



# ■ Une présentation de l'approche Calgary-Cambridge

Claude Richard  
Marie-Thérèse Lussier  
Suzanne Kurtz

CHAPITRE

11

## **Le cadre conceptuel de l'approche Calgary-Cambridge**

Les principes sous-jacents

Les catégories d'habiletés communicationnelles

Les objectifs de l'enseignement de la communication professionnelle

Les cinq principes qui caractérisent une communication et un enseignement efficaces

La structure de l'entrevue médicale selon l'approche Calgary-Cambridge

## **Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale**

I. Commencer l'entrevue

II. Recueillir l'information

III. Structurer l'entrevue

IV. Construire la relation

V. Expliquer et planifier

VI. Terminer l'entrevue

VII. Expliquer et planifier : cas particuliers de discussion avec le patient

## **Conclusion**



Le présent chapitre a pour but de présenter l'approche Calgary-Cambridge (CC) pour l'enseignement de l'entrevue médicale. Après avoir examiné attentivement divers programmes de formation en communication professionnelle dans le domaine de la santé, nous avons porté notre attention sur cette approche pour plusieurs raisons. D'abord, elle s'appuie sur des données probantes, à la fois théoriques et empiriques, tant dans le domaine de la santé que dans celui de l'éducation. L'originalité et la force de l'approche CC tiennent à ce qu'elle traduit les principes généraux en un programme de formation exhaustif, systématique et précis, mais aussi qu'elle propose une vision contemporaine de la communication en santé, qui tient compte à la fois des trois fonctions génériques de toute entrevue médicale<sup>1</sup> et de l'approche centrée sur le patient ou sur la relation. D'abord conçue pour la formation universitaire initiale, l'approche CC est facilement adaptable à d'autres niveaux, tels que la résidence ou la formation continue. La description du programme est détaillée, et tout professionnel de la santé peut y trouver les éléments pratiques nécessaires à l'amélioration de ses compétences communicationnelles.

Nous présentons d'abord le cadre conceptuel sur lequel s'appuient les auteurs de l'approche CC. Vient ensuite la traduction de la plus récente version (2004) du guide CC de l'entrevue médicale, qui tient compte du cadre élargi de travail (*expanded framework*) que Kurtz, Silverman, Benson et Draper (2003b) ont publié dans la revue *Academic Medicine* et dans la deuxième édition (actuellement sous presse) de l'ouvrage intitulé *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (1<sup>re</sup> édition : Kurtz, Silverman et Draper, 1998). Nous respectons l'organisation hiérarchique du guide en ce qui concerne les tâches (*tasks*), les objectifs (*objectives*) et les habiletés communicationnelles (*skills*) qui s'y rapportent. À chacun des éléments de la grille nous ajoutons une explication ou un commentaire. Ce chapitre n'est donc pas une simple traduction, et nous assumons la responsabilité de tout écart de sens qui pourrait exister par rapport à la version anglaise originale.

## Le cadre conceptuel de l'approche Calgary-Cambridge

### Les principes sous-jacents<sup>2</sup>

#### **LA COMMUNICATION PROFESSIONNELLE EN SANTÉ EST UNE COMPÉTENCE CLINIQUE ESSENTIELLE**

La communication influe de façon importante et vérifiable sur de nombreux résultats significatifs de soins reçus par le patient. Des recherches rigoureuses ont révélé de nombreuses lacunes dans le domaine de la communication médecin-patient. Cette situation dénote un besoin de programmes officiels de formation en communication aux niveaux universitaire et postuniversitaire ainsi que dans le cadre de la formation médicale continue.

Des stratégies d'enseignement peuvent modifier en profondeur les connaissances, les compétences et les attitudes des étudiants en matière de communication. Ainsi, un programme de formation avec des assises conceptuelles solides et une stratégie d'application étoffée entraînera un changement mesurable.

#### **LA COMMUNICATION EN SANTÉ REPOSE SUR UNE SÉRIE DE COMPÉTENCES ACQUISES**

La communication ne relève pas d'un trait de personnalité, et tous les médecins peuvent acquérir les compétences qu'elle requiert. Bien sûr, la communication constitue

une habileté sociale que certains ont plus de facilité à maîtriser que d'autres. On ne parle pas ici de communication sociale seulement, mais de communication professionnelle. Cette dernière s'apprend et s'articule autour du champ disciplinaire qui lui sert de toile de fond. Il y a donc une série de techniques particulières à maîtriser, et tous les professionnels de la santé, quel que soit leur niveau de formation, peuvent y arriver. Pour obtenir plus de détails, on peut consulter l'article d'Aspergren (1999) sur la révision systématique de l'efficacité de l'enseignement de la communication.

### **L'EXPÉRIENCE (LA RÉPÉTITION) PEUT ÊTRE UN PIÈTRE ENSEIGNANT**

Il s'agit d'un principe général en pédagogie : l'expérience seule sans rétroaction entraîne rarement des changements de comportement. Même dans le cas où l'expérience de communication est insatisfaisante, souvent le praticien ne sait pas comment remplacer le comportement inadéquat. Par ailleurs, l'apprentissage par essais et erreurs pour isoler une meilleure façon de fonctionner est long et exigeant. On peut comprendre que, lorsqu'un praticien a trouvé un comportement satisfaisant, il ne veuille plus le changer (Maguire, Fairbairn et Fletcher, 1986).

Sur le terrain, il est postulé que le médecin apprend par l'observation et l'imitation d'un clinicien expérimenté. Pourtant, il est rare que l'étudiant ait ainsi accès à l'ensemble du processus communicationnel. En effet, il voit surtout la partie *résolution de problème* de la rencontre avec le patient. Enfin, en général, nous sommes de pauvres juges de notre propre communication.

### **LA MAÎTRISE DES HABILÉTÉS COMMUNICATIONNELLES VA AU-DELÀ DES CONNAISSANCES**

La maîtrise des habiletés communicationnelles est un apprentissage complexe, et les connaissances en communication ne suffisent pas. L'acquisition des compétences communicationnelles exige également l'apprentissage de comportements précis. Il ne nous viendrait jamais à l'esprit qu'il suffise à un apprenti chirurgien de lire sur une technique chirurgicale pour en maîtriser l'application. Or, il est tout aussi inconcevable qu'un professionnel de la santé puisse simplement lire sur les techniques et les stratégies communicationnelles pour en maîtriser la pratique. Il doit appliquer peu à peu ces connaissances pour qu'elles deviennent des comportements.

Kurtz et autres (1998) signalent cinq composantes essentielles pour que l'apprentissage des habiletés communicationnelles mène à un niveau professionnel de compétence :

- la connaissance du répertoire des habiletés à maîtriser ;
- l'observation des apprenants en interaction avec des patients ;
- la rétroaction constructive, descriptive et détaillée à propos du comportement observé ;
- la mise en pratique des habiletés ;
- l'approfondissement des habiletés.

Suivant l'approche CC, l'apprentissage constitue un processus itératif (de répétition) où l'étudiant maîtrise d'abord des habiletés de base, qu'il a ensuite l'occasion d'appliquer à plusieurs reprises dans des situations plus complexes, exigeant un raffinement progressif. Cette manière d'envisager l'apprentissage des habiletés communicationnelles démontre qu'on n'atteint pas un niveau professionnel après une seule leçon. En effet, la rétroaction constructive, descriptive et détaillée ainsi que la répétition sont le gage de la maîtrise de ces habiletés. L'apprenant a l'occasion de réviser, de raffiner et de construire à partir des habiletés de base, tout en en apprenant de nouvelles, plus complexes : il consolide ses acquis tout en avançant dans ses connaissances. On parle alors d'un modèle hélicoïdal.

Ainsi, les tâches communicationnelles de base (commencer l'entrevue, recueillir l'information, structurer l'entrevue, construire la relation, expliquer et planifier, terminer l'entrevue) sont d'abord apprises au moyen de situations cliniques simples dans une relation dyadique, puis auprès de clientèles spéciales ou au moyen de situations particulières. Des habiletés plus complexes peuvent ensuite être exercées dans certaines situations (gérer les émotions vives telles que la colère, annoncer une mauvaise nouvelle, aider le patient non observant, rassurer efficacement, gérer l'incertitude, mener une entrevue à trois, interroger un patient sur sa famille, etc.) ou auprès de clientèles particulières (suivre le patient présentant un trouble somatoforme ou souffrant de toxicomanie, dépister un problème de consommation d'alcool ou de violence conjugale, approcher l'adolescent, la personne âgée, le patient d'une autre origine culturelle, etc.).

## Les catégories d'habiletés communicationnelles

Les habiletés communicationnelles à acquérir appartiennent aux trois catégories suivantes.

- **Les habiletés de contenu** correspondent au *quoi* des entretiens, c'est-à-dire à la précision et à l'exhaustivité de l'information échangée au moment de la collecte des données, d'une part, et au moment de l'explication et de la planification, d'autre part. Le contenu renvoie au savoir médical.
- **Les habiletés de processus** correspondent au *comment* des entretiens. Il s'agit de l'ensemble des habiletés communicationnelles nécessaires pour structurer une entrevue et établir une relation. Elles incluent également les stratégies communicationnelles nécessaires pour amorcer une rencontre, donner de l'information, expliquer et élaborer un plan de traitement.
- **Les habiletés perceptuelles** incluent les attitudes et la gestion des émotions chez le médecin. Le médecin doit être conscient de ce qu'il pense et ressent pendant l'entrevue.

Alors que les habiletés de contenu et de processus sont plutôt interpersonnelles, les habiletés perceptuelles sont plus intrapersonnelles. Ces trois catégories jouent un rôle dans l'acquisition d'un niveau professionnel de compétence en matière de communication.

## Les objectifs de l'enseignement de la communication professionnelle

Voici les objectifs de l'enseignement de la communication professionnelle :

- promouvoir la collaboration et le partenariat ;
- améliorer la précision du diagnostic, l'efficacité de l'intervention et la qualité du soutien ;
- améliorer la satisfaction du patient et du médecin ;
- améliorer les résultats de soins.

Ces objectifs découlent directement des résultats de recherches effectuées au cours de ces 40 dernières années auprès de populations de patients de tous genres, qui consultaient pour différents types de problèmes de santé. Ces recherches montrent, l'une après l'autre, les effets positifs de deux manières de faire des médecins en consultation : plus ceux-ci semblent soucieux de répondre aux besoins d'information des patients et cherchent à établir une relation de collaboration plutôt que d'autorité, meilleurs sont les résultats en ce qui concerne la compréhension des patients, leur observation des recommandations et leur satisfaction.

