducation du patient - communication - relation soignant-soigné - participation du patient - prise de décision - modèle.

Summary: *For 30 years, international publications have displayed agreement on the fact that a certain level of doctor-patient communication improves their respective satisfaction, the patient's quality of life, the treatment process and clinical results. Furthermore, patient's increased participation with decision-making related to their medical treatment decreases anxiety and improves health.*
What does doctor-patient communication mean and what place is made for patient participation? What are the similarities and the differences between approaches aiming at improving communication on the one hand, and approaches specifically related to patient education on the other?
The article explores these questions in three parts. First, it presents the results of a literature review on communication within health care relationships and about consultation models from different disciplinary fields. This allows us to cross reference different points of view on this particular setting and situation for interaction. Secondly, the consultation models that enhance patient's participation are converged with intervention models promoted in patient education and health education activities. Finally, the skills required for adequate doctor-patient communication are compared with the recognized core skills and competencies in patient education and health education practice.

Key words: Health education - patient education - communication - doctor-patient relationship - patient participation - decision making - organizational models.

(1) Médecin de santé publique. INPES 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex.
(2) Documentaliste, INPES.

Correspondance : C. Fournier

Réception : 30/05/2006 – *Acceptation :* 15/05/2007

Introduction

La réflexion sur la communication médecin-malade est particulièrement importante dans le contexte actuel. Les transformations du système de santé (prévalence croissante des maladies chroniques, nouvelles modalités de leur prise en charge, évolution de la démographie des professionnels) et la transformation de la place du malade dans le champ de la santé, en lien avec la conception devenue dominante de l'individu comme autonome et responsable [12] placent la relation médecin-malade au cœur de nouveaux enjeux. Cette relation particulière, qui a fait l'objet de nombreuses recherches de la part de médecins et de chercheurs en sciences humaines, est aujourd'hui souvent étudiée sous l'angle des habiletés communicationnelles et relationnelles, autrement dit de compétences qui peuvent être enseignées et apprises par les médecins [27]. Une revue de littérature récente [34] montre qu'une meilleure communication dans la relation médecin-consultant (3) améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients ; elle améliore également leur satisfaction ainsi que celle des médecins. En outre, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé.

Que recouvre cette notion de « communication » ? Quelle place est faite à la « participation » du patient dont l'importance est particulièrement soulignée dans le domaine de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient ? Les modèles de consultation existants peuvent-ils être rapprochés des objectifs et des démarches sous-jacentes aux approches éducatives ? Et au-delà, quelles sont les compétences attendues des professionnels en matière de communication avec les patients et en matière de démarche éducative ?

Méthode

Nous avons choisi de combiner deux approches complémentaires : d'une part, une recherche documentaire approfondie sur les modèles de consultation ; d'autre part, une analyse comparative des modèles identifiés avec les modèles promus dans le champ de l'éducation du patient et de l'éducation pour la santé.

La recherche documentaire a été menée dans le cadre de plusieurs travaux conduits entre 2003 et 2005 : une recherche centrée sur la thématique de l'« aide au choix » (4) en santé, menée par l'Inpes lors de sa participation à l'élaboration de la recommandation de l'Anaes sur les stratégies de choix d'une méthode contraceptive [6] ; et une synthèse documentaire commanditée par l'Inpes, portant sur les modèles de consultation en médecine générale [9]. Les bases de données suivantes ont été consultées afin d'avoir accès à des approches disciplinaires diversifiées : Medline,

(3) Le « consultant », personne qui vient consulter un médecin, peut être ou non malade. C'est dans ce sens large que nous l'entendons. Toutefois, pour rester fidèles à la littérature, nous utilisons parfois les termes de « patient » ou de « malade ».
(4) L'« aide au choix » est entendue non pas dans le sens d'« aide à la décision médicale », mais dans celui de « démarche mise en œuvre par le médecin pour aider le patient à choisir » entre plusieurs stratégies thérapeutiques par exemple.

