



Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo

Rev Med Suisse 2008; 4: 418-21

S. Rey-Bellet
M. Zürcher
S. Martin
K. Michaelis Conus
P.-Y. Rodondi
M. Vannotti

How do we begin a medical interview? Reflection on the social phase from video-taped

The medical interview consists of several steps, each consisting of specific tasks and objectives for the doctor.

The initial step of the medical consultation, the social phase, is the cornerstone in the construction of a doctor-patient relationship of trust and quality. If, in a structural point of view, the literature has responded in a clear and consistent way, questions remain opened in a procedural point of view.

How successful is the physician to establish the first contact? How does he proceed to welcome his patient?

We looked out ways to address these issues by the work of revising the video recordings of general medical consultations, which are regularly practiced at the Medical outpatient clinic of the University of Lausanne.

L'entrevue médicale est constituée de plusieurs étapes, chacune d'entre elles comprenant des tâches et des objectifs particuliers pour le médecin.

La partie initiale de la consultation médicale, la phase sociale, constitue la première pierre dans la construction d'une relation médecin-patient de confiance et de qualité. Si, d'un point de vue structurel, la littérature a répondu de façon claire et concordante, des questions demeurent ouvertes d'un point de vue procédural.

De quelle manière le médecin parvient-il à établir le premier contact? Comment procède-t-il pour accueillir son patient? Des pistes pour répondre à ces questions se repèrent dans le travail de révision des enregistrements vidéo des consultations de médecine générale qui sont régulièrement pratiqués à la Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne.

INTRODUCTION

L'entretien médical a fait l'objet de nombreuses études et sa structure a été codifiée surtout pour donner aux étudiants et aux médecins une grille indicative visant à garantir son bon déroulement.

Divers auteurs,¹⁻⁴ et surtout l'approche de Calgary-Cambridge,⁵ ont donné un descriptif détaillé de la structure de la consultation médicale. Les habiletés communicationnelles ou *communication skills* (répertoire de stratégies propre à chaque phase de la consultation et à employer en fonction de la particu-

larité de chaque situation) y sont divisées en trois catégories: habiletés de contenu (savoir médical), de processus (structuration de la consultation et construction de la relation) et émotionnelles (attitudes et gestion des émotions du médecin).

Dans le guide de Calgary-Cambridge, l'entretien médical est constitué de deux tâches transversales, à développer tout au long de la consultation, et de cinq tâches séquentielles dont la première est de commencer l'entrevue (tableau 1).

Accueillir le patient

Que retenons-nous à la Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne, en accord avec la littérature, pour la formation des médecins-assistants?

Le médecin a pour tâche d'accueillir le patient, en principe avant de procéder à l'identification de la (des) raison(s) de sa venue (agenda).^{2,4,6} A cet instant, il doit veiller à:

- saluer le patient et s'assurer de son identité si c'est un nouveau patient;
- se présenter et préciser son rôle;
- faire preuve d'intérêt envers son patient et être attentif à son confort.

Ce dernier point constitue la «phase sociale» et a notamment comme objectif de créer un environnement favorable au bon déroulement de la suite de la consultation.

Peu d'études se sont intéressées à cette phase de la consultation. Les moda-



Tableau 1. Structure de la consultation médicale et tâches dévolues au médecin

(Adapté de Richard C, Lussier MT² et Silverman JD⁵).

Structurer activement l'entretien → Rendre explicite l'organisation de l'entrevue → Prêter attention à l'organisation de l'entrevue	Débuter l'entretien – Préparer la rencontre – Etablir le premier contact (l'accueil) – Déterminer les motifs de la consultation	Construire la relation → Utiliser un comportement non verbal approprié → Etablir une relation chaleureuse et harmonieuse → Associer le patient à la démarche clinique
	Recueillir l'information – Explorer les problèmes du patient et découvrir : <ul style="list-style-type: none"> • la perspective biomédicale • la perspective du patient • les informations de base (le contexte) 	
	Faire l'examen physique	
	Expliquer et planifier – Fournir la quantité et le type d'informations adéquates – Aider le patient à retenir et à comprendre les informations – Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient – Planifier : arriver à une prise de décision partagée	
	Clore l'entretien – Planifier les prochaines étapes – Préparer la fin de l'entrevue	

lités selon lesquelles le médecin entre en contact avec le patient peuvent pourtant déterminer largement la relation,⁷ un peu comme une sorte d'*imprinting* renvoyant à Lorenz et à ses oies.⁸

La phase sociale

Une étude portant sur la communication entre des infirmières en néonatalogie et les mères des enfants hospitalisés a mis en évidence le rôle primordial du « bavardage » (*chatting*), de la conversation sociale, dans l'évaluation positive des soignantes par les mères et dans l'établissement d'une relation détendue et de confiance.⁹ Il a été démontré que l'augmentation du temps consacré à la conversation non médicale était corrélée avec une augmentation de la satisfaction des patients,^{10,11} et qu'elle occupait environ 6% du temps de la consultation.¹² Ce type de conversation n'est bien entendu pas limité à la phase sociale ; celle-ci est cependant cruciale car elle constitue la base de la suite de la consultation.

La phase sociale vise à faire la transition entre le « monde extérieur » et le « monde médical » ; la produire n'est cependant pas toujours aisé. En effet, le médecin peut se sentir mal à l'aise à l'idée de questionner le patient sur des éléments non médicaux. S'il est de son devoir d'investiguer une problématique somatique, il peut craindre de se montrer trop intrusif en abordant d'autres sujets plus personnels.

Comment alors concilier le désir de débiter l'entretien par une phase sociale et, dans le même temps, comment montrer au patient que le médecin a conscience que celui-ci est là avec une plainte particulière dont il faut s'occuper avec plus ou moins d'urgence ?

La phase sociale comme moment d'humanité

Si nous partons du présupposé que la consultation médicale comporte à la fois une finalité technique et une dimension humaine, il paraît évident que la rencontre humaine doit constituer la principale préoccupation initiale du médecin.

Au début de l'entrevue, le médecin est invité à montrer un intérêt général pour la personne, son environnement immédiat, son histoire récente. Il ne s'agit ni de faire une conversation de salon ni de réduire cette phase à une investigation immédiate et brutale de l'état de santé de la personne malade. L'idéal serait d'entrer en contact avec légèreté, en adoptant des modalités relationnelles qui tiennent compte simultanément de la disponibilité plus ou moins grande du médecin et de l'angoisse, de la réticence ou de la précipitation du patient.

En effet, lorsque les patients décrivent ce qu'ils entendent par une relation humaine avec leur médecin,¹³ ils mentionnent, entre autres, le fait d'être traités comme des personnes à part entière et non seulement comme des patients. Ils s'attendent donc à ce que le praticien s'intéresse à d'autres aspects de leur vie que leur maladie.

La phase sociale comme moment éthologique

La phase sociale est caractérisée par une communication verbale et non verbale, modulée par une expression de type mimique. A l'arrivée du patient, les premières modalités de communication sont composées de gestes, d'attitudes. C'est alors principalement le langage corporel qui importe.

En raison de leur formation scientifique, les médecins sont peu rompus à composer avec les dimensions émotionnelle, corporelle ou même esthétique de la rencontre. Stiefel³ nous rappelle que la consultation se déroule dans un climat chargé d'émotion. Il devient alors nécessaire de penser la phase sociale autour de ce qui se trouve en deçà et au-delà des paroles échangées. De plus, les émotions vont à double sens : celles du médecin, tout à sa tension de comprendre et de soigner correctement le patient, et celles du patient, en attente aussi de réconfort dans sa préoccupation.

Différentes techniques d'enseignement de l'entretien médical ont été développées, à savoir le jeu de rôle, l'observation directe et la révision de vidéos. Pour la formation des médecins-assistants à la PMU, nous avons institué



une pratique d'enregistrements vidéo des consultations: chaque assistant, à chaque semestre, enregistre une demi-journée de consultations, après avoir obtenu le consentement écrit des patients.

UTILITÉ DES ENREGISTREMENTS VIDEO

La révision d'un entretien avec un tuteur est ensuite organisée. Plusieurs études montrent que cet exercice produit un effet positif sur la qualité de la consultation médicale à court et à long termes.¹⁴ L'enseignement par la révision de vidéos est considéré comme agréable et utile par les médecins,¹⁵ même si certains appréhendent cette technique. Pour cette raison, certaines règles doivent absolument être respectées lors de la révision de vidéos, notamment:¹⁵

- essayer de dégager un sens global de la rencontre;
- rechercher les aspects positifs de la consultation en vue d'améliorer les compétences du médecin, plutôt que de mettre en évidence ce qui n'a pas été bien fait;
- demander au médecin lui-même de proposer des alternatives aux situations problématiques;
- limiter le nombre de points discutés lors de la révision;
- tenir compte des besoins d'apprentissage de chacun.

L'enregistrement vidéo des consultations et son travail de révision ultérieur par le médecin avec un aîné – ou en groupe – est donc un moyen efficace d'entraînement des aptitudes à la communication, ainsi que d'analyse de la relation médecin-patient. Parce qu'il favorise une vue directe sur ce qui se passe pendant la consultation, l'enregistrement vidéo – par son travail d'analyse et d'élaboration – permet d'apprendre des stratégies alternatives de communication et d'encourager une attitude empathique.

La révision de vidéos de consultation permet d'étudier différents paramètres: analyse du style choisi par le médecin pour mener l'entretien, de la structure de l'entretien (prise de l'anamnèse, explications au patient), de la gestion du temps et de la relation médecin-patient.¹⁴

Depuis environ deux ans, nous avons enregistré à la PMU plus de 250 consultations. Nous nous sommes intéressés, entre autres, à ce qui se passe dès le moment où le médecin fait asseoir le patient dans son bureau et commence l'entretien. Nous savons bien entendu que l'accueil débute déjà à la salle d'attente; mais, pour des raisons évidentes, cette phase ne peut être enregistrée. De même, qu'il y ait ou non une discussion autour de la situation de vie du patient, au tout début de la consultation, ne préjuge pas du fait que celle-ci puisse être abordée ultérieurement. Nous souhaitons cependant présenter ici quelques invariants qui apparaissent lors du visionnage des entretiens concernant la phase sociale.

NATURE DE LA PHASE SOCIALE

La pratique courante de la phase sociale diffère par bien des aspects de la structure et de l'idéal décrits dans la littérature. On rencontre ainsi principalement trois situations.

Phase sociale de nature psychosociale

Dans un certain nombre de cas, une «véritable» phase sociale est présente. C'est-à-dire une phase de nature psy-

chosociale où le médecin questionne le patient sur des éléments marquants de sa vie, avant de passer au motif de la consultation. Il s'intéresse, par exemple, aux dernières vacances du patient et discute avec lui des conditions météorologiques au cours de son séjour et des sites visités. Avec un homme réfugié et menacé de renvoi, la discussion peut également porter sur des aspects émotionnellement plus chargés. Cependant, quel que soit le sujet abordé, le médecin fait preuve d'intérêt pour l'autre dans sa globalité. Il montre ainsi au patient qu'il est également disponible pour aborder des questions autres que celles tournant autour de problèmes somatiques.

Exemple de phase sociale psychosociale: le médecin pose une question de ce type: «Alors quelles sont les nouvelles? Vous avez réussi vos examens?». Il s'en suit souvent une discussion qui peut durer plusieurs minutes. La phase sociale se termine par une question d'ordre médical, comme: «Et, au point de vue de la santé, vous trouvez que vous allez comment?».

Phase sociale de nature biomédicale

Dans le deuxième cas, le praticien produit uniquement une très brève remise dans le contexte à l'aide d'une phase sociale de nature «médicale». Il fait alors typiquement allusion à la date et au contenu de la dernière consultation. Cette situation est celle que l'on rencontre le plus souvent et si elle est très utile, elle occulte également une part importante de la vie du patient. Elle souligne en effet la continuité de la relation médicale, mais ne permet pas d'établir, ou de mettre en valeur, une relation qui va au-delà du lien purement médical.

Exemple de phase sociale médicale: le médecin fait une brève mise au point avec une phrase telle que: «Voilà, si je reprends mes notes de la dernière fois... donc on s'était vu il y a un mois en arrière pour vos douleurs de dos...». Et il commence la consultation médicale proprement dite par: «Comment est-ce que ça va depuis?».

Absence de phase sociale

La troisième situation, moins fréquente, est celle où la phase sociale est totalement absente. En visionnant nos entretiens, nous avons constaté que la rencontre peut débiter directement sur les raisons qui amènent le patient à consulter; dans ce cas, le médecin pose d'emblée une question visant à élucider l'agenda du patient.

Exemple d'absence de phase sociale: une phrase qui revient souvent de la part du médecin pour entrer directement dans le vif de la consultation médicale est: «Alors, qu'est-ce qui vous amène?».

CONCLUSION

L'étude des répercussions de la nature du premier contact sur le processus de la consultation est actuellement en cours; les résultats seront étayés par une évaluation statistique des données.

D'ores et déjà une impression forte se dégage: les échanges autour d'arguments sans importance semblent souvent manquer; pourtant, la phase sociale en début de consultation est essentielle. Il s'agit là beaucoup moins



d'adhérer à une forme de politesse ou de savoir vivre que d'entrer en syntonie avec l'autre, de répondre à une demande d'aide par une rencontre «accueillante» entre deux personnes.

La phase sociale comme moment musical

Dans les consultations, les passages d'une étape à l'autre se déroulent à une vitesse soutenue. Comme un chef d'orchestre, le médecin devrait diriger le début de la consultation par un tempo qui soit juste et qui tienne compte de l'exigence de la partition et de l'habileté des musiciens à dialoguer musicalement entre eux.

Au-delà du contenu – qui nécessite une compréhension du message verbal, de la plainte, du symptôme, de la souffrance – la rencontre est caractérisée par une certaine musicalité qui fait d'un mot, d'un geste, une expression dont le sens est éminemment relationnel. C'est dans l'accordage entre la musicalité subjective des mots et leur contenu, par exemple, que l'on arrive à rencontrer l'humanité du patient.

La présence d'une phase sociale permet d'entrer ainsi dans une forme de polyphonie plus ou moins structurée. Lors des consultations dans lesquelles elle est absente ou trop brève, les instruments de l'orchestre ne peuvent s'accorder entre eux. Nous ne voulons pas signifier par là qu'en l'absence d'une phase sociale la consultation soit irrémé-

diablement compromise, mais la pratique et la révision des enregistrements vidéo nous incitent à encourager les médecins à en expérimenter la richesse potentielle. ■

Implications pratiques

- > Au début de la consultation, la phase sociale constitue un point essentiel dans l'établissement de la relation médecin-malade
- > Par un temps laissé à l'accueil autour de sujets non médicaux, le médecin fait preuve de son intérêt envers le patient et crée un environnement favorable. Cet échange permet de rencontrer l'humanité du patient
- > Le patient se sent ainsi considéré comme une personne à part entière

Adresse

Sarah Rey-Bellet
Etudiante à la faculté de médecine de Lausanne
Marili Zürcher
Psychologue assistante
Drs Sébastien Martin et Karin Michaelis Conus
Consultation générale
Drs Pierre-Yves Redondi et Marco Vannotti
Service de psychiatrie de liaison
PMU, CHUV 1011, Lausanne

Bibliographie

- 1 ** Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. The medical interview. New York: Clinical Care, Education and Research, Springer-Verlag, 1995.
- 2 * Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. St-Laurent: Ed. du Renouveau Pédagogique Inc., 2005.
- 3 * Stiefel F, Favre N, Despland JN. Communication skills training in oncology: It works! In Recent Results in Cancer Research, Vol. 168, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2006:113-9.
- 4 Vannotti M. Le métier de médecin: entre utopie et désenchantement. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène, 2006.
- 5 ** Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press, second edition, 2005.
- 6 Cohen-Cole SA. The medical interview: The three function approach. St-Louis: Mosby-Year Book, 1991.
- 7 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. Can Med Assoc J 1995;152:1423-33.
- 8 Lorenz K. Essais sur le comportement animal et humain: les leçons de l'évolution de la théorie du comportement. Paris: Le Seuil, 1970.
- 9 Fenwick J, Barclay L, Schmied V. «Chatting»: An important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. J Adv Nurs 2001;33:583-93.
- 10 Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988;26:657-75.
- 11 Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu Rev Public Health 1989;10:163-80.
- 12 Roter D. Which facets of communication have strong effects on outcome: A meta-analysis. In Stewart M & Roter D, eds: Communicating with medical patients. Newbury Park, London: Sage, 1989:183-96.
- 13 * Junod Perron N, Secrétan F, Vannotti M, Pécoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural outpatient clinic in Switzerland. Fam Pract 2003;20:574-9. Oxford University Press.
- 14 Beckman HB, Frankel RM. The use of videotape in internal medicine training. J Gen Intern Med 1994;9: 517-21.
- 15 Edwards A, Tzelepis A, Klingbeil C, et al. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and medicine-pediatrics residents. Acad Med 1996; 71:744-8.

* à lire

** à lire absolument