Stewart (1995) a présenté une révision systématique des études sur la communication patient-médecin qui portaient directement sur des indicateurs de santé des patients

et non pas sur les variables intermédiaires. Les 21 études de communication médecin-patient recensées étaient de qualité méthodologique supérieure (des essais cliniques randomisés d'interventions visant à améliorer la communication ou des études analytiques observationnelles sans intervention), et avaient comme variable dépendante la santé du patient. La chercheuse conclut que la qualité de la communication à la fois pendant la collecte des informations et pendant la discussion du plan de traitement influence la santé des patients. Les divers résultats qui ont été mesurés dans ces études et qui ont montré un effet favorable de la communication sont (par ordre décroissant de fréquence) : la santé émotionnelle ; la disparition des symptômes ; l'état fonctionnel ; les mesures physiologiques, telles que la tension artérielle, la glycémie ; le contrôle de la douleur.

## Les cinq principes qui caractérisent une communication et un enseignement efficaces

Pour être efficace, une communication doit remplir les cinq conditions suivantes.

1. **Assurer l'interaction plutôt que la transmission simple du contenu.** Une communication efficace assure un échange d'informations dans le cadre d'une interaction qui s'inscrit dans une relation ; elle est plus qu'une transmission directe d'informations. Dans ce cadre, le professionnel ne peut se contenter de dire ce qu'il a à dire : il lui faut s'assurer que le patient a compris. Il peut considérer qu'il a été compris uniquement quand il reçoit une rétroaction qui confirme que son message a été interprété correctement. Le but principal de la communication professionnelle est que le patient et le médecin arrivent à partager une compréhension du problème et de la solution. Dans le cadre de la relation patient-médecin, les autres fonctions de la communication sont importantes, mais subordonnées à ce premier objectif : comprendre et être bien compris<sup>3</sup>.
2. **Réduire l'incertitude.** L'incertitude est un aspect important de la communication dans la mesure où elle peut générer de l'anxiété et nuire à la concentration des interlocuteurs. Ainsi, le médecin qui annonce clairement les étapes de l'entrevue ou qui informe le patient des gestes qu'il doit faire dans l'exécution d'une technique contribue à garder le patient *dans le coup* et diminue l'incertitude. En voici deux exemples.
  - Avant de commencer une entrevue :  
« Je vais d'abord vous poser quelques questions au sujet de votre diabète, puis nous aborderons les difficultés que vous expérimentez au travail. Est-ce que ça vous va ? »
  - Lors d'une biopsie de l'endomètre en cabinet :  
« Toussez s'il vous plaît, je vais stabiliser votre col, vous allez ressentir une contraction... Ça va?... Tout se passe bien, je vais maintenant mesurer la profondeur de votre utérus et faire le prélèvement. »
3. **Être fondée sur les résultats visés.** Le meilleur moyen d'être efficace en communication est de planifier les interventions en fonction des résultats désirés.
4. **Montrer du dynamisme et de la flexibilité.** Ce qui est approprié pour une personne est souvent inapproprié pour une autre. Ce qu'un patient comprenait lors d'un rendez-vous précédent, il peut ne plus le comprendre lors d'un rendez-vous subséquent. Il faut donc être attentif et s'adapter à la situation du patient.
5. **Emprunter une forme hélicoïdale plutôt que linéaire.** Au fur et à mesure des interactions, les interlocuteurs se modifient mutuellement, et les répétitions et recommencements ne sont jamais exactement les mêmes<sup>4</sup>.

## La structure de l'entrevue médicale selon l'approche Calgary-Cambridge

Kurtz et autres (2003b) présentent un cadre général élargi de l'entrevue médicale, dans lequel ils ont réintroduit les éléments *classiques* de contenu de l'observation médicale<sup>5</sup>, qu'ils ont accordés avec les éléments de processus<sup>6</sup>. Jusqu'à récemment, ces derniers ont dominé dans les cours sur les habiletés communicationnelles. Cette insistance sur le *comment* et l'absence, jusqu'à un certain point, d'intégration des éléments de contenu relevant du savoir médical ont contribué au fait que plusieurs facultés de médecine ne reconnaissent pas et n'implantent pas cet enseignement. En fait, si dans les pays occidentaux de nombreuses facultés ont, ces 10 à 20 dernières années, introduit un cours formel d'habiletés en communication, il reste que celui-ci est très souvent offert au tout début de la formation de médecine et non intégré au reste. Cette situation va à l'encontre des principes pédagogiques reconnus en éducation.

L'enseignement des habiletés de communication et l'enseignement clinique devraient se faire de façon concomitante, soutenue et complémentaire, dans un souci d'intégration. Lorsque le superviseur clinique renforce les messages-clés des habiletés de communication, il démontre à l'étudiant la pertinence de cet enseignement et use de la répétition nécessaire à l'acquisition des connaissances. En contrepartie, les responsables de l'enseignement des habiletés en communication doivent puiser leur matériel pédagogique à même la pratique clinique usuelle des étudiants afin d'augmenter la perception de la pertinence de cet enseignement.

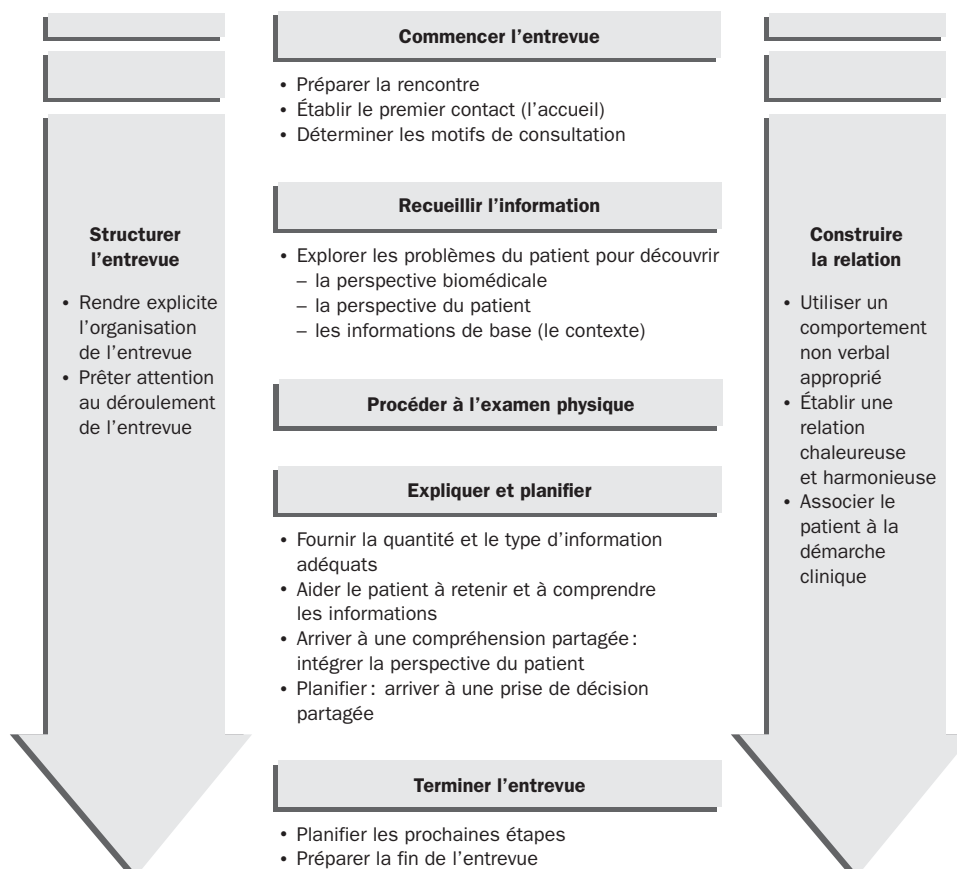
La structure de l'enseignement et la hiérarchisation des apprentissages devraient être compatibles avec les différents stades de la formation médicale et le niveau recherché de maîtrise des habiletés. La communication humaine, d'une part, et le programme d'enseignement de la communication professionnelle, d'autre part, peuvent être illustrés par le modèle hélicoïdal. Comme nous l'avons décrit précédemment, ce modèle renvoie à un apprentissage basé sur la répétition (la réitération) des habiletés fondamentales dans des situations ou des contextes divers qui, tout en consolidant les acquis, en permettent le raffinement progressif.

Kurtz et autres (2003b) proposent une structure générale de l'entrevue par le biais d'un schéma (figure 11.1) intérateur de l'observation médicale traditionnelle (et de son contenu) et des habiletés communicationnelles qui permettent d'accéder à ce contenu. Le schéma illustre à la fois le déroulement séquentiel de certaines tâches et la nature transversale d'autres tâches. Les auteurs retiennent sept tâches inhérentes à toute entrevue médicale : six tâches communicationnelles et l'examen physique. Le schéma est organisé selon un axe séquentiel (au centre), dans lequel les auteurs ont placé dans l'ordre habituel les tâches suivantes : commencer l'entrevue ; recueillir l'information ; procéder à l'examen physique ; expliquer et planifier ; terminer l'entrevue. Viennent s'ajouter deux tâches transversales (de part et d'autres des éléments séquentiels) : structurer l'entrevue et construire la relation.

L'objectif visé est de fournir des balises au clinicien et non pas de l'enfermer dans un carcan. En effet, chaque entrevue a des particularités qui définissent l'importance relative de chacune des tâches. Par exemple, un premier rendez-vous pour la prise en charge de nombreuses maladies chroniques et une consultation sans rendez-vous pour une cystite non compliquée chez une jeune fille exigent une approche adaptée et différente.

Kurtz et ses collaborateurs placent ensuite dans le cadre élargi les objectifs à atteindre pour chacune des tâches. Les tâches (en-têtes des sections) et les objectifs (éléments d'énumération) de ce cadre élargi se retrouvent dans le guide CC de l'entrevue médicale ;

Figure 11.1 Le cadre élargi de l'entrevue médicale



**Source :** Traduite et adaptée de Kurtz et autres (2003b), avec la permission des auteurs, par Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Déjà publiée dans Millette, Lussier et Goudreau (2004).