Pascal, Psycinfo, Embase, Social SciSearch, Cochrane Library, BDSP (Banque de données en santé publique), Doctes (base de données partagée dans les domaines de la promotion et de l'éducation pour la santé), ainsi que les principaux moteurs de recherche sur Internet. Les requêtes ont été formulées sur ces différentes bases en utilisant principalement les mots-clés suivants : communication – relation soignant-soigné – participation du patient – prise de décision – éducation pour la santé – éducation du patient – modèle. La période de recherche a été limitée de 1997 à 2005 sauf pour la littérature relative à la relation soignant-soigné dont les écrits fondateurs remontent aux années 1950. Tous les types de documents – articles, revues de la littérature, ouvrages fondateurs – ont été retenus. Parmi les 1 200 références identifiées, une centaine de documents ont été retenus et exploités ; dans cet article, nous présentons une sélection de quelques références qui permettent de présenter les idées saillantes.

Une analyse comparative a ensuite été menée entre les modèles permettant la participation du patient et les modèles décrits en éducation du patient et en éducation pour la santé. La comparaison a porté dans un premier temps sur les objectifs énoncés et les démarches décrites dans ces modèles ; et dans un second temps sur les compétences attendues des professionnels dans ces mêmes modèles.

Résultats

Différents champs disciplinaires pour décrire les consultations médicales

Aujourd'hui, « il n'existe pas de véritable modèle de la relation thérapeutique dans un contexte médical », c'est-à-dire « une représentation structurée, fonctionnelle [...] des caractéristiques de cette profession, de ses registres d'intervention et de ses contextes de pratique » [27]. Les modélisations qui ont été élaborées sont partielles et viennent renseigner différents sens attribués à cette relation : le sens de relation thérapeutique, celui de relation avec une connotation temporelle de longue durée et également celui de relation avec une connotation temporelle de nature ponctuelle. Nous proposons de présenter ici quelques modèles « partiels » illustratifs de la relation médecin-malade, en distinguant d'une part les « typologies » de consultation élaborées par des chercheurs à partir de l'observation de la pratique, et d'autre part les « modèles professionnels » proposés par les praticiens, promoteurs de nouvelles approches.

Regards de chercheurs : des modèles idéaux-typiques de la relation médecin-patient

Pour les tenants de la sociologie dite « fonctionnaliste », initiée par Parsons [25] dans les années 50, il existe un modèle unique de relation médecin-malade, dans laquelle chacun joue un rôle social attendu. Le médecin est chargé de rétablir l'ordre social menacé par la déviance que représente la maladie ; il doit maîtriser une compétence technique, offrir une prise en charge universelle, ne pas sortir de la spécificité fonctionnelle de son rôle, agir avec une certaine neutralité affective et une orientation vers la collectivité. Le malade a pour devoir de faire légitimer son état déviant, de souhaiter aller mieux, de rechercher une aide compétente ; ses droits sont

alors d'être reconnu comme non responsable de son incapacité et d'être exempté de ses responsabilités habituelles.

En 1956, Szasz et Hollander [32] complètent la théorie de Parsons en proposant trois styles de relation médecin-malade, selon que le patient est actif ou passif dans la relation, le médecin étant toujours considéré comme actif (activité-passivité, guidance-coopération, participation mutuelle). Ces styles sont considérés comme liés essentiellement aux caractères différenciés des temporalités de maladies (aiguës ou chroniques).

Par la suite, Freidson [20] ajoutera à ceux-ci 2 autres modèles, selon que le médecin est passif ou actif (patient guide - médecin coopératif, patient actif – médecin passif).

En 1992, Emanuel et Emanuel [10] proposent également une analyse de la relation médecin-malade sous l'angle du partage du pouvoir ; ils identifient quatre modèles idéaux-typiques : « informatif », « interprétatif », « délibératif » ou « paternaliste » (voir tableau I).

De manière un peu similaire, une revue de littérature récente [21] oriente son analyse sur la manière dont les décisions sont prises au sein des consultations médicales, et propose trois modèles-types : le modèle du patient décideur, le modèle du médecin décideur et le modèle de décision partagée.