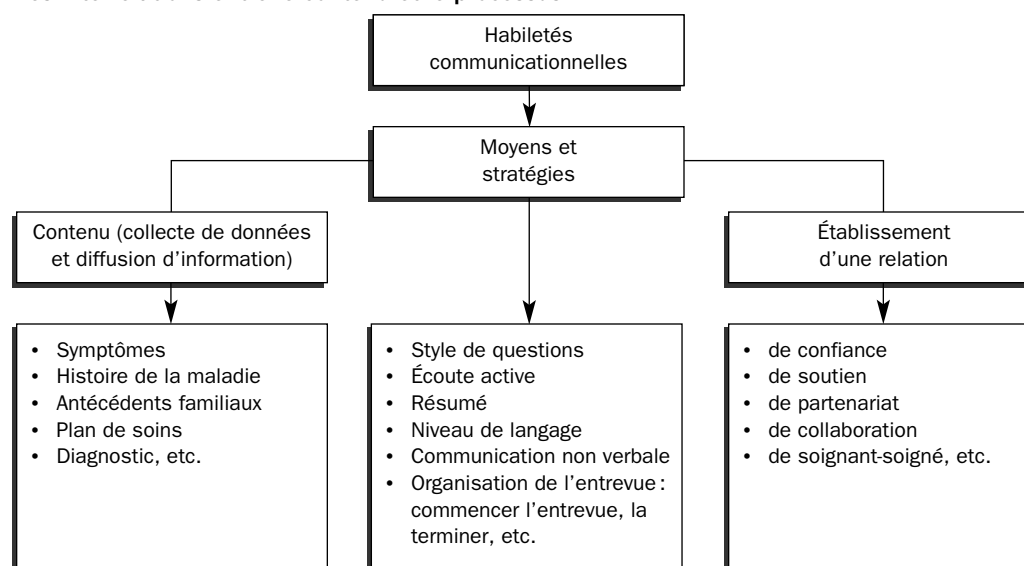
s'y ajoutent les habiletés communicationnelles efficaces pour l'atteinte des objectifs. Le guide est présenté en détail dans la prochaine section.

La figure 11.2 offre une autre façon d'envisager les interrelations entre le contenu et le processus. Elle montre comment les habiletés communicationnelles constituent les moyens et les stratégies permettant l'élaboration du contenu des entretiens, d'une part, et la définition de la relation qui s'établit entre les interlocuteurs, d'autre part. Ainsi, le contenu, les stratégies communicationnelles et la relation sont inséparables. En effet, on ne peut recueillir l'information nécessaire sur le plan clinique sans proposer en même temps une relation à notre interlocuteur. On reconnaît dans cette figure trois types de compétences :

- celles qui sont reliées aux savoirs propres des interlocuteurs, soit la compétence clinique du médecin et l'expérience du patient relativement à la maladie et à son traitement ;
- celles qui sont reliées au processus, soit l'enchaînement des contenus, leur séquentialisation et la structure de l'entrevue ;
- celles qui sont reliées à la capacité d'entretenir différentes relations avec le patient.

La combinaison de ces trois aspects influera sur la nature des contenus échangés, le choix des stratégies communicationnelles et le type de relation qui sera mis en place. Ainsi, la discussion de suivi avec un patient diabétique connu sera différente de l'explication du traitement à un nouveau patient affligé d'une grippe.

Figure 11.2 Les interrelations entre le contenu et le processus



## Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale

Le guide CC est un document exhaustif qui intègre 71 habiletés communicationnelles utiles en entrevue médicale. Il constitue un *répertoire* de stratégies reconnues et non pas une liste d'habiletés à appliquer aveuglément à chaque entrevue. En effet, chaque entrevue a des particularités qui définissent l'importance relative de chacune des tâches.

Le guide CC a été conçu pour l'apprentissage, l'évaluation et même la recherche en communication médicale ; ainsi, il peut soutenir l'apprentissage des habiletés de communication (évaluation formative). Sauf dans les situations de sanction de fin de formation, il est rare que le guide soit utilisé dans son entièreté (même s'il s'agit de la version de base) pour évaluer des entrevues du début à la fin. Les apprenants et les enseignants pourront plutôt convenir d'une tâche sur laquelle ils désirent se concentrer et observer spécialement les habiletés communicationnelles qui s'y rapportent.

Le guide est organisé autour des six tâches communicationnelles (excluant l'examen physique) inhérentes à toute entrevue médicale :

- I. Commencer l'entrevue
- II. Recueillir l'information
- III. Structurer l'entrevue
- IV. Construire la relation
- V. Expliquer et planifier
- VI. Terminer l'entrevue

Chacune des six tâches comprend une série d'objectifs qui explicitent les mesures que le médecin doit prendre. Chacun des objectifs comporte à son tour un ensemble d'habiletés communicationnelles qui s'y rapportent. Les habiletés communicationnelles qui sont incluses dans le guide sont issues de recherches en communication et en éducation (Kurtz et autres, 2003b).

Vous trouverez à l'annexe 11.1 une version française (traduite et adaptée par nous) du guide CC de l'entrevue médicale, dont la facture varie légèrement par rapport à la version



originale anglaise. (Cette dernière est accessible sur Internet aux sites [www.skillscascade.com](http://www.skillscascade.com) et [www.med.ucalgary.ca/education/learningresources](http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources).) D'abord, nous avons modifié la numérotation des éléments (sans en changer l'ordre). Nous avons également ajouté dans la colonne de droite, initialement réservée aux commentaires des observateurs, trois niveaux de maîtrise (à cocher) de l'habileté considérée, soit non maîtrisée, en voie d'être maîtrisée, et maîtrisée. La section « Commentaires », qui contient les observations qualitatives du superviseur ou des observateurs, a été déplacée sous le libellé de chaque habileté.

Pour la présentation dans le texte, nous avons adopté la même division que dans l'annexe 11.1 : d'abord, les tâches sont numérotées en chiffres romains, de I à VI ; suivent les objectifs généraux associés à la tâche, puis les objectifs particuliers, précédés d'une lettre majuscule ; viennent enfin les habiletés communicationnelles, numérotées en chiffres arabes. Chaque habileté communicationnelle fait l'objet d'une courte explication complémentaire.

## **I. Commencer l'entrevue**

Les objectifs généraux de cette tâche (inspirés de Silverman, Kurtz et Draper, 1998, p. 18) sont les suivants :

- Créer un environnement favorable et amorcer la relation.
- Connaître l'état émotif du patient.
- Cerner tous les problèmes dont le patient est venu discuter.
- Déterminer avec le patient les priorités de la rencontre.
- Établir un partenariat avec le patient, lui donner la capacité de participer à un processus de collaboration<sup>7</sup>.

### **A. PRÉPARER LA RENCONTRE**

- S'assurer que la rencontre précédente est terminée et se préparer à la nouvelle entrevue.
- S'assurer d'être disponible pour le nouveau patient.

Le médecin doit diriger toute son attention vers le nouveau patient et maintenir une bonne concentration tout au long de l'entrevue. Il devrait être à l'aise, n'avoir ni faim, ni chaud, ni froid, ni éprouver une trop grande fatigue. Dans le cas d'un patient connu, le médecin se prépare avant la rencontre et se remémore l'histoire de sa maladie en lisant ses notes, en vérifiant que les résultats des tests demandés sont au dossier. Il est souhaitable de faire ces activités *avant* d'accueillir le patient afin d'être disponible pour l'écouter.

### **B. ÉTABLIR LE PREMIER CONTACT (L'ACCUEIL)**

#### **1. Saluer le patient et obtenir son nom.**

Le médecin salue le patient et lui souhaite la bienvenue. Il s'assure qu'il connaît le nom du patient mais aussi, le cas échéant, le nom des personnes qui l'accompagnent, leur relation avec le patient et la raison de leur présence.

#### **2. Se présenter et préciser son rôle, la nature de l'entrevue ; obtenir le consentement du patient, si nécessaire.**

Il faut que le patient connaisse l'identité et le rôle de celui à qui il parle. Ce qui est évident pour le médecin peut ne pas l'être du tout pour un patient qui n'a pas fréquenté les services de santé depuis un certain temps. Pour se sentir à l'aise, un patient (quiconque, en fait) doit savoir à qui il s'adresse et à quoi serviront les informations confidentielles qu'il fournira. Le médecin dira, par exemple : « Je suis le D<sup>r</sup> Martin, c'est moi qui suis le médecin de garde à la clinique cet après-midi. »

### 3. Montrer du respect et de l'intérêt; voir au confort physique du patient.

La relation avec le patient se construit dès les premiers moments de la rencontre et elle se construit de manière concrète, par les gestes qui sont faits de part et d'autre. Le médecin montre de l'intérêt et du respect à l'égard du patient tout en s'assurant de son confort physique du début à la fin de l'entrevue. S'il connaît le patient, il peut parler de sujets qui l'intéressent, par exemple prendre des nouvelles de sa famille, de son travail. En se souciant du confort du patient, le médecin favorise l'apparition chez lui d'un sentiment de confiance et de sécurité. Il est certain, par ailleurs, que le patient arrive avec une préconception de ce que doit être sa relation avec un médecin. S'il manifeste de l'impatience ou de l'insatisfaction pendant l'entrevue, ce peut être qu'il y a une différence entre ce qu'il attend et ce que le médecin offre comme relation.

## C. DÉTERMINER LES MOTIFS DE CONSULTATION

### 1. Déterminer par une question d'ouverture les problèmes ou les préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue.

La détermination des motifs de consultation se fait habituellement par une question d'ouverture. Il peut s'agir d'un problème ou d'une préoccupation associé à la santé, ou encore d'un suivi ou de la nécessité de faire remplir des formulaires, etc. Voici des exemples de questions d'ouverture :

- « De quoi voulez-vous discuter aujourd'hui ? »
- « Qu'est-ce que je peux faire pour vous aujourd'hui ? »
- « Qu'est-ce qui vous amène ? »

Même si le médecin a déterminé un premier motif de consultation, il doit s'assurer qu'il n'y en a pas d'autres. Faute de connaître l'ensemble des raisons pour lesquelles un patient consulte, le médecin devra s'adapter au fur et à mesure qu'elles se révéleront, ce qui peut perturber considérablement la gestion du temps d'entrevue.

### 2. Écouter attentivement les énoncés d'ouverture du patient, sans l'interrompre ni orienter sa réponse.

Le début de l'entrevue doit permettre au patient de présenter ses préoccupations. Le médecin écoute donc la réponse du patient jusqu'à ce qu'il ait terminé, sans l'interrompre et sans enchaîner immédiatement sur un des problèmes qu'il mentionne. C'est généralement assez court<sup>8</sup>.

### 3. Confirmer la liste initiale des motifs de consultation et vérifier s'il y a d'autres problèmes.

Après avoir posé une première question qui permet au patient d'énoncer les motifs de sa visite, le médecin s'assure qu'il a bien compris. Puis il voit s'il n'y a pas d'autres raisons non encore énoncées (*screening*). Il est souhaitable de répéter une question telle que « Y a-t-il autre chose ? » jusqu'à ce que le patient énonce explicitement qu'il a terminé. L'objectif est de recenser tous les problèmes en début d'entrevue. Le médecin dira, par exemple : « Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ? »

### 4. Fixer le programme de la rencontre avec l'accord du patient, en tenant compte à la fois de ses besoins et des priorités cliniques.