Pour les sociologues « interactionnistes », dans la lignée des travaux d'Eliot Freidson [14] publiés en 1970, les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions entre médecin et malade ; la relation médecin-malade dépend donc des multiples relations que vivent le malade et le médecin (avec l'équipe hospitalière, la famille et les autres proches) en plus de leur interaction duelle. Par ailleurs, l'exercice de la médecine se situe dans un contexte organisé et structuré, qui joue un rôle important : la pratique individuelle d'un médecin libéral, insérée dans la vie

Tableau I : Comparaison des différents modèles de relation médecin - patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992) [10]

	Informatif	*Interprétatif*	*Délibératif*	*Paternaliste*
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	– Fournir une information factuelle pertinente – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

de la cité, est dépendante du « client » qu'est le patient, tandis que la pratique à l'intérieur d'une organisation intégrée dans le milieu professionnel (tel que l'hôpital) est essentiellement dépendante des collègues. Le modèle de relation sera également modifié selon que le patient est la cible de techniques de prévention ou de mesures curatives. Pour Freidson, la médecine est devenue progressivement une des formes de réaction des sociétés à la déviance, une « entreprise morale » qui se substitue au droit et à la religion, dans un contexte d'autonomie et d'autorégulation forte de la profession médicale.

Regards de praticiens : la promotion de nouvelles approches de la consultation

Dès 1957, Michael Balint [2] proposait à ses confrères une approche permettant de reconsidérer leur expérience de tous les jours et d'améliorer la relation médecin-malade, à travers l'introduction d'une réflexion psychanalytique dans la pratique de la médecine générale et au moyen d'une participation périodique à des groupes de réflexion entre pairs.

En dehors de cette approche particulière, la littérature biomédicale (essentiellement d'origine anglo-saxonne et datant des années 1980 et 1990) analyse généralement les consultations à travers 3 à 10 « étapes ou tâches, (qui) vont de la prise de contact initiale à la clôture de la rencontre, en passant par des temps de recueil d'informations, de traduction de la demande, de transmission d'informations, de négociation et de choix avec le patient, de récapitulation des points d'accord ou encore de préparation de la relation à long terme » [35]. Certains modèles se fondent sur des étapes (modèle « P-R-A-C-T-I-C-A-L [19] », guide d'observation Calgary Cambridge [18], modèle de Byrne and Long [4]) ; d'autres modèles sont basés sur des tâches effectuées pendant la consultation (modèle de Pendleton *et al.* [26]) ; d'autres encore s'appuient sur différentes dimensions de la consultation (modèle « Centré sur le patient » [35] et modèle « BARD » [36]). Les composantes de ces modèles sont présentées dans le tableau II, qui en permet une lecture comparative.

Approches favorisant la participation des patients

La littérature montre qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales, si elle est souhaitée par le patient, améliore sa satisfaction, diminue son anxiété et améliore sa santé [34]. Parmi les « modèles » décrits, certains favorisent l'implication du patient dans les choix relatifs à sa santé.

Ainsi le modèle de « participation mutuelle » exposé par Szasz et Hollander suppose une forte implication du patient [37].

De même, pour Emanuel et Emanuel [10], le « modèle délibératif » apparaît comme idéal. Il comprend les principales étapes suivantes : délivrer de l'information au patient, donner son avis en tant que médecin, enfin soumettre cet avis au débat en veillant à laisser le libre choix au patient.

L'approche « centrée sur le patient » [35, 36] (qui trouve son origine dans les travaux de Balint mais se fonde sur des recherches en sociologie, anthropologie et psychologie médicales plutôt que sur une expérience en psychothérapie) prend en compte l'expérience unique vécue par le patient : le médecin n'est plus amené à établir un diagnostic, mais à créer un espace