Après avoir obtenu l'ensemble des motifs de consultation, le médecin établit les priorités avec l'accord du patient. Si le programme est trop chargé, il peut convenir de reporter un certain nombre d'éléments à une rencontre ultérieure. Si, d'un point de vue

clinique, il croit ne pas devoir respecter les priorités du patient, il lui en explique les raisons, tout en précisant à quel moment ces priorités seront abordées.

Après avoir énoncé une raison de consultation, le patient peut s'attendre à ce que la discussion porte immédiatement sur ce premier sujet. Cependant, il est préférable de briser cet enchaînement naturel et d'amener plutôt le patient à énoncer l'ensemble de ses motifs de consultation avant d'aborder le premier sujet. Il est donc utile que le médecin annonce au patient qu'il n'entend pas suivre ce processus habituel et qu'il préfère dresser d'abord la liste complète de ses raisons de consultation, puis discuter des priorités à traiter. À la fin de cette première partie, le patient doit avoir le sentiment de savoir comment se déroulera son entrevue. Le patient comprenant cette démarche sera rassuré et y collaborera plus volontiers.

## II. Recueillir l'information

Les objectifs généraux de cette tâche (Silverman et autres, 1998, p. 42) sont les suivants :

- Explorer ce que le patient ressent comme symptômes et les effets de ces symptômes sur ses activités quotidiennes ; explorer également la signification que prête le patient aux symptômes.
- Connaître l'histoire médicale associée à ces symptômes.
- S'assurer que les informations recueillies sont justes et complètes et en vérifier la compréhension qu'on en a auprès du patient.
- S'assurer que le patient se sent compris et a l'impression que les informations qu'il a fournies sont bienvenues, importantes et prises en compte.
- Continuer de créer un environnement favorable et une relation de collaboration.
- Structurer l'entrevue avec le patient pour s'assurer de recueillir efficacement l'information et donner au patient le sentiment qu'il comprend de quoi on parle ainsi que le déroulement de l'entrevue et qu'il participe à son évolution.

### A. EXPLORER LES PROBLÈMES DU PATIENT

#### 1. Encourager le patient à raconter l'histoire de son ou de ses problèmes, du début jusqu'au moment présent, dans ses propres mots (en clarifiant le motif de consultation actuel).

Le médecin demande au patient de raconter l'histoire de ses difficultés. Cette façon de procéder par une narration offre au patient un cadre de parole connu : le patient fournit ses informations en racontant les événements plutôt que de répondre de manière abstraite à des questions sur ses symptômes. Son guide est alors le fil des événements. Le clinicien dira, par exemple : « Racontez-moi comment ce problème est apparu, puis ce qui est arrivé. » Pour arriver à des résultats optimaux, on doit se *hâter lentement*. Ainsi, en laissant le patient parler en début d'entrevue, le médecin gagnera un temps précieux pour la suite.

#### 2. Utiliser la technique des questions ouvertes et des questions fermées.

Tant qu'il est à la recherche d'informations nouvelles et peut-être inattendues, le médecin a intérêt à utiliser des questions ouvertes. Elles lui permettent :

- d'encourager le patient à raconter son histoire de manière plus complète ;
- de prévenir l'usage de questions inutiles ;
- d'écouter son patient attentivement au lieu de réfléchir à la prochaine question qu'il devrait poser ;

- de mieux fonder le diagnostic ;
- d'explorer plus efficacement la maladie et la perception qu'en a le patient ;
- de rendre le patient plus actif dans la description de son problème ; cette plus grande implication servira plus tard au moment de la discussion du traitement et de son acceptation par le patient.

Lorsque les questions ouvertes générales et les questions de type « Qui ? », « Quoi ? », « Quand ? », « Comment ? » et « Où ? » n'ont pas réussi à procurer une information suffisamment précise, les questions fermées sont utiles, d'une part, pour encourager un patient réservé à fournir l'information désirée et, d'autre part, pour contenir un patient trop loquace. Les questions fermées permettent également au clinicien de préciser une situation, en obtenant des informations sur les caractéristiques, le site, l'intensité, la chronologie, le contexte, les facteurs modificateurs et les facteurs associés<sup>9</sup>. Elles permettent également de confirmer ou d'infirmer une hypothèse. Le médecin doit cependant se rappeler que s'il se limite à des questions fermées il risque de créer un climat qui ressemble davantage à un interrogatoire qu'à un entretien. Pour les utiliser, il doit avoir une idée précise de ce qu'il cherche. Aussi, la réponse à une question fermée se limite à ce sur quoi porte la question : si la difficulté du patient n'a pas été couverte avec cette question, elle ne sera pas communiquée.

**3. Écouter attentivement, en permettant au patient de terminer ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer s'il a fait une pause.**

Le médecin écoute attentivement, sans interrompre le patient, et laisse des silences qui lui permettront de terminer ses phrases. Il laisse au patient le temps de réfléchir avant de répondre aux questions, puis lui permet de continuer et de terminer ses propos. Il est important d'écouter mais aussi d'avoir l'air d'écouter en utilisant des énoncés de soutien et en montrant des signes de compréhension.

**4. Faciliter, verbalement et non verbalement, les réponses du patient.**

Le médecin envoie constamment au patient des signaux qui lui indiquent qu'il est écouté attentivement. Il favorise l'obtention de réponses grâce à des encouragements verbaux et non verbaux, et à des énoncés de soutien, à des silences, à des répétitions, à des reflets, à des paraphrases, à des interprétations, etc. (exemples : « hum », « je comprends », « je vois »). Le médecin montre ainsi son intérêt pour les réponses fournies.

**5. Relever les indices verbaux et non verbaux ; offrir son interprétation au patient et vérifier s'il est d'accord.**

Le médecin relève les indices non verbaux et verbaux susceptibles d'indiquer que le patient a des informations additionnelles à fournir (langage corporel, expression faciale, juron, regard absent, etc.). La communication non verbale peut révéler qu'il y a plus dans ses propos que ce qu'il dit explicitement. Le médecin offre son interprétation des indices au patient et vérifie auprès de lui si elle est fondée. Il reconnaît l'émotion exprimée lorsque cela est approprié<sup>10</sup>.

**6. Clarifier les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions.**

Le médecin clarifie les énoncés du patient, c'est-à-dire :

- fait expliciter les énoncés vagues ;
- fait préciser les généralisations en obtenant les cas particuliers qui ont servi à ces généralisations ;

- fait préciser les événements, en retrouvant le processus sous-jacent ;
- décèle les omissions, par exemple en tirant au clair les sous-entendus ou les présupposés ;
- lève les ambiguïtés.

#### **7. Faire périodiquement des résumés des propos du patient.**

À intervalles réguliers, le médecin résume les propos du patient et vérifie ainsi la compréhension qu'il en a. Il invite alors le patient à réagir pour corriger, compléter ou mettre en lumière un élément qu'il considère essentiel.

#### **8. Utiliser des questions et des commentaires concis et faciles à comprendre ; éviter le jargon médical ou, du moins, l'expliquer.**

Le médecin utilise un langage concis, facile à comprendre, adapté au niveau de langage du patient. Il évite le jargon technique, sauf avec les personnes qui le connaissent bien, par exemple les patients qui sont eux-mêmes médecins. Si le jargon est inévitable, il vérifie la compréhension du patient et fournit des explications au besoin. Il évite aussi le langage trop simple ou infantilisant.

#### **9. Établir la séquence temporelle des événements depuis le début.**

Le médecin reconstitue le cadre temporel en établissant l'ordre de déroulement des faits dans le temps. Il peut au besoin utiliser la capacité narrative du patient qui raconte son histoire pour l'aider à préciser la séquence des événements.

### **B. HABILETÉS ADDITIONNELLES POUR COMPRENDRE LA PERSPECTIVE DU PATIENT**

#### **1. Déterminer activement et explorer adéquatement : les idées du patient (ses croyances sur les causes) ; ses préoccupations (ses craintes) au sujet de chaque problème ; ses attentes (ses buts, l'aide qu'il désire pour chaque problème) ; les effets de ses problèmes de santé (comment chaque problème influe sur sa vie).**

Le médecin détermine et explore :

- les représentations et les croyances du patient ; il l'encourage à mettre de l'avant ses idées, notamment sur les causes de sa maladie ;
- ses préoccupations à propos de sa maladie, de son évolution et des séquelles possibles ;
- ses attentes, à savoir les améliorations qu'il espère et dans combien de temps, ainsi que l'aide qu'il désire pour chacun de ses problèmes ;
- les effets qu'il subit, c'est-à-dire comment chacun des problèmes de santé agit sur sa vie, sur sa famille et sur son travail.

Il est important de connaître les convictions du patient, car une conviction non exprimée peut être la source de son insatisfaction et de son refus de suivre le traitement proposé. Le médecin doit donc rechercher les opinions du patient à propos de son problème ainsi que les raisons qui sous-tendent ces opinions. Il peut ensuite expliquer son point de vue et dire en quoi et pourquoi il diffère de celui du patient. En cas de divergence, le médecin doit donner les raisons qui font qu'il ne peut adhérer à l'argumentation du patient.

#### **2. Encourager le patient à exprimer ses émotions.**

Le médecin encourage l'expression des émotions et des réflexions du patient à l'égard de ses difficultés.

### III. Structurer l'entrevue

Les objectifs généraux de cette tâche (Silverman et autres, 1998, p. 69) sont les suivants :

- Promouvoir la collaboration du patient à l'entrevue.
- Rendre explicite l'organisation de l'entrevue.
- Permettre au médecin et au patient de savoir où ils vont et pourquoi.
- Établir une compréhension mutuelle.
- Réduire l'incertitude du patient.

#### A. RENDRE EXPLICITE L'ORGANISATION DE L'ENTREVUE

##### 1. Faire un résumé à la fin de chaque sujet d'exploration.

À la fin de la discussion de chaque problème ou sujet où il y a eu collecte d'informations, le médecin propose au patient un résumé de ce qui a été dit, pour vérifier la compréhension qu'il en a et s'assurer qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de passer à la prochaine étape. Il démontre ainsi son attention et son intérêt pour le patient. De plus, il peut solliciter une confirmation explicite de sa part. Cette stratégie permet au patient d'ajouter ou de corriger des informations s'il le juge nécessaire.

##### 2. Progresser d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions et en les justifiant.

En passant d'une étape à l'autre de l'entrevue, le médecin utilise des marques de transition claires et justifie la transition. Il ne doit pas hésiter à commenter à haute voix la progression de l'entrevue et à annoncer ce qui suit. Le résumé aide aussi à structurer l'entrevue, car il se présente généralement à la fin d'une section et annonce le début d'une nouvelle section ; c'est une indication de progression dans le déroulement de l'entrevue. Ainsi, le patient sait toujours où il en est, et le processus de l'entrevue devient plus transparent pour lui.

#### B. PRÊTER ATTENTION AU DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE

##### 1. Structurer l'entrevue selon une séquence logique.

Le médecin établit pour l'entrevue un ordre de déroulement logique qui aura du sens pour le patient.

##### 2. Être attentif au temps disponible et maintenir l'entrevue centrée sur les tâches à accomplir.

En cours d'entrevue, le médecin a la responsabilité d'évaluer constamment la matière qui reste à couvrir et le temps disponible. Il doit éviter le télescopage des sujets à la fin de l'entrevue. Cependant, une entrevue est coconstruite par le patient et le médecin : aucun des deux n'en dirige à lui seul le déroulement, mais chacun peut l'influencer. Il n'est pas indifférent d'adopter une stratégie verbale plutôt qu'une autre, surtout dans un contexte où le médecin a une influence prépondérante dans la relation. S'il est important pour le médecin de savoir où il en est et d'avoir le sentiment qu'il progresse dans l'entrevue, il est également important pour le patient de sentir qu'il a été compris et de pouvoir anticiper la prochaine étape de l'entrevue. Lorsqu'une personne est dans une situation de dépendance, c'est le seul moyen qui lui reste pour sentir qu'elle a une prise sur le déroulement de l'entrevue.

## IV. Construire la relation

Toutes les étapes de l'entrevue contribuent à construire la relation avec le patient ; cette construction n'est pas, à proprement parler, une étape de l'entrevue. La relation du médecin avec son patient est d'abord une relation professionnelle de service. Des qualités bien particulières sont associées à cette relation, qui se distingue d'une relation d'affaires, d'amitié, etc. Les objectifs généraux de cette tâche (Silverman et autres, 1998, p. 73) sont les suivants :

- Faire en sorte que le patient se sente compris, estimé, appuyé et en confiance.
- Encourager la mise en place d'un environnement accueillant et harmonieux, qui maximise l'efficacité et la précision de la collecte d'informations, ainsi que de l'explication et de la planification du traitement.
- Permettre un counselling efficace.
- Créer et maintenir une certaine permanence de la relation dans le temps.
- Engager le patient dans le processus de la consultation afin qu'il le comprenne et s'y sente à l'aise.
- Réduire les conflits potentiels avec le patient ou son opposition aux traitements suggérés et augmenter son adhésion aux décisions prises.
- Augmenter la satisfaction chez les participants à l'entrevue.

### A. UTILISER UN COMPORTEMENT NON VERBAL APPROPRIÉ

#### 1. Adopter un comportement non verbal approprié : contact visuel, expression faciale ; posture, position et mouvement ; indices vocaux tels que débit, volume, tonalité.

Le médecin fait montre de comportements non verbaux appropriés : maintenir un bon contact visuel ; adopter une posture et une position qui indiquent l'attention ; varier l'expression faciale selon les circonstances ; moduler sa voix, c'est-à-dire en modifier le ton, le débit et le volume (exemple : parler doucement, avec un débit lent dans les moments émotionnellement chargés).

#### 2. Lire ou prendre des notes, ou utiliser un ordinateur d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue ni avec la relation.

L'usage de notes ne doit pas interférer avec le déroulement de l'entrevue. Si le médecin a besoin de consulter des notes ou d'en écrire, il doit s'en excuser, prendre le temps nécessaire, puis, lorsqu'il a terminé, indiquer qu'il est de nouveau attentif.

#### 3. Montrer une confiance appropriée.

Le médecin montre une confiance raisonnable et évite la suffisance ; il manifeste de l'intérêt pour les propos du patient et apparaît détendu.

### B. ÉTABLIR UNE RELATION CHALEUREUSE ET HARMONIEUSE

#### 1. Accueillir les points de vue et les émotions du patient ; ne pas s'ériger en juge.

Le médecin reconnaît et accepte le point de vue du patient, le considérant comme légitime ; il ne le condamne pas. Il ne faut pas oublier que, de son côté, le patient croit avoir raison. S'il doit corriger les croyances du patient, le médecin doit le faire avec respect, sans insinuer qu'elles sont ridicules, qu'elles sont une preuve de mauvaise foi, d'incrédulité, etc. Il peut se contenter de simplement affirmer que son point de vue médical est différent et qu'il peut en discuter plus longuement si le patient le désire.

Cette attitude favorise l'ouverture du patient, sa plus grande participation et l'accès à des informations de nature intime. Cependant, une mise en garde s'impose : accepter les propos du patient ne veut pas dire exprimer son accord avec ceux-ci (exemple : accepter qu'un patient croie avoir besoin de narcotiques ne veut pas dire accepter de lui en prescrire). Il s'agit plutôt d'un processus en deux étapes : d'abord il faut reconnaître le propos du patient qui croit, par exemple, qu'il a besoin d'une intervention chirurgicale ; puis, offrir son opinion professionnelle à ce sujet en disant, par exemple : « Il n'est pas indiqué pour vous d'avoir une intervention chirurgicale parce que... ». Il faut éviter de faire des commentaires sur la personne elle-même et limiter son propos à un avis conforme à son rôle de médecin. Il vaut mieux éviter des énoncés du type : « Vous êtes ridicule de croire que vous avez besoin d'une opération » ou « Où avez-vous pris que vous aviez besoin d'une opération ? »

**2. Utiliser l'empathie : reconnaître ouvertement le point de vue et les émotions du patient, et utiliser le reflet.**

Le médecin communique sa compréhension et sa sensibilité à l'égard des émotions du patient ou de sa situation difficile. L'empathie comporte deux volets essentiels, soit la compréhension de la situation vécue par le patient, puis l'expression de cette compréhension d'une manière qui aide le patient, de façon verbale et non verbale. L'énoncé empathique du médecin nomme le problème du patient et exprime l'appréciation de l'émotion ou de la situation du patient. Le reflet est une technique couramment utilisée à cette fin<sup>11</sup>.

S'il y a conflit entre le sens explicite d'une communication verbale et le sens qu'il prête à une communication non verbale, le patient aura tendance à considérer le message non verbal comme le *vrai* message. Les patients ont raison de choisir cette version de deux messages contradictoires, car le non-verbal échappe en partie au contrôle volontaire. C'est le canal privilégié pour l'expression des émotions, des attitudes, de l'image de soi et du rapport qu'on offre à l'autre. Il est beaucoup plus difficile de mentir lorsqu'on s'exprime à l'aide du non-verbal. De plus, comme le non-verbal relève d'un niveau moins conscient, le médecin laisse échapper par ce canal des aspects de lui-même sans s'en rendre compte<sup>12</sup>.

**3. Fournir du soutien : exprimer son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider ; reconnaître les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'autosoins de son patient ; lui offrir de travailler en partenariat.**

Le médecin exprime son souci du patient, la compréhension de sa situation, la volonté de l'aider. Il souligne le partenariat et invite le patient à y souscrire. Il reconnaît les efforts du patient en vue d'améliorer son état de santé et, au besoin, lui exprime de la sympathie pour sa situation et le réconforte.

**4. Agir avec délicatesse dans la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique.**

Le médecin aborde avec délicatesse les sujets pouvant être embarrassants ou troublants pour le patient, qui peuvent susciter chez lui un sentiment de honte ou lui faire perdre la face. Il traite avec délicatesse la douleur du patient, lorsqu'il effectue des manipulations et lorsque le patient en parle.

**C. ASSOCIER LE PATIENT À LA DÉMARCHE CLINIQUE**

**1. Partager ses réflexions cliniques avec le patient.**

Une fois qu'il a une hypothèse sérieuse, le médecin communique ses réflexions cliniques au patient (exemple : « Ce que je pense maintenant, c'est... ») et l'invite à exposer



ses propres opinions. Cet échange de vues encourage la participation active du patient et augmente sa compréhension du processus d'entrevue. Il est important ici d'éviter le jargon technique et les informations incomplètes ou qui suggèrent des hésitations, car ils peuvent susciter de l'anxiété chez le patient.

**2. Justifier des questions ou des parties de l'examen physique qui pourraient paraître non pertinentes.**

Pour rassurer le patient, le médecin explique la démarche clinique : au fur et à mesure que se déroule l'entrevue, il donne les raisons qui guident ses actes.

**3. Durant l'examen physique, expliquer le déroulement, demander la permission.**

Au cours de l'examen physique, le médecin décrit le processus, il prévient le patient avant de faire un geste et demande la permission pour certaines opérations plus délicates. Le patient doit avoir le sentiment de comprendre ce qui se passe.

## **V. Expliquer et planifier**

Les objectifs généraux de cette tâche (Silverman et autres, 1998, p. 92) sont les suivants :

- Évaluer la quantité et le type d'information à donner à chaque patient.
- Donner une explication que le patient peut comprendre et dont il peut se souvenir<sup>13</sup>.
- Donner une explication qui cadre avec l'expérience de la maladie du patient<sup>14</sup>.
- Utiliser une approche sollicitant la participation du patient pour s'assurer que l'explication corresponde bien au besoin de compréhension du patient ; dans ce sens, l'explication est coconstruite.
- Impliquer le patient dans la définition et la planification de son traitement ; cette collaboration augmente les chances que le patient observe son traitement, car il aura lui-même contribué à l'établir.
- Continuer de construire la relation et fournir un environnement que le patient percevra comme favorable.

### **A. FOURNIR LA QUANTITÉ ET LE TYPE D'INFORMATION ADÉQUATS**

L'information doit être complète et appropriée et répondre aux besoins du patient. Elle doit être suffisante pour le patient, c'est-à-dire ni trop abondante ni trop brève.

**1. Fournir l'information par portions faciles à gérer et vérifier la compréhension du patient ; utiliser les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications.**

Le médecin donne d'abord l'information en petites quantités et il vérifie la compréhension qu'en a le patient. Selon sa réaction, il modifie la quantité de renseignements donnés, puis vérifie de nouveau. Il se sert donc de la réaction du patient comme guide pour calibrer les explications. Peu importe l'intention qui motive la communication, c'est ce qui est retenu qui compte.

**2. Évaluer les connaissances du patient : avant de donner de l'information, s'enquérir des connaissances préalables du patient ; s'informer de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir.**

Avant de commencer à expliquer, le médecin demande au patient ce qu'il connaît déjà sur le sujet, puis il greffe ses explications sur ces connaissances. Il évalue également le désir du patient d'en savoir plus ; certains ne le souhaitent pas.

**3. Demander au patient quelles autres informations lui seraient utiles.**

Le médecin demande au patient s'il désire obtenir des informations complémentaires (exemple : l'étiologie, le pronostic).