Tableau II : Quelques modèles de consultation proposés dans la littérature

Structuration de la consultation	*Etapes de la consultation ou tâches à effectuer*				*Dimensions*	
Nom de modèle / Auteur	*P-R-A-C-T-I-C-A-L (Larsen et al.) « Centré sur le patient » (9 étapes)*	*Guide d' observation Calgary-Cambridge (5 étapes)*	*Byrne and Long (6 étapes)*	*Pendleton et al. (7 tâches)*	*Centré sur le patient (5 dimensions)*	*BARD (4 dimensions)*
Année	*1997*	*1996*	*1976*	*1984*	*2001*	*2002*
Déroulement des étapes ou des dimensions	1. Avant la consultation L'histoire du patient					(iii) Room : proposer un espace cohérent avec la personnalité du médecin
	2. Relation Permettre l'installation de la relation	(i) Engager la séance	(i) Installation de la relation	(vii) Installation de la relation	(v) Accroître la qualité de la relation médecin-patient	(i) Behaviour : Adopter le comportement adéquat
	3. Peurs, idées, préoccupations et attentes Dimension cognitive/affective	(ii) Recueillir l'information	(ii) Motif de consultation	(i)Motif de consultation, y compris les idées, les préoccupations et les attentes	(i) Explorer la maladie et l'expérience qu'elle fait vivre au patient	(ii) Aims : Définir les objectifs de la consultation et les prioriser
	4. Langage commun Résumé Exploration des croyances de santé	(iii) Nouer des liens		(ii) Autres problèmes (iii) Choix de l'action en partenariat avec le patient	(ii) Comprendre tous les aspects de la personne	(iv) Dialogue : Adopter un vocabulaire compréhensible
	5. Traduction Du monde de la vie quotidienne au monde de la médecine Examen physique ou verbal		(iii) Examen verbal ou physique			
	6. Interaction Compréhension partagée Changement de cadre de référence Choix du patient ou du médecin	(iv) Expliquer et planifier	(iv) Examen de la situation par le médecin et le patient et (v) détail du traitement et investigations envisagées	(iv) Compréhension partagée (v) Responsabilité	(iii) Trouver un terrain d'entente pour mieux gérer le problème	
	7. Conversion en action Mise en œuvre / promotion				(vi) Etre réaliste	
	8. Vérification de l'acceptation Filet de sécurité Inscription dans la durée			(vi) Utilisation appropriée du temps et des ressources	(iv) Miser sur la prévention des maladies et la promotion de la santé	
	9. Clôture de la consultation OK ? Prêt pour mon prochain patient ?	(v) Clôture de la consultation	(vi) Clôture de la consultation			

de travail non directif dans lequel le patient pourra cheminer vers un changement souhaité.

De la même manière, la démarche de *counseling* (5), (née au début du 20e siècle, aux États-Unis, dans le cadre d'un mouvement de réforme sociale et introduite par Carl Rogers en psychologie clinique dans les années 30), renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. Elle repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa vie privée, ses sentiments, son attitude et ses besoins. Elle engage également le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. Parmi les nombreux courants de *counseling* existants, qui se situent à différents niveaux entre une approche autoritaire et une approche passive du médecin, celui qui a montré le plus d'intérêt (en termes de satisfaction et de résultats de santé) est un *counseling* à mi-chemin entre ces extrêmes, un style « coopératif », dans lequel la personne, guidée par le médecin, prend les décisions [6].

Proximité avec les approches d'éducation pour la santé et d'éducation du patient

Dans ces approches que l'on qualifiera d'« éducatives », la place accordée à la participation des personnes est centrale, comme le montrent les définitions suivantes.

Objectifs des approches éducatives

Ces approches s'inscrivent dans le cadre de la promotion de la santé, qui « appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux » [23].

Dans cette perspective, l'objectif visé par l'éducation pour la santé est l'acquisition par les personnes de ressources qui leur permettront de participer activement aux choix concernant leur santé, à un niveau individuel et collectif [24]. L'éducation du patient ou éducation thérapeutique du patient, telle que définie par l'OMS, a pour but de « rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec sa maladie » [22].

Démarches

Deux des 5 stratégies proposées par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [24] renvoient précisément à des démarches impliquant la participation du public. Premièrement, le « renforcement de l'action communautaire » repose sur la participation effective d'une « communauté » (ou groupe d'individus) à tous les niveaux d'une action de santé : identification des besoins, définition de l'action, réalisation, évaluation… Deuxièmement, l'« acquisition d'aptitudes individuelles » – telle que soutenue à travers des activités d'éducation pour la santé et d'éducation du patient – repose dans le cas de l'éducation du patient sur un modèle

(5) Le terme *counseling* n'ayant pas d'équivalent en français, il est utilisé tel quel.

d'intervention spécifique proposé par l'OMS [22], fondé notamment sur une analyse des besoins spécifiques de chaque patient en termes de compétences à acquérir et sur un accompagnement psychosocial [8]. Concrètement, mettre en œuvre une approche éducative en médecine correspond alors à une triple révolution [31] : la prescription est remplacée par une démarche éducative en vue d'un choix partagé par le patient et le médecin ; le patient devient sujet et non plus objet de ses soins ; enfin on se situe dans une approche de promotion de la santé, et non plus dans une logique spécifiquement de soins curatifs. La démarche d'éducation pour la santé renvoie dans ce cas à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde à la fois sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et à la fois sur ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère [32].