**4. Donner l'information à des moments appropriés : éviter de donner des conseils et de l'information ou de rassurer prématurément.**

Le médecin donne les explications au bon moment, c'est-à-dire lorsque le patient est prêt à les recevoir. Il faut éviter de fournir prématurément des explications, des conseils, des solutions, de l'information et, particulièrement, des propos visant à rassurer. En effet, le patient doit d'abord admettre qu'il a un problème avant d'accepter de recevoir des conseils ou d'être rassuré.

**B. AIDER LE PATIENT À RETENIR ET À COMPRENDRE LES INFORMATIONS**

Le médecin doit rendre les informations plus facilement mémorisables et compréhensibles pour le patient.

**1. Organiser les explications : diviser l'information en parties logiquement organisées.**

Le médecin segmente les explications en parties organisées logiquement, en tenant compte des préoccupations du patient (exemple : discuter du traitement en présentant d'abord les options non pharmacologiques, puis les options pharmacologiques).

**2. Utiliser des catégories explicites ; annoncer les changements de thème.**

Si les explications sont organisées en fonction de catégories, le médecin les explicite (exemple : « Je vais d'abord parler de vos lipides, puis nous parlerons de... »). Il a également recours à des balises (exemple : « Premièrement..., deuxièmement... »). Il faut fournir un fil conducteur au patient pour faciliter sa compréhension en disant, par exemple :

- « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement... » ;
- « Maintenant, abordons... ».

**3. Utiliser la répétition et les résumés pour renforcer l'information.**

Le médecin répète l'information de différentes manières et propose régulièrement des résumés, de façon à augmenter le taux de rétention de l'information par le patient, qui est généralement bas.

**4. Utiliser un langage concis et facile à comprendre ; éviter le jargon médical, ou du moins l'expliquer.**

Le médecin adapte son niveau de langage à celui de son interlocuteur, tout en respectant la règle générale suivante : utiliser des phrases courtes, sans jargon. Le jargon sert souvent à établir une distance sociale avec le patient et à faire valoir l'expertise du professionnel, ce qui n'est pas nécessaire habituellement. Par ailleurs, il faut éviter de tomber dans l'infantilisation (*baby talk*), ce qui serait une insulte à l'intelligence du patient et un manque de respect. Le patient veut que le professionnel lui parle comme un professionnel ; il veut pouvoir apprécier sa compétence à travers ses propos, mais sans que les propos deviennent incompréhensibles.

**5. Utiliser du matériel visuel pour transmettre l'information : diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites.**

Le médecin utilise aussi souvent que possible des supports visuels pour ses explications : diagrammes, modèles, planches anatomiques, informations et instructions écrites. Il doit prêter attention au niveau de lecture exigé pour l'information écrite, qui doit être adapté à son patient<sup>15</sup>.

## **6. Vérifier la compréhension qu'a le patient de l'information donnée (ou des plans élaborés).**

Pour vérifier la compréhension qu'a le patient des instructions et des informations transmises, le médecin demande au patient de les répéter dans ses propres mots (exemple : « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez à faire ? »), puis il ajoute des clarifications au besoin.

## **C. ARRIVER À UNE COMPRÉHENSION PARTAGÉE : INTÉGRER LA PERSPECTIVE DU PATIENT**

Le médecin doit :

- donner des explications qui sont en rapport avec la perspective que le patient a de son problème ;
- tenir compte des réflexions et des émotions du patient à propos des informations fournies ;
- inciter le patient à participer à l'explication plutôt que de simplement lui transmettre de l'information.

### **1. Relier ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : faire le lien avec les idées, les préoccupations et les attentes qu'a préalablement exprimées le patient.**

Le médecin rattache ses explications aux explications spontanées du patient, aux idées qu'il a déjà émises sur sa maladie, à ses préoccupations et à ses attentes. Les croyances et les représentations du patient constituent les meilleurs points de départ pour l'enseignement thérapeutique du patient. On comprend à partir de ce qui est connu, car la compréhension est un processus de construction de sens. Il est donc plus productif d'ancrer les explications dans le point de vue du patient plutôt que de partir du point de vue médical et d'informer le patient. Ce dernier peut alors capitaliser sur des connaissances déjà acquises pour en acquérir de nouvelles.

### **2. Fournir au patient des occasions de participer et l'encourager à le faire : l'inciter à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répondre adéquatement.**

Le médecin encourage le patient à participer et à s'exprimer. Une fois le traitement prescrit, c'est le patient qui devra le prendre en charge. Sa participation est donc essentielle, et il est intéressant qu'elle s'amorce pendant l'entrevue. Le médecin peut alors évaluer l'engagement du patient et tenter de l'obtenir explicitement s'il a des doutes.

### **3. Relever les indices verbaux et les indices non verbaux.**

Le médecin est attentif aux indices verbaux et non verbaux venant du patient, surtout à ceux qui indiquent qu'il veut prendre la parole pour fournir de l'information, poser une question, demander une clarification ou exprimer un doute. Il est également attentif aux indices d'inconfort, de malaise ou de douleur, de surcharge d'informations.

### **4. Faire exprimer au patient ses croyances, ses réactions et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaître et y répondre au besoin.**

Le médecin fait exprimer au patient ses croyances, ses réactions et ses sentiments à l'égard de son problème. Il prête attention au type d'information fournie, aux termes utilisés, car il peut ensuite utiliser ces informations pour donner des explications mieux adaptées à son patient. Il peut aussi mieux tenir compte de l'état émotionnel du patient et trouver les mots justes pour le reconforter. Enfin, il doit montrer qu'il a compris, en commentant si nécessaire.

## **D. PLANIFIER : ARRIVER À UNE PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE**

Le médecin désire amener le patient à comprendre le processus de prise de décision, à s'impliquer dans ce processus et à augmenter son engagement à l'égard des plans de traitement.

### **1. Partager ses réflexions cliniques (idées, processus de pensée, dilemmes) lorsque cela est approprié.**

Il ne s'agit pas pour le médecin de penser à haute voix, mais plutôt de nommer les différentes hypothèses avec lesquelles il travaille et d'indiquer la stratégie qu'il utilise pour isoler la bonne. Il peut arriver que le médecin adopte une approche empirique de traitement pour déterminer le problème du patient. Par exemple, il peut proposer une approche non pharmacologique associée à un traitement antibiotique à une patiente qui présente un tableau de mastite aiguë, tout en considérant cependant l'hypothèse plus sérieuse qu'il s'agit d'un cancer inflammatoire du sein. Si le traitement fonctionne, la difficulté soupçonnée (la mastite) sera confirmée ; sinon, il s'agit peut-être du cancer. Le médecin doit alors s'assurer que la patiente reviendra : il doit donc lui faire comprendre que la mastite n'est qu'une possibilité, de sorte que si le premier traitement échoue, elle ne perçoive pas cet échec comme une erreur du médecin.

### **2. Faire participer le patient : présenter des suggestions et des choix plutôt que des directives ; encourager le patient à partager ses pensées (idées, suggestions et préférences).**

Le médecin doit suggérer plutôt qu'imposer. Il définit un plan de traitement qui tient compte de l'ensemble des contraintes, des convictions, des opinions, des résistances ou des préférences du patient. Il est important d'obtenir l'engagement du patient à l'égard de la définition de ce plan, qui doit idéalement être coproduit par le médecin et le patient, puisque c'est ce dernier qui l'appliquera. Le processus du diagnostic et de la mise en place du traitement approprié peut se prolonger sur plusieurs entrevues. Comme ce processus comporte parfois des essais et des erreurs, il est bon que le patient soit prévenu et s'y implique ; autrement, il pourrait perdre confiance après quelques échecs.

### **3. Explorer les différentes options d'action.**

Le médecin encourage le patient à livrer ses croyances et ses pensées à propos des différents traitements possibles : il vaut mieux connaître les réflexions du patient sur son problème et vérifier ses préférences quant aux stratégies possibles de traitement. On peut ainsi gagner beaucoup de temps.

### **4. S'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre.**

Peut-être le patient préfère-t-il que le médecin prenne lui-même les décisions. Le médecin doit adopter une approche personnalisée, car les individus diffèrent quant au rôle qu'ils désirent jouer dans les choix à faire. En outre, la volonté de participer d'une même personne peut différer en fonction du type de problème qu'elle connaît et des circonstances.

### **5. Discuter d'un plan mutuellement acceptable : signaler sa position ou ses préférences au sujet des options possibles ; déterminer les préférences du patient.**

Le médecin et le patient doivent s'entendre sur un plan de traitement mutuellement acceptable. Selon nous, un traitement doit être défini par le médecin en fonction des connaissances médicales disponibles. Parmi plusieurs suggestions de traitement, le médecin indique clairement ses préférences et les raisons qui les motivent. Cependant, le meilleur traitement demeure celui qui sera suivi par le patient. Si, parmi les options

discutées, le premier choix du patient diffère de celui du médecin, celui-ci lui demande d'explicitier ses motifs. Pour circonscrire le meilleur traitement, le médecin doit considérer l'ensemble des contraintes du patient, ses résistances, ses objections ou ses craintes. Sans abandonner son rôle de spécialiste de la santé, le médecin a parfois avantage à emprunter un chemin plus long avec un patient qui collabore qu'un chemin plus court avec un patient qui résiste. Il y a collaboration lorsque le patient fournit l'information nécessaire et que le médecin cherche dans son répertoire le traitement adapté pour ce patient. Le fait d'engager le patient dans le processus de décision contribue aussi à le responsabiliser. La démarche de collaboration entreprise au moment de la définition du traitement doit se poursuivre par l'observance du patient.

Ici, Kurtz et autres (2003b) parlent de *négociation* du plan de traitement. Ce terme nous paraît sous-tendre un certain rapport de force et des concessions. Or, on ne peut arriver à la solution de un comprimé par jour quand il en faut deux, sous prétexte que c'est ce que le patient trouve acceptable. La solution appropriée serait de choisir un autre traitement qui soit acceptable pour lui. C'est pourquoi nous préférons parler de *coproduction* d'un plan de traitement. En effet, il y a collaboration pour parvenir à la guérison ou au règlement du problème du patient. C'est seulement lorsque le traitement est suivi et le problème du patient réglé ou contrôlé que le médecin peut considérer avoir terminé sa tâche. Nous préférons mettre l'accent sur l'aspect coopératif de la démarche de traitement.

#### **6. Vérifier auprès du patient s'il est d'accord avec le plan et si on a répondu à ses préoccupations.**

Le médecin s'assure que le patient est d'accord avec le plan de traitement et que ses préoccupations ont été prises en compte. En l'absence d'une telle vérification et dans une dynamique où il dirige l'entrevue, le médecin pourrait croire qu'il a terminé son travail et entamer le processus qui mène à la conclusion. Le patient peut alors suivre docilement le médecin même s'il est préoccupé, ce qui augmente le risque d'inobservance du traitement. Si, après vérification, il y a accord entre le médecin et son patient sur le traitement mais inobservance de la part du patient, le médecin devra alors analyser la difficulté du patient et lui proposer des solutions, lui offrir de l'aide, l'appuyer et l'encourager à suivre le traitement.

## **VI. Terminer l'entrevue**

Les objectifs généraux de cette tâche (Silverman et autres, 1998, p. 130) sont les suivants :

- Confirmer la stratégie d'intervention.
- Clarifier les différentes étapes qui restent à franchir.
- Élaborer des stratégies de rechange en cas de difficulté.
- Augmenter l'adhésion du patient au traitement et les améliorations à sa santé.
- Utiliser le temps de l'entrevue efficacement.
- Faire sentir au patient qu'il fait partie d'un processus de collaboration et le préparer à une relation patient-médecin qui se prolongera dans le temps.

### **A. PLANIFIER LES PROCHAINES ÉTAPES**

#### **1. Conclure une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes.**

Le médecin s'entend avec le patient sur les mesures à prendre et sur les étapes à venir. Il précise les rôles de chacun et les tâches du patient relativement au traitement.

- 2. Prévoir un filet de sécurité en mentionnant les résultats inattendus possibles, les mesures à prendre si le plan de traitement ne fonctionne pas, le moment et la façon de demander de l'aide.**

Par mesure de sécurité, le médecin prévoit les difficultés et en prévient le patient. Il l'informe de ce qu'il doit faire si ces problèmes apparaissent en lui expliquant quand et comment obtenir de l'aide.

## **B. PRÉPARER LA FIN DE L'ENTREVUE**

- 1. Résumer la séance brièvement et clarifier le plan de soins.**

Le médecin fait un résumé final de l'entrevue et répète le plan de soins. Il s'agit de la dernière occasion de clarifier ce plan, si nécessaire.

- 2. Vérifier une dernière fois que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan de soins proposé, et demander s'il a des corrections à apporter, des questions à poser ou d'autres points à discuter.**

Le médecin vérifie une dernière fois l'engagement du patient vis-à-vis du plan de soins. Il voit s'il reste des doutes, des préoccupations ou des ambiguïtés à clarifier.

## **VII. Expliquer et planifier : cas particuliers de discussion avec le patient**

Dans cette section, les auteurs traitent de situations particulières entre un médecin et son patient, qui peuvent nécessiter le recours à des habiletés communicationnelles spéciales.

### **A. DISCUSSION À PROPOS D'OPINIONS SUR UN PROBLÈME OU SUR SA SIGNIFICATION**

- 1. Offrir une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nommer précisément le ou les problèmes.**

Le médecin tente de mettre en lumière le ou les problèmes en partageant et en nommant les différentes hypothèses qu'il désire vérifier.

- 2. Révéler les raisons à l'origine des opinions discutées.**

Le médecin révèle la logique qui sous-tend ses différentes hypothèses et explique en quoi les symptômes observés appuient ces hypothèses.

- 3. Expliquer les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et à long terme.**

Le médecin explique les origines du problème, son sérieux, la façon dont il va évoluer, ainsi que ses répercussions à court et à long terme.

- 4. Encourager le patient à exprimer ses croyances, ses réactions et ses préoccupations au sujet des opinions émises.**

Le médecin sollicite les réactions, les préoccupations et les opinions du patient à l'égard des hypothèses. Il discute des inquiétudes qu'elles soulèvent en essayant de rapprocher son point de vue de celui du patient.

## **B. ÉLABORATION CONJOINTE D'UN PLAN D'ACTION**

### **1. Discuter des possibilités d'intervention.**

Le médecin énumère les différentes solutions possibles et en discute avec le patient (exemples : aucune action, investigation, médication ou intervention chirurgicale, traitements non pharmacologiques tels que physiothérapie, marchette, solutés, psychothérapie, mesures préventives).

### **2. Fournir de l'information sur les interventions et les traitements offerts : leur nom ; les étapes des traitements et la façon dont ils fonctionnent ; leurs avantages ; les effets indésirables possibles.**

Le médecin donne des informations sur chacune des différentes options de traitement : la durée, les risques, les mécanismes, les effets secondaires, les délais avant de voir les résultats, les avantages et les inconvénients, etc.

### **3. Solliciter la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bienfaits perçus, les obstacles, sa motivation.**

Le médecin obtient le point de vue du patient sur les différentes options ainsi que sur la nécessité de prendre des mesures, les bienfaits qu'il attend de ces mesures, les barrières qu'il perçoit et sa motivation à adopter l'un ou l'autre des traitements.

### **4. Reconnaître le point de vue du patient ; au besoin, plaider en faveur d'autres points de vue.**

Si le point de vue du patient n'est pas acceptable sur le plan clinique, le médecin fait valoir d'autres approches qui le sont davantage.

### **5. Solliciter les réactions et les préoccupations du patient au sujet du plan de traitement ; vérifier notamment s'il le trouve acceptable.**

Le médecin demande au patient d'exprimer les doutes, les réactions et les préoccupations que soulève chez lui le plan de traitement et il vérifie s'il est acceptable à ses yeux.

### **6. Tenir compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient.**

Le médecin discute des options de traitement et s'assure qu'elles sont compatibles avec le style de vie du patient, ses croyances, sa culture. En outre, il s'assure que le patient a les capacités nécessaires pour respecter les exigences des différents traitements possibles.

### **7. Encourager le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome.**

Le médecin discute la manière dont le patient peut appliquer les options retenues. Il lui demande d'expliquer comment il mettra en pratique le plan d'action et favorise sa responsabilisation.

### **8. Vérifier le soutien personnel dont bénéficie le patient et discuter des autres possibilités de soutien social qui s'offrent à lui.**

Le médecin évalue la motivation du patient et le soutien que lui apportent ses proches et sa communauté. Il lui suggère des organismes qui pourraient lui offrir de l'aide. Il vérifie aussi s'il se heurte à des obstacles sociaux (exemple : le refus de membres de la famille de changer leur régime alimentaire pour accommoder la diète d'un diabétique).

## C. DISCUSSION À PROPOS DES INVESTIGATIONS ET DES INTERVENTIONS

### 1. Fournir des informations claires sur les interventions, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, et sur la façon dont il sera informé des résultats.

Le médecin fournit au patient des informations sur la nature des tests et des examens. Il lui explique ce qu'il subira, ce qu'il devra faire et ce qu'il pourrait ressentir pendant les examens. Enfin, il le renseigne sur la façon dont les résultats lui seront communiqués.

### 2. Faire le lien entre les interventions et le plan de traitement.

Le médecin rappelle l'importance et les raisons des interventions que le patient doit subir et fait le lien avec le plan de traitement. Le patient doit savoir précisément où il en est rendu dans le plan de traitement et il doit être informé de la façon dont les interventions particulières s'y insèrent.

### 3. Encourager les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles.

Le médecin discute des craintes et des résistances que soulèvent les interventions chez le patient. Il le prépare à recevoir et à interpréter des résultats pouvant être défavorables et à envisager les éventuelles conséquences.

## Conclusion

L'approche Calgary-Cambridge exposée dans ce chapitre a fait l'objet de plusieurs rééditions, chacune ayant permis d'y intégrer les nouvelles données de recherche dans le domaine et les commentaires des enseignants et des étudiants de partout dans le monde qui l'ont utilisée. Ce fait atteste de son dynamisme et de la préoccupation constante de ses concepteurs d'assurer la solidité de ses assises empiriques et théoriques.

Nous avons présenté les principes sous-jacents à son élaboration et le cadre conceptuel élargi (*expanded framework*) de l'entrevue médicale que Kurtz et autres (2003b) ont récemment proposé. Ce cadre élargi traite en particulier de la problématique du clivage entre l'apprentissage traditionnel du contenu propre à l'*observation médicale* et celui plus contemporain des *habiletés communicationnelles* propres au processus. Tout comme nous avons tenté de faire dans les chapitres 7 et 8 du présent volume, les concepteurs de l'approche CC proposent un *modèle intégré de l'enseignement de l'entrevue médicale*.

Le libellé des éléments de la version française de la plus récente édition (sous presse) du guide CC, dont il est question dans ce chapitre, est le fruit du travail d'un groupe de collaborateurs du Département de médecine familiale de l'Université de Montréal. Nous avons procédé à quelques changements surtout dans la forme, qui visent tous, à notre avis, à en faciliter l'usage. Nous espérons ainsi rendre accessible à la communauté médicale francophone une approche contemporaine d'apprentissage de l'entrevue médicale, qui tient compte à la fois des données probantes et de l'expérience clinique.



## Notes

1. Nous présentons ces fonctions dans le chapitre 7, intitulé « Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies communicationnelles ».
2. Cette section est inspirée de Kurtz (2002).
3. À ce sujet, voir les chapitres 15 et 25, intitulés respectivement « Les patients aux prises avec des problèmes d'alphabétisme fonctionnel » et « Les médicaments ».
4. Voir aussi le chapitre 1, intitulé « Une approche dialogique de la consultation ».
5. Pour plus de détails, voir le chapitre 8, intitulé « La structure et le contenu de l'entrevue médicale ».
6. Le lecteur aura avantage à consulter le chapitre 7, « Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies communicationnelles ».
7. À ce sujet, voir le chapitre 2, intitulé « Les manifestations et les composantes d'une relation », particulièrement la section « La relation est immanente à l'interaction ».
8. Voir le chapitre 8, intitulé « La structure et le contenu de l'entrevue médicale ».
9. Pour un examen de ce sujet, voir le chapitre 8, « La structure et le contenu de l'entrevue médicale ».
10. Voir la sous-section « Manifester de l'empathie », dans le chapitre 9, intitulé « La gestion des émotions ».
11. Voir le chapitre 9, intitulé « La gestion des émotions ».
12. Voir le chapitre 9, intitulé « La gestion des émotions ».
13. Pour des précisions à ce sujet, voir les chapitres 15 et 17, intitulés respectivement « Les patients aux prises avec des problèmes d'alphabétisme fonctionnel » et « Les patients défavorisés ».
14. Voir le chapitre 6, « L'approche centrée sur le patient : diverses manières d'offrir des soins de qualité ».
15. Voir le chapitre 15, « Les patients aux prises avec des problèmes d'alphabétisme fonctionnel ».