Cependant, si la participation des patients est soulignée clairement dans ces définitions et ces démarches, la pratique montre que les interprétations en sont plus ou moins restrictives et qu'il existe des freins importants à leur mise en œuvre, qui aboutissent à donner une place plus ou moins grande au patient [3, 7]. Ces freins sont liés à la fois au contexte social et culturel, aux patients (ressources sociales et culturelles, fragilisation par la maladie, etc.), aux soignants (que leur formation ne prépare pas à une relation participative), aux enjeux de la relation présentés en première partie de cet article et enfin à l'environnement physique de la relation [31].

De la communication interpersonnelle à l'éducation pour la santé : quelles compétences pour les professionnels ?

Le constat de l'importance accordée à la participation des personnes, aussi bien dans le cadre de la communication médecin-malade que dans celui de l'éducation du patient et de l'éducation pour la santé, appelle une comparaison des compétences attendues des professionnels dans ces différents domaines.

Pour le collège des médecins de famille du Canada, la relation médecin-malade est un des quatre principes directeurs de la médecine familiale [16]. Pour le collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, la compétence communicationnelle est une des 7 compétences essentielles que doivent maîtriser les médecins spécialistes, aux côtés de l'expertise médicale, la collaboration, la gestion, la promotion de la santé, l'érudition et le professionnalisme [5].

L'organisation gouvernementale Santé Canada [34] distingue 12 compétences principales à développer dans le domaine de la communication (voir tableau III, première colonne). Considérant que les compétences en communication ne peuvent pas être appliquées isolément, Santé Canada propose de les regrouper en 4 ensembles de compétences à mettre en œuvre dans la consultation :

- Comment aider le patient à s'exprimer plus facilement.
- Comment faire face aux émotions.
- Comment prendre des décisions communes.
- Comment clore sur une bonne note.

Tableau III : Comparaison des compétences attendues des médecins en matière de communication, avec celles attendues des professionnels de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient

Compétences en communication attendues des médecins (Santé Canada, 2001 [34])	*Compétences attendues des personnes formées en éducation pour la santé (Sandrin-Berthon, 2002 [30], Ferron, 1999 [11])*	*Compétences attendues des soignants en éducation du patient (OMS, 1998 [22])*
1. Savoir faire preuve d'empathie verbale ou non verbale (expression du visage, comportement physique) 2. Savoir poser des questions ouvertes ou fermées 3. Savoir recourir à l'écoute active 4. Savoir reconnaître les indices non verbaux 5. Savoir quand parler et agir 6. Savoir quand garder le silence 7. Savoir synthétiser 8. Savoir choisir des mots simples 9. Savoir préciser les responsabilités 10. Savoir planifier les actions 11. Savoir confirmer auprès du patient 12. Savoir donner un rôle de meneur	1. Situer son action dans une politique globale de promotion de la santé 2. Analyser le contexte institutionnel dans lequel on intervient, comprendre les différentes logiques en présence 3. Planifier des programmes d'actions 4. Prendre en considération les caractéristiques physiologiques, psychologiques, sociales et culturelles des personnes auprès desquelles on travaille 5. Choisir, utiliser, parfois concevoir des méthodes et des outils pédagogiques adaptés au public et au cadre de son intervention 6. S'exprimer clairement à l'oral et à l'écrit, utiliser différents canaux de communication 7. Travailler en partenariat avec d'autres professionnels 8. Evaluer les effets de l'éducation, au plan pédagogique et au plan sanitaire	1. Adapter leurs comportements professionnels aux patients et à leur affection (chronique/aiguë) 2. Adapter la prise en charge thérapeutique aux patients, considérés individuellement et en tant que membres d'une famille ou d'un groupe 3. Articuler leurs rôles et actions avec ceux de leurs collègues 4. Communiquer de manière empathique 5. Reconnaître les besoins des patients (objectifs, définis par les soignants, et subjectifs, propres aux patients et à leur vie) 6. Prendre en compte l'état affectif, le vécu, l'expérience et les représentations des patients 7. Aider les patients à apprendre (se préoccuper de ce qu'ils apprennent et non seulement de ce qu'on leur enseigne) 8. Enseigner aux patients à « gérer » leur maladie et utiliser adéquatement les ressources sanitaires, sociales et économique disponibles 9. Aider les patients à organiser leur « mode de vie » 10. Eduquer les patients et les conseiller sur la réaction face aux crises et épisodes aigus, ainsi que sur les facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux qui influencent leur manière de gérer leur état de santé 11. Choisir et utiliser adéquatement les techniques et outils éducatifs disponibles (contrat pédagogique, brochures explicatives ou aide-mémoire, témoignages de patient…) 12. Prendre en compte, dans les traitements et soins de longue durée, les dimensions éducative, psychologique et sociale 13. Evaluer les effets thérapeutiques de l'éducation, tant cliniques que biologiques, psychosociaux, pédagogiques, sociaux et économiques, et ajuster le processus éducatif 14. Evaluer régulièrement et ajuster les pratiques et performances éducatives des soignants

Ces approches apportent un éclairage différent et élargi sur les relations soignant-consultant telles qu'on les conçoit habituellement, en y incluant des aspects psychologiques et sociaux et en tendant à promouvoir l'apprentissage de compétences en communication.

Certains modèles, tels que le guide d'observation Calgary Cambridge [18], sont d'ailleurs fondés explicitement sur un déroulement séquentiel de compétences (*cf.* tableau II).

La comparaison de ces compétences avec celles recommandées en éducation pour la santé et en éducation du patient [11, 22, 30] (voir tableau III, colonnes 2 et 3) laisse apparaître des notions supplémentaires ou plus prégnantes dans ces approches éducatives :

- des compétences renvoyant à la nécessité de prendre du recul vis-à-vis de soi-même et de sa pratique et vis-à-vis du contexte historique et social dans lequel cette pratique prend place ; ces compétences rejoignent d'ailleurs celles mobilisées dans les groupes Balint ;
- un ensemble de compétences autour de l'établissement d'un « diagnostic éducatif », qui doit être partagé avec le patient, ou plus généralement à une étape de la consultation consacrée à « faire connaissance » [17] ;
- des compétences visant à permettre au patient d'acquérir lui-même des compétences, avec une inscription de cette intention éducative dans la durée ;
- des compétences en évaluation, qui sont plus explicitement soulignées ;
- des compétences permettant à différents professionnels intervenant auprès d'un même patient de travailler en interdisciplinarité.

Discussion

Ce travail de recherche documentaire et d'analyse des modèles de consultation permet d'appréhender la diversité des pratiques et de leurs visées, d'approcher les notions de communication et de participation telles qu'elles sont définies au plan théorique et formalisées au travers d'étapes structurant la consultation médicale. On observe que les objectifs de la « communication dans la relation de soins » et de l'éducation du patient peuvent se rejoindre, notamment lorsqu'il s'agit de permettre au patient d'avoir un rôle plus actif dans la relation et de participer davantage aux décisions qui le concernent. L'éducation du patient est d'ailleurs définie comme « un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient » [22], par conséquent un processus reposant fondamentalement sur la communication entre le médecin et le patient. Cependant, les modèles théoriques décrits en éducation du patient et en éducation pour la santé semblent aller plus loin que les modèles de communication, explicitant davantage les notions de réflexivité du professionnel et du patient sur la situation d'interaction, de participation et d'implication dans la durée, d'évaluation et d'interdisciplinarité.

De même que la participation des patients est plus ou moins recherchée dans la communication médecin-malade, une enquête sur des programmes d'éducation du patient diabétique montre que cette participation est

aujourd'hui rendue plus ou moins possible dans les activités éducatives proposées [13]. Dans cette enquête, les facteurs qui semblent jouer sur le caractère participatif des activités d'éducation du patient sont d'une part le parcours de formation des professionnels et d'autre part des contraintes structurelles ou organisationnelles.

En ce qui concerne premièrement la formation : les objectifs de la formation à la relation médecin-malade et à l'éducation du patient sont-ils similaires ? Au cours des travaux d'élaboration du Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques présenté le 24 avril 2007, les associations de patients ont exprimé des attentes portant à la fois sur l'amélioration de la communication dans la relation de soins et sur le développement d'une dimension éducative dans leur prise en charge. Une revue de littérature a d'ailleurs montré que les médecins pouvaient apprendre, retenir et maintenir sur le long terme les compétences en communication et qu'une meilleure communication ne générait pas d'allongement de la durée des consultations [34]. Ces professionnels sont-ils alors plus compétents en éducation du patient ? Et inversement, ceux formés à l'éducation du patient acquièrent-ils en même temps des compétences en communication ? Il est à noter que les formations existantes en éducation du patient abordent souvent ces deux dimensions de manière conjointe.

Deuxièmement, il serait intéressant d'explorer les facteurs structurels qui jouent aujourd'hui sur la relation médecin-malade, en comparant par exemple différents systèmes de santé (France, Allemagne, Angleterre, États-Unis) dans leurs aspects de démographie des professionnels de santé, de répartition des compétences entre professionnels, d'importance des soins primaires, de mode de rémunération des professionnels, d'offre en matière d'information et d'éducation des patients, etc. Dans cette analyse, il est nécessaire de considérer l'ensemble des professionnels concernés. En effet, si notre article est centré sur la relation du patient avec le médecin, la réflexion doit être menée à propos de la relation du patient avec d'autres professionnels du secteur sanitaire et social (infirmiers, pharmaciens, diététiciens, kinésithérapeutes, assistants sociaux…) [1]. Les maisons médicales pluridisciplinaires et les réseaux de santé ont bien compris que le patient était au cœur d'une relation « multiple » avec différents intervenants, comme en attestent leurs efforts pour coordonner autour du patient les interventions éducatives de ces différents professionnels. Il a d'ailleurs été montré que l'intervention d'éducateurs pour la santé en amont de la consultation médicale (dans un but d'aide à la lecture des résultats médicaux, à l'articulation des questions et à la négociation des décisions médicales) avait pour conséquence une participation accrue des patients au cours de la consultation. Cette intervention donnait aux patients la sensation d'être plus en capacité d'agir sur leur santé ; ils se disaient ensuite moins limités, à long terme, dans leurs activités quotidiennes [15, 28, 29]. Là encore, les responsables de formations montrent qu'ils ont compris l'importance d'un travail collaboratif entre professionnels, en proposant des formations de plus en plus souvent multidisciplinaires.

Enfin, il est indispensable d'interroger les aspects éthiques liés à la visée de participation des patients, qui s'accompagne notamment d'un transfert de responsabilité et de travail médical vers le patient, que celui-ci peut ne pas

être désireux ou en capacité de porter, dans une situation donnée ou à un moment donné. « Tout en disposant de l'information, certains patients peuvent choisir d'exprimer leur autonomie en autorisant le médecin à prendre toutes les décisions, et donc décider de ne pas décider » [21]. Il est donc nécessaire d'interroger régulièrement le souhait et la capacité du patient à participer à ses soins, la participation n'étant pas une fin en soi. Pour les professionnels, tout l'art consiste à trouver, avec chaque patient, un équilibre entre « neutralité bienveillante » et « injonction à participer » [33], dans un objectif d'amélioration de sa qualité de vie.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient B. Sandrin Berthon (CRES Languedoc-Roussillon), qui leur a fait partager, au début de ce travail, les résultats d'une recherche bibliographique sur les modèles de consultation en médecine.

Elles remercient également N. Desnos et N. Fontaine pour la synthèse documentaire réalisée pour l'Inpes, et consultable au centre de documentation de l'Inpes [9].

Enfin, elles adressent leurs remerciements à C. Lavielle, I. Vincent et A. Develay (INPES) pour leurs relectures constructives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baird A. Focus on... The consultation. Nurse Prescriber 2004;1(2). [URL : http://www.nurse-prescriber.co.uk/Articles.htm] [Consulté le 30/05/2006].
2. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1957 : 419 p.
3. Bury J. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck Wesmael, 1988 : 235 p.
4. Byrne PS, Long Barie EL. Doctors Talking to Patients. London : HMSO, 1976, 195 p.
5. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Compétences pour le nouveau millénaire : rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux. ProMEDS 2000. Ottawa : CRMCC, 1996 : 21 p. [URL : http://www.medbev.umontreal.ca/gtea/CRoyal_ProMEDS_2000.pdf] [Consulté le 30/05/2006].
6. Comment accompagner une femme et/ou un couple dans le choix d'une méthode contraceptive adaptée ? In : Afssaps, Anaes, Inpes. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis : Anaes 2004:159-98.
7. Deccache A. Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes. Bruxelles : Eds DeBoeck université, coll. savoirs et santé, 1989 : 239 p.
8. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. Actualité et dossiers en santé publique 2001;36:11-3.
9. Desnos N, Fontaine N. Le déroulement des consultations médicales : modèles, évaluation, comparaison. Synthèse documentaire. Paris : INTD, 2004:48.
10. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267(16):2221-6.
11. Ferron C. Développer la formation en éducation pour la santé : objectifs et stratégies. Vanves : éditions CFES, 1999, 71 p.
12. Fournier C. Qu'est-ce qui pousse la société à éduquer ses patients ? Esquisse de l'espace social des pratiques d'éducation des patients diabétiques en France – principaux enjeux et modalités de développement. [Mémoire de DEA de sociologie] sous la direction de Patrice Pinell. EHESS, 2002 : 99 p.
13. Fournier C et al. Modèles sous-jacents à l'éducation des patients : enquête dans différents types de structures accueillant des patients diabétiques de type 2. Évolution 2007;5: 6 p.
14. Freidson E. Profession of medicine. New York : Harper & Row, 1970. Freidson E. La profession médicale. Paris : Payot, 1984 : 369 p.
15. Greenfield S, Kaplan S, Ware J. Expanding patient involvement in care. Ann Intern Med 1985;102(4): 502-28.
16. Gutkin C. Les patients d'abord. Le médecin de famille canadien 2004;(50):1053-54 [URL : http://www.cfpc.ca/cfp/2004/Jul/_pdf/vol50-jul-vital-1_fr.pdf] [Consulté le 30/05/2006].

17. Karrer M et al. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Santé publique 2004;16(3):471-85.
18. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ 1996;30(2):83-9.
19. Larsen JH, Risør O., Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step by step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract 1997;14(4):295-301. [URL : http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/14/4/295] [Consulté le 30/05/2006].
20. Ménoret M, Carricaburu D. Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies. Paris : Nathan, 2004:52-7.
21. Moumjid-Ferdjaoui N, Carrère MO. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. Rev Fr Aff Soc 2000;2:73-88.
22. OMS, Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague : OMS, 1998: 88 p.
23. OMS, Programme on Mental Health. Life Skills Education in School. Genève : OMS, 1994:53 (Référence OMS : WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2).
24. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS, 1986 : 2 p.
25. Parsons T. The social system. New York : Free Press, 1951. Un chapitre est intitulé : « Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne ».
26. Pendleton D, et al. The new consultation : developing doctor-patient communication. Oxford, New York : Oxford University Press, 2003:143 (Édition révisée de : Pendleton D, et al. The consultation : an approach to learning and teaching. Oxford : Oxford University Press, 1984).
27. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Québec : Éditions du renouveau pédagogique Inc, 2005 : 840 p.
28. Roter DL, Hall JA, Katz NA. Patient physician communication: a descriptive summary of the litterature. Patient Educ Couns 1998;12:99-119.
29. Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. Health Educ Monogr 1977;5(4):281-315.
30. Sandrin-Berthon B. Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France ? État des lieux et recommandations. Rapport établi à la demande de Monsieur Bernard Kouchner, Ministre délégué à la santé. 2002 : 85 p.
31. Sandrin-Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : PUF, 2000 : 198 p.
32. Sandrin-Berthon B. L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution. In : Dandé A., et al. L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé. Vanves : éditions CFES, 2001:21-32.
33. Sandrin Berthon B. À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? La santé de l'homme 2006;383:40-2.
34. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa: Santé Canada, 2001, 31 p. [URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf [Consulté le 30/05/2006].
35. Stewart M et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 1995 : 296 p.
36. Stewart M. Towards a global definition of patient-centred care. BMJ 2001;322:444-5. [URL : http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/322/7284/444] [Consulté le 30/05/2006].
37. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. Arch Intern Med 1956;97:585-92.