## Références

- Aspergren, K. (1999). « BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – A review with quality grading of articles », *Medical Teacher*, vol. 21, n° 6, p. 563-570.
- Kurtz, S.M. (2002). « Doctor-patient communication: Principles and practices », *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, vol. 29 (suppl. 2), p. S23-S29.
- Kurtz, S.M., J.D. Silverman, J. Benson et J. Draper (2003a). *Calgary-Cambridge guide to communication: Process skills*, Calgary (www.skillscascade.com et www.med.ucalgary.ca/education/learningresources).
- Kurtz, S.M., J.D. Silverman, J. Benson et J. Draper (2003b). « Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides », *Academic Medicine*, vol. 78, n° 8, p. 802-809.
- Kurtz, S.M., J.D. Silverman et J. Draper (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*, Abingdon, Radcliffe Medical Press.
- Lazare, A., S.M. Putnam et M. Lipkin Jr. (1995). « Three functions of the medical interview », dans *The medical interview: Clinical care, education, and research*, sous la direction de M. Lipkin Jr., S.M. Putnam et A. Lazare, New York, Springer-Verlag, chap. 1, p. 3-19.
- Maguire, P., S. Fairbairn et C. Fletcher (1986). « Consultation skills of young doctors II: Most young doctors are bad at giving information », *British Medical Journal*, n° 292, p. 1576-1578.
- Millette, B., M.-T. Lussier et J. Goudreau (2004). « L'apprentissage de la communication par les médecins: Aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire », *Revue de pédagogie médicale*, vol. 5, p. 110-126.
- Silverman, J.D., S.M. Kurtz et J. Draper (1998). *Skills for communicating with patients*, Abingdon, Radcliffe Medical Press.
- Stewart, M.A. (1995). « Effective physician-patient communication and health outcomes: A review », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 152, n° 9, p. 1423-1433.
- White, J., W. Levinson et D. Roter (1994). « "Oh, by the way" – The closing moments of the medical interview », *Journal of General Internal Medicine*, n° 9, p. 24-28.






























# Annexe 11.1

























## Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale : les processus de communication

























© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs initiaux.  
Sur toute reproduction, mentionner le nom des auteurs, comme nous le faisons à la fin du guide.




























	Maîtrisée.
	En voie d'être maîtrisée.
	Non maîtrisée.




























I COMMENCER L'ENTREVUE				
<b>A. Préparer la rencontre</b>				
Commentaires				
<b>B. Établir le premier contact (l'accueil)</b>				
1. Salue le patient et obtient son nom.				
Commentaires				
2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire.				
Commentaires				
3. Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient.				
Commentaires				
<b>C. Déterminer les motifs de consultation</b>				
1. Détermine par une question d'ouverture les problèmes ou les préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue.				
Commentaires				
2. Écoute attentivement les énoncés d'ouverture du patient, sans l'interrompre ni orienter sa réponse.				
Commentaires				
3. Confirme la liste initiale des motifs de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes.				
Commentaires				
4. Fixe le programme de la rencontre avec l'accord du patient, en tenant compte à la fois de ses besoins et des priorités cliniques.				
Commentaires				




























II RECUEILLIR L'INFORMATION			
A. Explorer les problèmes du patient			
1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son ou de ses problèmes, du début jusqu'au moment présent, dans ses propres mots (en clarifiant le motif de consultation actuel).			
Commentaires			
2. Utilise la technique des questions ouvertes et des questions fermées.			
Commentaires			
3. Écoute attentivement, en permettant au patient de terminer ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer après une pause.			
Commentaires			
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient.			
Commentaires			
5. Relève les indices verbaux et non verbaux ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord.			
Commentaires			
6. Clarifie les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions.			
Commentaires			
7. Fait périodiquement des résumés des propos du patient.			
Commentaires			
8. Utilise des questions et des commentaires concis et faciles à comprendre ; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique.			
Commentaires			
9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début.			
Commentaires			

B. Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient			
1. Détermine activement et explore adéquatement : <ul style="list-style-type: none"> <li>les idées du patient (ses croyances sur les causes) ;</li> <li>ses préoccupations (ses craintes) au sujet de chaque problème ;</li> <li>ses attentes (ses buts, l'aide qu'il désire obtenir pour chaque problème) ;</li> <li>les effets de ses problèmes de santé : comment chaque problème touche sa vie.</li> </ul>			
Commentaires			
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions.			
Commentaires			
III STRUCTURER L'ENTREVUE			
A. Rendre explicite l'organisation de l'entrevue			
1. Fait un résumé à la fin de chaque sujet d'exploration.			
Commentaires			
2. Progresses d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions et en les justifiant.			
Commentaires			
B. Prêter attention au déroulement de l'entrevue			
1. Structure l'entrevue selon une séquence logique.			
Commentaires			
2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue centrée sur les tâches à accomplir.			
Commentaires			
IV CONSTRUIRE LA RELATION			
A. Utiliser un comportement non verbal approprié			
1. Adopte un comportement non verbal approprié : <ul style="list-style-type: none"> <li>contact visuel, expression faciale ;</li> <li>posture, position et mouvement ;</li> <li>indices vocaux tels que débit, volume, tonalité.</li> </ul>			
Commentaires			
2. Lit ou prend des notes, ou utilise un ordinateur d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue ni avec la relation.			
Commentaires			




























3. Montre une confiance appropriée.			
Commentaires			
<b>B. Établir une relation chaleureuse et harmonieuse</b>			
1. Accueille les points de vue et les émotions du patient ; ne s'érige pas en juge.			
Commentaires			
2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et les émotions du patient et utilise le reflet.			
Commentaires			
3. Fournit du soutien : exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider ; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'autosoins de son patient ; lui offre de travailler en partenariat.			
Commentaires			
4. Agit avec délicatesse dans la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique.			
Commentaires			
<b>C. Associer le patient à la démarche clinique</b>			
1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient.			
Commentaires			
2. Justifie des questions ou des parties de l'examen physique qui pourraient paraître non pertinentes.			
Commentaires			
3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission.			
Commentaires			










V EXPLIQUER ET PLANIFIER			
A. Fournir la quantité et le type d'information adéquats			
1. Fournit l'information par portions faciles à gérer et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications.			
Commentaires			
2. Évalue les connaissances du patient : s'enquiert des connaissances préalables du patient ; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir.			
Commentaires			
3. Demande au patient quelles autres informations lui seraient utiles.			
Commentaires			
4. Donne l'information à des moments appropriés : évite de donner des conseils et de l'information ou de rassurer prématurément.			
Commentaires			
B. Aider le patient à retenir et à comprendre les informations			
1. Organise les explications : il divise l'information en parties logiquement organisées.			
Commentaires			
2. Utilise des catégories explicites ; annonce les changements de thème.			
Commentaires			
3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information.			
Commentaires			
4. Utilise un langage concis et facile à comprendre ; évite le jargon médical, ou du moins l'explique.			
Commentaires			
5. Utilise du matériel visuel pour transmettre l'information : diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites.			
Commentaires			

6. Vérifie la compréhension qu'a le patient de l'information donnée (ou des plans élaborés).			
Commentaires			
<b>C. Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient</b>			
1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : fait le lien avec les idées, les préoccupations et les attentes qu'a préalablement exprimées le patient.			
Commentaires			
2. Fournit au patient des occasions de participer et l'encourage à le faire : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répond adéquatement.			
Commentaires			
3. Relève les indices verbaux et les indices non verbaux.			
Commentaires			
4. Fait exprimer au patient ses croyances, ses réactions et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaît et y répond au besoin.			
Commentaires			
<b>D. Planifier : arriver à une prise de décision partagée</b>			
1. Partage ses réflexions cliniques (idées, processus de pensée, dilemmes) lorsque cela est approprié.			
Commentaires			
2. Fait participer le patient : présente des suggestions et des choix plutôt que des directives ; encourage le patient à partager ses pensées (idées, suggestions et préférences).			
Commentaires			
3. Explore les différentes options d'action.			
Commentaires			
4. S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre.			
Commentaires			

5. Discute d'un plan mutuellement acceptable : signale sa position ou ses préférences au sujet des options possibles ; détermine les préférences du patient.			
Commentaires			
6. Vérifie auprès du patient s'il est d'accord avec le plan et si on a répondu à ses préoccupations.			
Commentaires			
<b>VI TERMINER L'ENTREVUE</b>			
<b>A. Planifier les prochaines étapes</b>			
1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes.			
Commentaires			
2. Prévoit un filet de sécurité, en mentionnant les résultats inattendus possibles, les mesures à prendre si le plan de traitement ne fonctionne pas, le moment et la façon de demander de l'aide.			
Commentaires			
<b>B. Préparer la fin de l'entrevue</b>			
1. Résume la séance brièvement et clarifie le plan de soins.			
Commentaires			
2. Vérifie une dernière fois que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan de soins proposé, et demande s'il a des corrections à apporter, des questions à poser ou d'autres points à discuter.			
Commentaires			
<b>VII EXPLIQUER ET PLANIFIER : CAS PARTICULIERS DE DISCUSSION AVEC LE PATIENT</b>			
<b>A. Discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</b>			
1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme précisément le ou les problèmes.			
Commentaires			
2. Révèle les raisons à l'origine des opinions discutées.			
Commentaires			
3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et à long terme.			
Commentaires			



4. Encourage le patient à exprimer ses croyances, ses réactions et ses préoccupations au sujet des opinions émises.			
Commentaires			
<b>B. Élaboration conjointe d'un plan d'action</b>			
1. Discute des possibilités d'intervention.			
Commentaires			
2. Fournit de l'information sur les interventions et les traitements offerts : <ul style="list-style-type: none"> <li>• leur nom ;</li> <li>• les étapes des traitements et la façon dont ils fonctionnent ;</li> <li>• leurs avantages ;</li> <li>• les effets secondaires possibles.</li> </ul>			
Commentaires			
3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bienfaits perçus, les obstacles, sa motivation.			
Commentaires			
4. Reconnaît le point de vue du patient ; au besoin, plaide en faveur d'autres points de vue.			
Commentaires			
5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet du plan de traitement ; vérifie notamment s'il le trouve acceptable.			
Commentaires			
6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient.			
Commentaires			
7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome.			
Commentaires			
8. Vérifie le soutien personnel dont bénéficie le patient et discute des autres possibilités de soutien social qui s'offrent à lui.			
Commentaires			

C. Discussion à propos des investigations et des interventions			
1. Fournit des informations claires sur les interventions, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, et sur la façon dont il sera informé des résultats.			
Commentaires			
2. Fait le lien entre les interventions et le plan de traitement.			
Commentaires			
3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles.			
Commentaires			

**Source :** Kurtz et autres (1998, 2003b) et Silverman et autres (1998). Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici, la version diffère légèrement). La version originale anglaise est accessible sur Internet aux sites [www.skillscascade.com](http://www.skillscascade.com) ou [www.med.ucalgary.ca/education/learningresources](http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources).