

2022/2023



Pôle Lyon Sud
de Simulation en Santé
pl3s.univ-lyon1.fr

Communication en santé

Éléments théoriques de base



GUY LLORCA

Professeur émérite de Thérapeutique
Université Claude Bernard Lyon 1

Edition PL3S © Copyright septembre 2022.

3^{ème} Édition révisée et augmentée.

165, chemin du Grand Revoyet – BP 12
69921 Oullins cedex - France

Avertissement :

- *L'ensemble de ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle. Tous les droits de reproduction de tout ou partie sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques.*
- *Ce document est interdit à la vente ou à la location. Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public (sous quelque forme ou support que ce soit), mise en réseau, partielles ou totales, sont strictement réservées à son auteur, le Professeur Guy Llorca.*
- *Ce document est utilisé uniquement dans le cadre de la formation à la communication par son auteur.*
- *L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.*

Sommaire :

Avant-propos	2
1-Les Langages	4
1.1-Le langage verbal	4
1.2-Le langage non verbal	6
1.3-L'échange	9
1.4-La synchronisation verbale et non verbale	10
2-Les outils d'échange	11
2.1-La consigne	11
2.2-Le questionnement	11
2.3-La neutralité	12
2.4-Les écoutes et l'écoute active	12
2.5-Le silence	13
2.6-La relance	13
2.7-La reformulation	14
2.8-Le résumé	14
2.9-L'empathie	14
3-Le processus d'échange	15
3.1-L'information	16
3.2-La perception	17
3.3-La mémorisation	17
3.4-L'altération du message	18
4-Les rôles	18
4.1-Le soignant	18
4.2-Le soigné	18
4.3-La collectivité	19
5-La décision médicale de soin	20
5.1-Les modèles	20
5.2-La décision médicale partagée	21
6-Le positionnement permanent	22
6.1-La dominance	23
6.2-l'exclusion	23
6.3-Le respect	24
6.4-La dignité	24
7-La relation de confiance	25
7.1-La confiance	25
7.2-Faut-il toujours rassurer ?	28
8-La gestion des bouleversements	28
8.1-Les émotions	28
8.2-L'agressivité	29
8.3-Les conflits	30
9-Les conditions particulières	32
9.1-Communication selon le type d'interlocuteur	32
9.2-Communication selon le support	33
10-Les représentations socioculturelles en santé	34
10.1-De quoi s'agit-il ?	35
10.2- Principales représentations sociales en santé	36
10.3-Exemples : représentation de la guérison, du temps en santé...	37
11-Applications : annonces et situations complexes	39
11.1-Liste indicative	40
11.2-Exemples d'annonces complexes : mauvaise nouvelle, dommage associé au soin...	41
12-Conseiller et convaincre	43
12.1-Cadre du conseil	44
12.2-Le refus de soin	44
12.3-Convaincre (préjugé et croyance)	45
13-Evaluation de la relation de soin	47
13.1-Finalité	47
13.2-Méthode	48
13.3-Interprétation des résultats	51
Conclusions	54
Références bibliographiques utiles	54
Serment d'Hippocrate	57
Déclaration de Genève	58

Avant-propos :

La médecine est une science, assise sur le raisonnement hypothético-déductif et l'approche statistique. Cette singularité a pris son essor avec la médecine expérimentale et, plus récemment, avec l'evidence-based medicine (« EBM ») qui cherche à apprécier le niveau de preuve des faits et décisions médicaux.

La médecine est aussi un art qui traite de l'humain. De fait, on estime actuellement que la grande majorité des erreurs médicales et des insatisfactions des patients sont liées au facteur humain, qu'il s'agisse de travail en équipe de soin ou de la relation individuelle de soin.

La communication occupe ainsi une place prépondérante dans le domaine de la santé et du soin, mettant en contact des soignants et des soignés qui n'ont pas obligatoirement les mêmes savoirs, les mêmes représentations du monde, les mêmes finalités...

Ce petit fascicule n'a pas la prétention d'apprendre à communiquer mais souhaite apporter les faits et outils saillants qui particularisent la communication pratique quotidienne dans ce domaine de la santé. Il doit servir de pistes de réflexion associé à des ateliers pratiques de simulation technique et non technique.

*« C'est une maladie naturelle à l'homme de croire qu'il possède la vérité »
(Pascal 1623-1662)*

*« Ce n'est pas tant ce que les gens ignorent qui cause des problèmes,
c'est tout ce qu'ils savent et qui n'est pas vrai »
(Mark Twain 1835-1910)*

1-Les Langages :

Points forts :

1. Ne pas minimiser le langage verbal (un mot peut changer la vie, les figures de style peuvent être porteuses de sens...).
2. Préparer et utiliser le langage métaphorique.
3. Savoir explorer le répertoire sémantique de l'interlocuteur.
4. Ne pas maximiser le non verbal (en partie inné, rester honnête...).
5. Importance des composantes visuelles (les compenser chez les non-voyants).
6. Importance de la première rencontre (elle sera unique !).
7. L'échange est un processus dynamique (« transactionnel »).
8. Éviter les mots d'hésitation et contrôler tics verbaux.
9. Apprendre à positiver un discours.
10. L'accord des langages doit être une réalité spontanée pour être crédible

La communication humaine utilise le langage verbal et le langage non verbal. En santé, ces langages doivent s'adapter aux interlocuteurs et savoir utiliser une démarche métaphorique lorsque ces interlocuteurs ne sont pas des professionnels du domaine et souhaitent mieux comprendre.

1.1-Le langage verbal :

Il utilise le langage maternel et distingue le signifiant (manifestation matérielle du signe) du signifié (sens). Le langage médical représente une métalangue professionnelle créée pour accélérer la communication entre professionnels. La définition de ses vocables est souvent ignorée des patients et de leur entourage qui n'ont pas appris le répertoire sémantique médical.

Pour être bien compris le professionnel de santé doit savoir utiliser des vocables du répertoire sémantique de l'interlocuteur, donc savoir explorer son répertoire sémantique et traduire en langage courant les termes du langage médical.

En pratique il faut distinguer :

- Les vocables définis (pique, seringue, fracture, médicament, maison de retraite...) qui ont une définition consensuelle ;
- Les vocables semi-définis (injection, mal de tête, fatigue, infarctus, EHPAD...) qui ont une définition plus ambiguë ;
- Les vocables indéfinis (algie psychogène, inflammation, baisse de l'état général, stress...) dont la définition n'est pas consensuelle.

Il faut donc veiller à utiliser des vocables définis, préciser ce que l'on entend pour les vocables semi-définis, et éviter les vocables indéfinis.

Le choix des mots doit tenir compte du répertoire sémantique du ou des auditeurs, particulièrement de leur âge (les mots auront souvent une signification différente

lorsque l'on s'adressera à un enfant, un adolescent, à ses parents, à une personne âgée...).

Pour des raisons de simplification les professionnels de santé utilisent, de plus en plus, des abréviations et des acronymes (plus de 3000 pour la seule médecine générale !). Ces raccourcis ne sont souvent intelligibles que pour une petite partie des personnels de santé, au sein de leur discipline, voire même d'une équipe soignée.

Ces abréviations et acronymes ne doivent pas être utilisés sans définition préalable et en dehors de leur contexte spécifique.

➤ Les figures de style :

Nombreuses, elles peuvent nettement influencer l'interlocuteur dans un sens positif ou négatif.

Type	Noms	Définitions	Exemples
Analogie	Comparaison	Rapport de ressemblance	Vous êtes aussi aimable qu'une porte de prison
	Métaphore	Comparaison figurée	Vous êtes un ours
	Personnification	Traits d'une personne	Votre estomac gémit
	Allégorie	Symbolisation	Votre maladie est une vilaine
Substitution	Métonymie	Relation analogique	La chambre 12 s'impatiente
	Synecdoque	Partie pour le tout	Vous aimez les plaisirs du ventre
	Périphrase	Mot remplacé par une phrase	Il s'exprime dans la langue de Shakespeare
Insistance / Atténuation	Hyperbole	Exagération	Il meurt de soif
	Accumulation	Énumération	Aucun traitement n'est plus efficace, plus utile, plus approprié
	Gradation	Énumération organisée	Il est bon, compétent, le meilleur
	Euphémisme	Atténuation	Ce patient nous a quittés
	Litote	Dire moins pour entendre plus	Je ne vous dis pas non
	Anaphore	Répétition en début de phrase	Malade vous étiez, malade vous êtes, malade vous resterez
	Parallélisme	Répétition de construction de phrase	Ange chez lui, démon au travail
Opposition	Question ouverte / Rhétorique	Affirmation sous forme de question	Ne suis-je pas sympa avec vous ?
	Antithèse	Opposition entre 2 thèmes	Qui aime bien, châtie bien
	Oxymore	Union de mots contraires	Ce silence est assourdissant
	Antiphrase	Contraire de ce que l'on pense	Vous êtes dans de beaux draps
	Chiasme	Inversion d'ordre (A-B ; B-A)	Il y a de l'Urgo dans l'air, il y a de l'air dans l'Urgo
Rupture	Paradoxe	Contraire à l'idée commune	De nombreux enfants au Qi élevé sont en échec scolaire
	Anacoluthie	Rupture syntaxique	Si ce traitement marchait, l'espérance de vie en serait changée
	Ellipse	Absence de mots	Mon traitement, une belle île et plouf
Sonorisation	Zeugma	Rapprochement Concret/abstrait	Vous avez pris du ventre et de l'importance
	Assonance	Répétition d'un même son de voyelle	Opérer à l'hôpital est trop monotone
	Allitération	Répétition d'un même son de consonne	Pour qui sont ces seringues qui s'assèchent assurément au soleil ?
	Paronomase	Rapprochement de deux homonymes / paronymes	Prenez donc le TGV pour ne plus végéter (VGT)

Tableau I : Principales figures de style utilisées avec le langage verbal.

- Le langage métaphorique :

Faisant partie du langage verbal il représente la traduction, en langage commun, des vocables médicaux. Essentiel à la compréhension des personnes n'appartenant pas au domaine de la santé, il doit être préparé pour choisir les métaphores les mieux

adaptées (ainsi pour expliquer la physiologie vertébrale : le flexible de douche pour la colonne, l'éponge pour les disques, le joint d'étanchéité pour le ligament vertébral commun postérieur... ; pour la circulation sanguine : le réseau routier, le sens de circulation, les bouchons, la pompe pour le cœur... ; les filtres pour le rein, les poumons, l'intestin, etc. A noter que ce langage est facile à utiliser pour expliquer l'anatomie et la physiologie, mais plus difficile pour expliquer une maladie...).

1.2-Le langage non verbal :

Ce langage (silencieux, ou inconscient, ou paralangage) fait partie de la communication humaine où il représenterait plus de 80 % de l'impact (selon les travaux de Mehrabian et Wiener de 1967).

Il comporte de 6 composantes, dont 3 sont visuelles et 3 non visuelles :

1.2.1-Les composantes visuelles :

- **La gestuelle** (Kinésique) représente un champ important. Elle comporte des dimensions faciales, oculaires, digitales et corporelles.
La gestuelle faciale, en partie innée et en partie acquise, peut trahir notre langage verbal ou, au contraire, l'appuyer. Cette gestuelle est généralement rapide et brève, responsable de « micro-expressions » souvent inférieures à une demi seconde, bien mises en évidence par les travaux de Paul Ekman de 1969 (critiqués par certains). Elle représente l'une des bases du jugement de qualité des acteurs professionnels. Elle est l'objet de développements technologiques avec les caméras modernes à reconnaissance faciale. Certaines micro-expressions seraient universelles (joie, surprise, colère, dégoût, peur et tristesse sont symétriques, le mépris serait la seule micro-expression asymétrique), d'autres reflèteraient plus les émotions et sentiments instantanés (acceptation ou apathie, amour, aversion, courage, culpabilité, découragement, désespoir, désir, embarras, espérance (ou confiance), espoir, excitation, haine, honte, intérêt, respect, surprise, tristesse) ...
La gestuelle oculaire, particulièrement le regard, apporte beaucoup au langage verbal. Ainsi la programmation linguistique ou PNL tente de codifier cette gestuelle oculaire. Le port du masque imposé par les mesures sanitaires liées à la Covid-19 a démontré l'importance du regard puisque les micro-expression sont ainsi cachées...
La gestuelle digitale et corporelle distingue les gestes autocentrés ou d'auto-contact (contenance : menton, cheveux...), rythmiques ou prosodiques ('bâtons', ils servent l'intention rhétorique), déictiques ou de désignation (temporo-spatial « *Quand le sage montre la lune, l'idiot regarde le doigt !* »), Iconiques de mime (objet invisible : *on se tel ? Vous avez du feu ?*), d'emblèmes et de rituels (cornes, autostop, doigt d'honneur, poignée de main, salut militaire, salut thaïlandais, bénédiction papale...) et pantomimiques (de tout le corps comme l'avait magnifiquement compris le mime Marceau 1923-2007).
« Celui dont les lèvres se taisent bavarde avec le bout des doigts » faisait remarquer Sigmund Freud (1856-1939) ...

- **L'expression générale** (physionomique) : « *Si je n'ai aucune idée de ce que pense l'autre, je n'ai qu'à regarder son expression* » disait Oscar Wilde (1854-1900). Elle est déjà inscrite dans l'habillement et la posture (ce qu'Éric Berne, 1910-1970, appelait les « T-shirts »). Elle suit des modes et codes sociaux. L'aspect général est en grande partie responsable de la « première impression » qui est capitale car **il n'y a pas de seconde chance pour cette première impression !**
- **L'espace** (proxémique ou proxémie) a été bien mis en évidence en tant que distances modifiables et signifiantes (théorie des bulles issue des travaux d'Édouard Hall (1914-2009 chez l'Homme et l'Animal). Selon l'intention des interlocuteurs cette distance peut varier (sphère intime, personnelle, sociale, publique). Ces différentes distances influencent le langage verbal et la gestuelle :

Distances	Mode proche	Mode éloigné
Intime	0-15 cm	15-45 cm
Personnelle	45-75 cm	75-125 cm 'Longueur de bras'
Sociale	1,25-2,1 m	2,1-3,6 m
Publique	3,6-7,5 m 'Style formel'	> 7,5 m 'Style glacé'

Tableau II : *Distances humaines de communication (selon E. Hall).*

1.2.2-Les composantes non visuelles :

- **La qualité du son** (phonétique), véritable langage para verbal, est bien connue des chanteurs et des musiciens. Elle est en partie innée (puissance et tessiture), et en partie acquise (ainsi la prosodie avec l'inflexion, le ton, l'intonation, l'accent, la modulation, le rythme) ; de même pour le phrasé (avec le legato et le staccato). **On peut donc modifier et accorder volontairement volume, hauteur, élocution, intonations, débit, respiration...**
- **Le toucher** (haptique) révèle également nos intentions. Du baiser au coup de poing, de la poignée de main ou de l'accolade plus ou moins chaleureuses à l'expression physique de soutien, le toucher met en jeu la proxémique mais ne doit pas être systématique. En santé il est obligatoire au moment de l'examen clinique et viendra souvent concrétiser les déductions issues du verbal et du non verbal.
Il doit être annoncé et exécuté avec l'accord du patient conscient.
- **L'odeur** (olfactique) intervient aussi en ce sens qu'elle peut être agréable et aider la communication (parfum), ou, au contraire, la gêner (hallitose). Elle peut même parfois représenter un élément sémiologique (pomme reinette, acétone pour la décompensation acido-cétosique, poisson pour les hématoméses et patients traités par de fortes doses d'oméga-3, pin pour le pyocyanique, musc pour la

maladie de Parkinson...). Elles seraient en cause lors des premières rencontres pour déterminer nos sentiments. Particulièrement développée chez le Chien elle peut être maintenant utilisée à titre diagnostic (certains cancers, drogues, virus...).

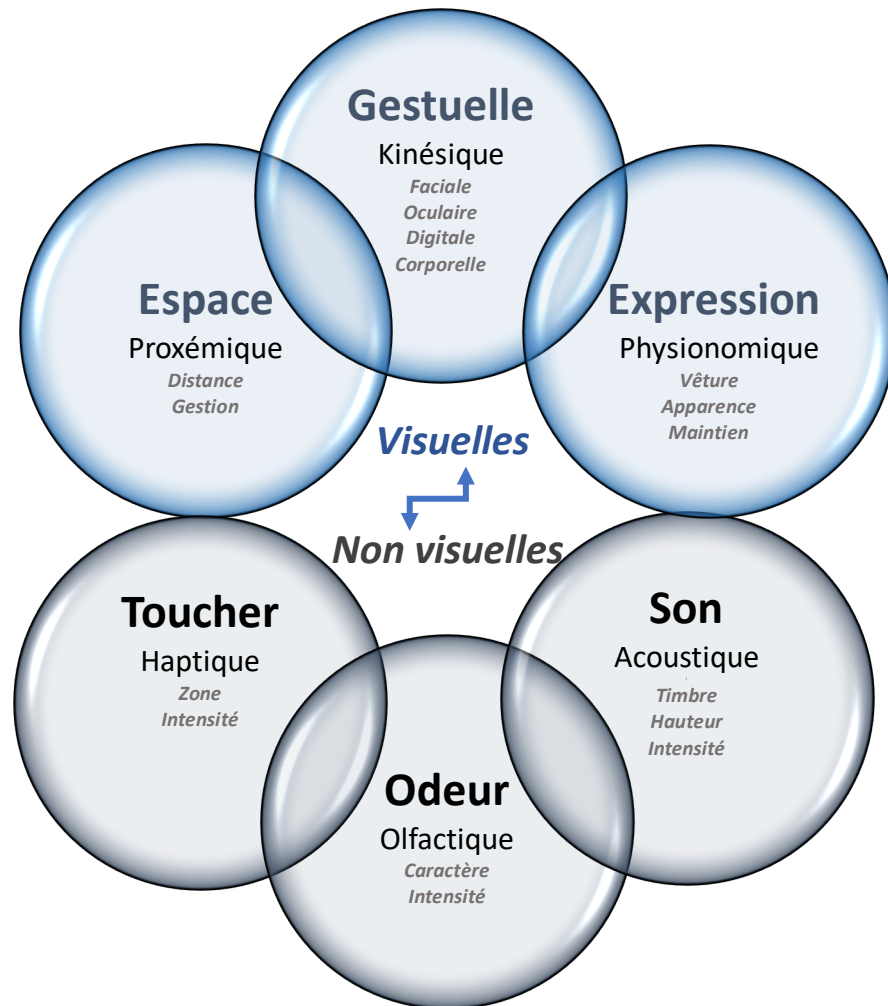


Figure n° 1 : Représentation schématique des éléments constitutifs du langage non verbal.

Quatre de nos sens interviennent ainsi dans ce langage non verbal. Le goût n'intervient plus depuis que l'on sait diagnostiquer le diabète sans avoir à goûter les urines !

Ce langage corporel serait en partie inné et en partie acquis, ce qui explique la difficulté à le contrôler totalement.

1.3-L'échange :

« On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux. »

(*Le petit prince*. Antoine de Saint-Exupéry, 1900-1944).

"*Communiquer : c'est mettre en commun*". Communiquer c'est échanger des signaux dont la symbolique commune aboutit à la construction, chez celui qui les reçoit, d'une image mentale identique ou très proche de celle qui a présidé à l'émission de ces signaux. Cela suppose l'existence d'un émetteur et d'un récepteur humains, d'un système de transmission et d'une organisation sociale de référence.

Cet échange n'est pas simplement linéaire et fait intervenir un canal préférentiel, un code et un répertoire communs, un apprentissage actif et passif, une sélection de signes et un rétrocontrôle de l'émetteur et du récepteur, comme l'a schématisé Abraham Moles (1920-1992) dans son modèle canonique :

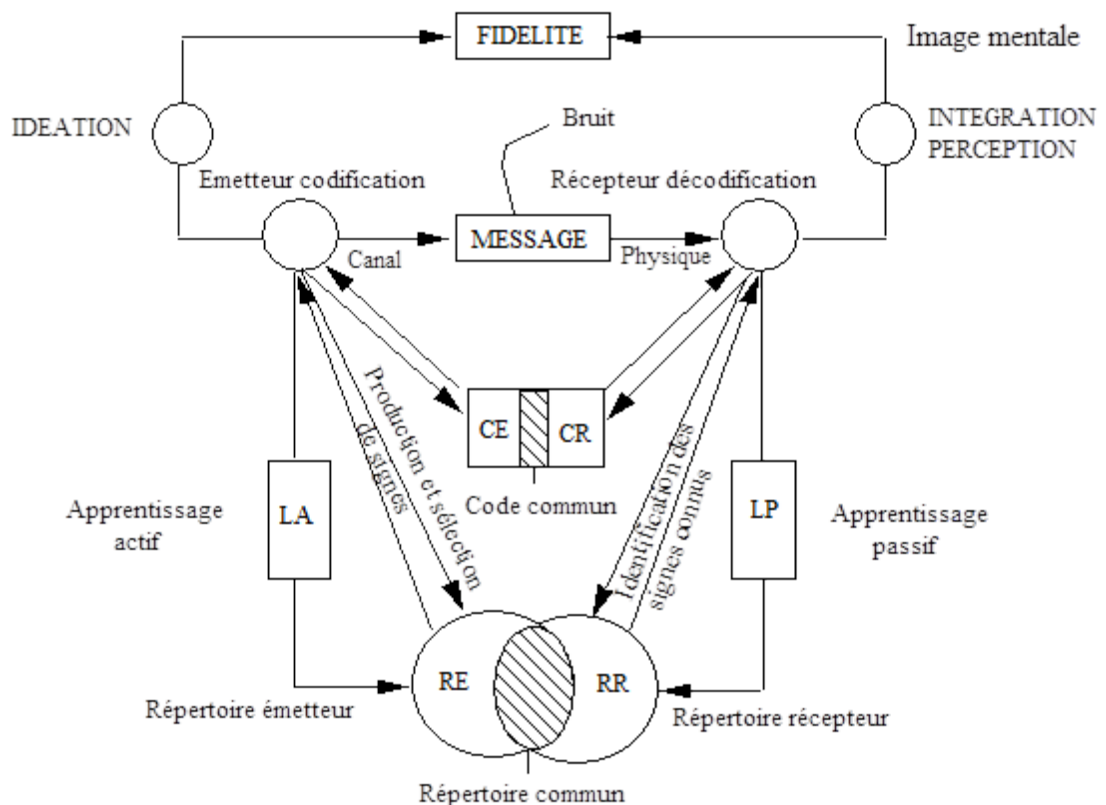


Figure n° 2 : Schéma "canonique" de la communication (d'après A. MOLES 1986)

Cette vision dynamique des échanges en communication a été bien illustrée par Éric Berne dans sa théorie de la transaction qui a donné naissance à la méthode dite de « l'analyse transactionnelle ». Cette approche affecte à l'émetteur et au récepteur humains trois noyaux (parent, adulte, et enfant) qui permettent de définir des transactions simples, croisées, en duplex angulaire... Applicable à la vie courante, cette approche peut être utile pour la compréhension des échanges dans le domaine de la santé.

1.4-La synchronisation verbale et non verbale :

Le principal problème de ce langage non verbal réside dans le fait qu'il possède une syntaxe mais pas de véritable système sémantique grammatical ! Devant des pleurs doit-on penser à une expression de douleur ? de chagrin ? de rage ? de joie ? d'allergie ? de simulation ?...

Trop vouloir contrôler le non verbal peut devenir manipulateur et déshumanisant.

L'essentiel est d'être sincère, ainsi le non verbal sera en accord avec le verbal et ne le trahira pas (nous souhaitons donner une image de bons soignants et non de bons acteurs !) ...

- Un langage adapté :

Pour être compris, le soignant doit explorer le répertoire sémantique de la personne qu'il informe, choisir les mots les plus judicieux, se placer à une distance adéquate et rester dans son rôle.

Il existe des mots signifiants qui font le pont entre les langages :

- Les mots d'hésitation (« euh, comment dire ») afin d'éviter un silence gênant ;
- Les mots de relance « Ok ? D'accord ? » pour vérifier le suivi des auditeurs ;
- Les tics verbaux « Euh, ben, hein, je dirai... » pour réfléchir...

Ces mots signifiants méritent d'être maîtrisés pour ne pas lasser et devenir des distracteurs. A noter que les soignants du monde de la santé ont tendance généralement à minimiser en employant souvent des diminutifs ('petit' par exemple), ce qui correspond plus à un désir de bienfaisance qu'à un tic verbal...

- La communication positive :

Elle consiste à positiver le discours. Par exemple :

Formulation négative	Formulation positive
Il fait mauvais	<i>Il ne fait pas beau</i>
C'est laid	<i>Ce pourrait être plus beau</i>
Vous avez mauvaise mine	<i>Vous n'avez pas l'air en forme</i>
Ce n'est pas mal ce que vous avez fait	<i>C'est bien ce que vous avez fait</i>
Votre avenir est bien compromis	<i>Votre évolution est incertaine</i>
Je vous préviens, il y aura du retard aujourd'hui	<i>Vous risquez d'attendre aujourd'hui, voulez-vous un autre rendez-vous ?</i>
Vous devez prendre régulièrement ce traitement	<i>Ce traitement vous sera certainement bénéfique s'il est régulier</i>
C'est un effet secondaire du traitement	<i>Considérez aussi les bénéfices que ce traitement vous apporte</i>
Comme vous le savez fumer est mauvais pour la santé	<i>Êtes-vous d'accord pour penser que fumer n'est pas bon pour la santé ?</i>

Tableau III : Exemples de communication verbale négative et positive.

L'accord verbal et non verbal doit être une réalité spontanée pour être crédible !

2-Les outils d'échange :

Points forts :

1. La consigne définit le cadre à l'intérieur duquel va se développer la pensée ou l'action.
2. Le questionnement : utiliser en premier lieu les questions ouvertes, de préciser les points obscurs par des questions fermées et de réserver les questions alternatives lorsqu'une réponse à une question fermée est évasive ou pour construire une argumentation, en évitant les questions influencées.
3. La neutralité, c'est s'interdire d'influencer la pensée de l'interlocuteur, tant verbalement que non verbalement.
4. L'écoute active doit être réelle, exhaustive et analytique. Elle est éprouvante car elle implique une disponibilité totale et soutenue.
5. Le silence du patient doit être respecté chaque fois qu'il représente une pause dans le discours (pour rassembler ses idées) et qu'il n'attend pas une réponse ou une autre question.
6. La relance 'coup de pouce', elle signifie aussi que la personne qui écoute suit le discours.
7. La reformulation consiste à restituer les informations reçues sous une forme différente et intelligible.
8. Le résumé servir au soignant pour passer d'une phase à l'autre de la consultation ou de l'entretien et pour terminer la rencontre.
9. L'empathie c'est chercher à comprendre en imaginant ce que l'autre peut ressentir, et exprimer à cet autre la compréhension qu'on en a, tout en demeurant dans son rôle.

Ce sont dans le domaine de la relation de soin essentiellement 8 outils de la communication classique et un outil comportemental particulier (l'empathie) :

2.1-La consigne :

- Elle se situe généralement en phase initiale de l'entrevue ou de l'examen et définit le cadre à l'intérieur duquel va se développer la pensée ou l'action...
"je vais d'abord vous interroger pour préciser votre problème, je vous examinerai ensuite et nous pourrons décider ensemble de ce qu'il convient de faire "...

2.2-Le questionnement (4 types différents de questions) :

- La question **ouverte** : "*Comment souffrez-vous ? Comment allez-vous depuis la dernière consultation ?*". La question ouverte permet d'obtenir des informations souvent directes, claires et développées mais elle autorise aussi un flot d'informations difficile à canaliser.
- La question **fermée** : "*Depuis quand souffrez-vous ? Combien avez-vous fait de crises depuis la dernière consultation ? Avez-vous pris votre traitement?*". La question fermée permet d'obtenir des informations précises et concises mais orientées.

- La question **alternative** : "*Préférez-vous demeurer chez vous ou être hospitalisé ?*". La question alternative force généralement le choix. Elle peut être utilisée si un choix réel existe, après explication des éléments du choix.
 - La question **influencée** : "*Que pensez-vous de ce traitement remarquable ? Souhaitez-vous avoir les examens les plus modernes ?*". La question influencée force la prise de position. Elle est en général à éviter (sauf si l'on souhaite faire un effet humoristique de style rhétorique) car l'interrogatoire médical ne consiste pas à faire dire ce que l'on souhaite entendre mais ce que l'on cherche à découvrir !
- **Pour une bonne conduite de l'interrogatoire**, il est préférable d'utiliser en premier lieu les questions ouvertes, de préciser les points obscurs par des questions fermées et de réserver les questions alternatives lorsqu'une réponse à une question fermée est évasive ou pour construire une argumentation, en évitant les questions influencées...

2.3-La neutralité :

- Elle consiste à s'interdire d'influencer la pensée de l'interlocuteur, tant verbalement que non verbalement.
- La neutralité à 100% n'existe pas, donc :
 - Éviter toute connotation personnelle à priori, tout jugement à "première vue".
 - Parler le moins possible en phase de recueil d'informations et d'une voix "neutre" (en évitant intonation particulière et émotion) pour se contenter du questionnement adapté, ou des relances et reformulations indispensables.
 - Différer les réponses aux questions prématurées ("*je vous répondrai dans un instant, quand j'aurai bien saisi l'ensemble de votre problème...*").
 - Éviter la discussion prématurée ("*des explications seront plus appropriées quand nous aurons bien identifié vos préoccupations...*").

2.4-Les écoutes et l'écoute active :

Il existe plusieurs façons d'écouter, et l'on distingue :

- L'écoute simulée, qui permet de penser à autre chose ;
- L'écoute sélective, qui permet de n'entendre que ce qui intéresse ;
- L'écoute réductrice, qui n'écoute que les mots, sans porter intérêt à la personne qui les prononce.
- L'écoute **active est différente. Elle est** :
 - **Réelle**, ce qui oblige au silence attentif ;
 - **Exhaustive** (ou totale), et capte tout ce que l'autre émet et réclame l'éveil de tous les sens ;
 - **Analytique**, et classe les informations dès leur perception.

Depuis les travaux de Carl Rogers (1902-1987) qui ont précisé ce concept, **l'écoute active, bienveillante, est capitale pour la relation de soin mais éprouvante car elle implique une disponibilité totale et soutenue...**

2.5-Le silence :

- Le silence, qui consiste à se taire quand l'autre parle, est le complément logique de l'écoute active, de tout message important, et de toute question pertinente...
- Il existe de multiples significations et intérêts au silence :
 - temps de réflexion ;
 - colère contenue ;
 - peur de n'avoir rien à dire ou d'oser prendre la parole ;
 - incompréhension ou scepticisme ;
 - incapacité ou impossibilité d'exprimer sa souffrance, son chagrin ou sa douleur ;
 - mise en retrait, volonté de s'isoler, etc.
- **Comme les paroles, un silence peut être approprié ou inapproprié.**
- **Le silence du patient doit être respecté chaque fois qu'il représente une pause dans le discours (pour rassembler ses idées) et qu'il n'attend pas une réponse ou une autre question ; le discours repartira tout seul.** Le silence sert avant tout à la compréhension et à la mise en forme des idées...

2.6-La relance :

- La relance représente le signe que donne toute personne qui écoute, pour inciter celle qui parle à poursuivre son discours.
- Véritable 'coup de pouce', elle signifie aussi que la personne qui écoute suit le discours et, donc, que **l'écoute est réelle.**
- Les principales techniques de relance sont :
 - Le silence, répondant au silence du patient, peut représenter une invitation à repartir s'il est prolongé.
 - La relance non verbale invite, par un geste, le plus souvent de la tête, à poursuivre.
 - La relance mono-verbale est plus neutre. Elle consiste à inviter à poursuivre par un mot ("*oui*", "*poursuivez*", "*alors*"...).
 - Le "petit reflet", reproduit les derniers mots prononcés pour rebondir...
 - La question-relance représente le type de relance le plus structuré. ("*Vous disiez avoir mal aux reins, est-ce bien en bas du dos que vous avez mal ?*"; "*Vous m'avez expliqué votre dernière crise, et depuis cette crise ?*"...).

2.7-La reformulation :

- La reformulation consiste à restituer les informations reçues sous une forme différente et intelligible par l'autre.

- Elle permet la vérification de fiabilité et de compréhension des informations reçues.
- Elle est indispensable pour effectuer la "mise à niveau des répertoires sémantiques".
- La reformulation signale l'écoute active au patient, et la bonne compréhension au soignant...
- La reformulation peut aussi servir de relance (le "grand reflet").

2.8-Le résumé :

- C'est le couronnement de l'écoute active.
- Il permet soit une dernière relance (il est encore temps de corriger l'information), soit une argumentation éclairée et centrée sur une base de "négociation" solide puisque soignant et soigné sont en accord sur l'essentiel de l'information et de la hiérarchisation des préoccupations.
- Le résumé doit servir au clinicien pour passer d'une phase à l'autre de la consultation ou de l'entretien et pour terminer la rencontre.

2.9-L'empathie :

L'empathie diffère de la sympathie, de la compassion, de l'humanisme, de l'altruisme, de la bienveillance...

À l'égal de la sympathie, elle permet d'éprouver de l'affection pour l'autre, de partager ses sentiments et ses états d'âme, d'avoir une attitude spontanée.

Elle s'en distingue cependant car il faut :

- Ne pas s'identifier à l'autre (**pas de projection**) ;
- Maîtriser ses émotions et ses sentiments (**pas de contagion affective**) ;
- Avoir une attitude volontaire (**rester dans son rôle professionnel**).

Ainsi, l'empathie, **ce n'est pas** :

- La capacité de se mettre à la 'place de l'autre' ;
- Être influençable ;
- Être mou, indécis ;
- Être laxiste ;
- Être indifférent ;
- Être absent ;
- Voir l'autre à travers soi ;
- Induire des réponses...

L'empathie, **c'est plutôt** :

- Accorder de l'intérêt à ce qu'il dit (écoute active) ;
- Entrer dans la logique de l'autre (chercher à le comprendre) ;
- Avoir une attitude d'ouverture et d'acceptation (neutralité) ;
- Questionner pour approfondir (expliquer) ;
- Être chaleureux (positif) ...

- **En résumé, l'empathie c'est chercher à comprendre en imaginant ce que l'autre peut ressentir, et exprimer à cet autre la compréhension qu'on en a, tout en demeurant dans son rôle.**

L'attitude empathique nécessite une implication qui, au fil de la journée, peut être épuisante et s'opposer à son expression. De même il existe des obstacles au développement de l'empathie :

1. Mode relationnel non spontané ;
2. Agressivité, exclusion ;
3. Incivilité, irrespect, impolitesse ;
4. Antipathie, préjugé défavorable ;
5. Rancune ;
6. Timidité, introversion ;
7. Fatigue, lassitude ;
8. Manque de temps, stress ;
9. Préoccupations personnelles ;
10. Peur de perte d'autorité...

Les patients attendent de l'empathie des soignants. En cas d'obstacle, il est préférable de verbaliser la difficulté pour ne pas détruire l'image spontanée attendue (*je n'arrive pas bien à vous comprendre, pouvez-vous préciser ?*).

3-Le processus d'échange :

Points forts :

1. L'information doit être claire, loyale et appropriée, c'est-à-dire intelligible, honnête et adaptée à la situation clinique (art. R.4127-13, R.4127-14 et R.4127-35 du CDM et CSP...).
2. Il faut informer le patient sur ce qu'il veut savoir et sur ce qu'il doit savoir.
3. L'information doit respecter les règles du secret professionnel.
4. Les mandats en matière de santé (directives anticipées, désignation d'une personne de confiance) doivent être respectés s'ils existent.
5. La perception de la réalité est variable d'une personne à une autre, ainsi la réalité peut être trompeuse.
6. La mémoire à court terme est labile et de capacité limitée.
7. On retient mieux les premiers éléments (effet de primauté) et les derniers éléments (effet de récence) d'un entretien.
8. Il est essentiel de découper l'information en messages courts et précis, d'informer progressivement pour ne pas saturer, de pratiquer la reformulation pour vérifier la compréhension.

Le processus d'échange qui régit la relation, réside schématiquement en l'élaboration d'une information, sa perception par l'autre interlocuteur, et sa mémorisation.

3.1-L'information :

Depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 l'information est devenue un droit des patients, donc une obligation pour les soignants. L'information doit servir le consentement des patients et la pratique de la décision médicale partagée que certains nomment « alliance thérapeutique » pour insister sur cette composante d'échange préalable.

La qualité de l'information est essentielle. Constituée d'une succession de messages, l'information ne doit contenir que des messages en adéquation avec le répertoire sémantique de l'autre, elle doit aussi être fiable, elle doit enfin être mise en forme pour être comprise. C'est le sens des recommandations de l'UNAPEI (L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre).

L'information doit être loyale (attention aux fausses informations ou « fake news»). Elle doit répondre aux articles suivants du code de la santé publique (CSP) :

ARTICLE R.4127-13

Lorsque le médecin participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne fait état que de données confirmées, fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il ne vise pas à tirer profit de son intervention dans le cadre de son activité professionnelle, ni à en faire bénéficier des

organismes au sein desquels il exerce ou auxquels il prête son concours, ni à promouvoir une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

ARTICLE R.4127-14

Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

ARTICLE R.4127-35

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

L'information doit être claire, loyale et appropriée, c'est-à-dire intelligible, honnête et adaptée à la situation clinique.

Elle devrait apporter tous les éléments connus mais comme l'art de lasser est de tout dire, trop d'information tue l'information. Pour résoudre cette difficulté il faut en premier lieu respecter le droit de ne pas savoir et simplifier l'information aux éléments clés qui vont servir une décision honnêtement partagée.

Il faut donc informer le patient sur ce **qu'il veut savoir et sur ce qu'il doit savoir**. Il faut ainsi, en premier lieu, lui poser la question de ce qu'il veut savoir, ce qui préservera son droit de ne pas savoir et focalisera l'information sur ses préoccupations réelles. Il faut, ensuite, même s'il ne veut pas savoir, l'informer des risques et pertes de chance qu'il doit connaître pour prendre sa décision.

L'information doit respecter les règles du secret professionnel. Elle est due au soigné (et aux titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs). Seul le patient est à même de diffuser l'information médicale qui le concerne, s'il le souhaite. Il existe des dérogations au secret professionnel et, d'une manière générale, pour les patients en fin d'adolescence ainsi que ceux qui sont en fin de vie. Les mandats en matière de santé (directives anticipées, désignation d'une personne de confiance) doivent être respectés s'ils existent.

3.2-La perception :

La perception de l'information est variable d'une personne à une autre, particulièrement entre les soignants et les soignés du fait de la construction mentale de l'information qui est élaborée à partir de la sensibilité de nos canaux sensoriels, de nos expériences, de notre éducation, de nos représentations et de nos savoirs qui sont inévitablement différents. Ainsi il est aisé de démontrer que la réalité peut être trompeuse comme l'avait signifié René Magritte (1898-1957) avec son célèbre tableau de la pipe. Quelques exemples visuels trompeurs :

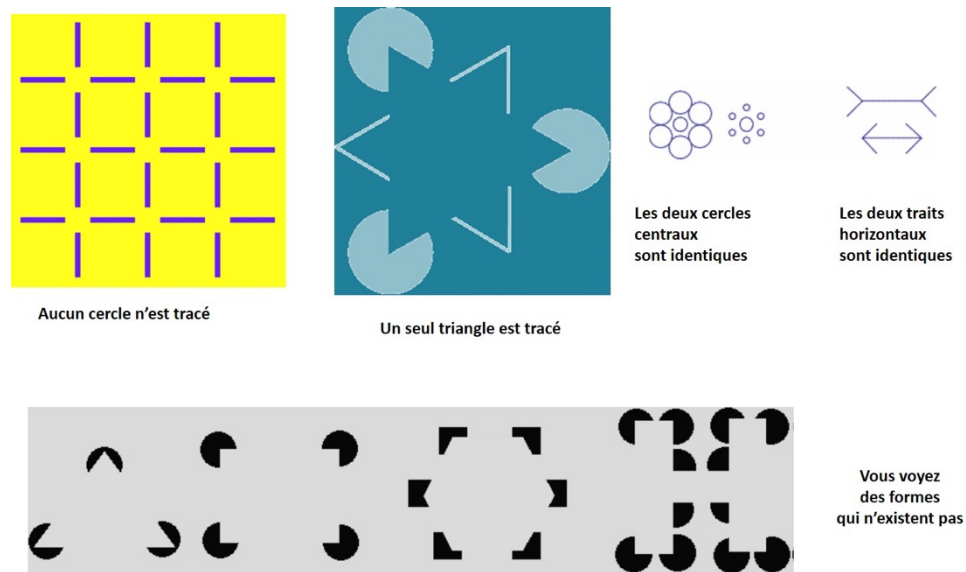


Figure n° 3 : La réalité peut être trompeuse...

Il en est de même pour les autres sens (audition, toucher, odorat, goût) ... C'est cette constatation qui a donné naissance à la théorie des canaux préférentiels (VAKOG pour Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif) et à l'approche de la programmation neurosensorielle (PNL) qui a servi de base à l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing », en français « désensibilisation et retraitement par le mouvement des yeux ») ...

3.3-La mémorisation :

L'information, pour être utile, doit être mémorisée. Un certain nombre de règles de communication interviennent :

La mémorisation passe, en premier lieu, par la mémoire à court terme qui est labile (<1minute) et limitée (depuis les travaux de George Armitage Miller, 1920-2012, il est admis que le chiffre magique de sa capacité est de 7 ± 2 éléments). On sait aussi que l'on retient mieux les premiers éléments (effet de primauté) et les derniers éléments (effet de récence) d'un entretien. Il est donc essentiel de :

- Découper l'information en messages courts et précis ;
- Laisser du temps à l'auditeur pour qu'il intègre les messages (utiliser le silence) ;
- Informer progressivement pour ne pas saturer ;
- Pratiquer la reformulation pour vérifier la compréhension et la mémorisation ;
- Vérifier que le but est atteint en posant, en fin d'entretien, les questions du type : *est-ce que je vous ai tout dit ? avez-vous d'autre points à éclaircir ?...*

Elle passe, ensuite, par la mémorisation à long terme pour laquelle la répétition représente un élément fondamental...

3.3-L'altération :

Tout message lors de sa transmission subit des altérations entre :

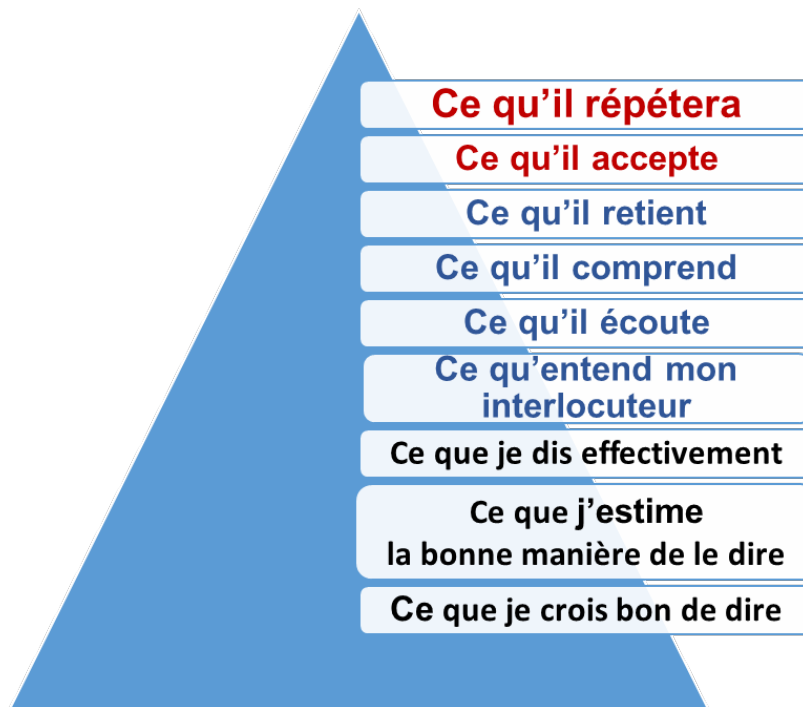


Figure n° 4: *Pyramide d'Harold Jack Leavitt (1922-2007)*

4-Les rôles :

Points forts :

1. La relation de soin en santé est trilogique (soignant/soigné.e/collectivité).
2. Le soignant est celui (celle) qui sait.
3. Le soigné est celui (celle) qui souffre.
4. La collectivité est celui(celle) qui dispose.
5. Le triangle dramatique 'SVP' ou 'victime/persécuteur/sauveur' de Karpman aide à gérer les rôles des acteurs impliqués.
6. Il est important de remettre en ordre le triangle SPV lorsque l'on sent qu'il a tourné.
7. Le soin en santé est régi par trois types de contrats : privé, public ou de recherche.
8. La personne morale qui représente la collectivité est l'État.

La relation de soin en santé n'est plus duelle. Elle est devenue trilogique (soignant-soigné-collectivité) avec de nombreuses interférences qui poussent au pluralisme et rendent de plus en plus difficile le respect du secret professionnel.

Les acteurs de cette trilogie :

4.1-Le « Soignant » : « C'est celui qui sait »

- C'est le médecin impliqué
- Ce sont les auxiliaires médicaux impliqués (équipe de soin)
- Par extension :
 - Le médecin conseil de la l'assurance maladie (Sécurité Sociale)
 - Les médecins spécialistes et consultants impliqués
 - Le médecin du travail impliqué
 - Les personnels des réseaux de soins impliqués

4.2-Le « Soigné » : « C'est celui qui souffre »

- C'est l'utilisateur du système de soin (malade, patient, client, sujet / objet des soins, personne vulnérable...)
- Par extension :
 - Sa « personne de confiance »
 - Son entourage familial direct
- Et de manière indirecte :
 - Son entourage socioprofessionnel
 - Les media...

4.3-La « Collectivité » : « C'est celui qui dispose »

- La personne morale : l'état qui coordonne le collectif de solidarité et de sécurité sanitaire
- La personne physique :
 - En contrat de soin privé : le directeur de la protection sociale

- En contrat de soin public : le directeur de l'institution
- En contrat de recherche : le promoteur

Le triangle « Sauveur-Victime-Persécuteur » (SVP) de Stephen Karpman (élève d'Eric Berne) permet une vision plus schématique qui fixe les rôles respectifs de chacun :

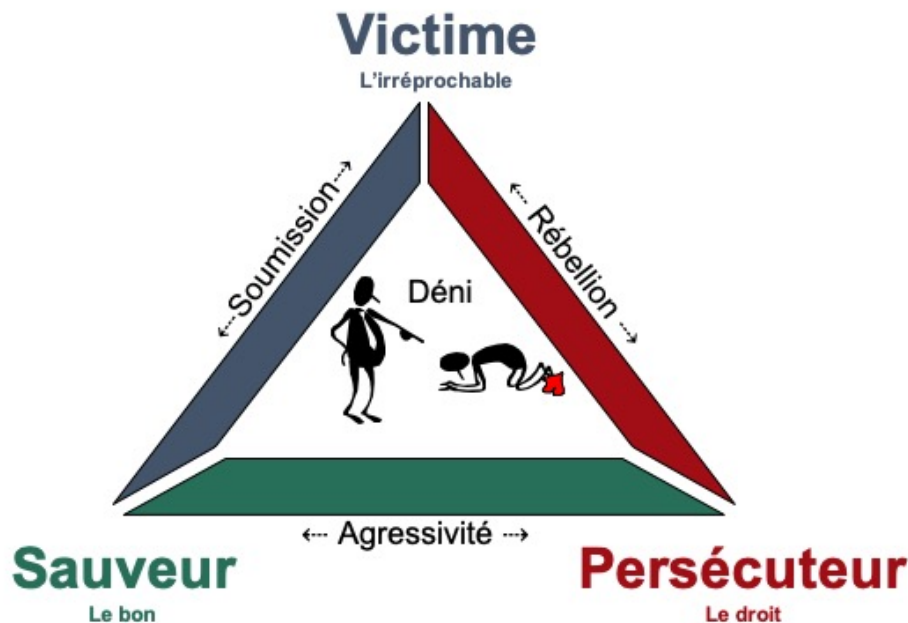


Figure n° 5 : Triangle des échanges d'après S. Karpman (1968).

Normalement, en situation de soin en santé, le soigné est en position de victime, la maladie représente le persécuteur et le soignant devrait être le sauveur.

Il arrive fréquemment que le triangle tourne. Pour éviter ces distorsions, dès qu'elles sont perçues, le rôle du soignant doit être réprécisé immédiatement :

- Si le soigné devient persécuteur, le soignant devient la victime. Dans ce contexte le sauveur risque d'être l'agressivité. Pour l'éviter il est indispensable de répréciser immédiatement les rôles : « *Je suis là pour vous aider et je ne comprends pas votre agressivité* ». Le plus souvent le patient présente alors ses excuses et explique par exemple que c'est la douleur qui le rend agressif. Les rôles sont remis en place, le triangle fonctionnera à nouveau correctement.
- Si le soignant devient le persécuteur, le soigné demeurant la victime, le sauveur risque d'être le recours hiérarchique ou juridique. Là aussi il faut répréciser les rôles : par exemple « *Je sens que je vous agace, mais c'est pour votre bien. Qu'en pensez-vous ?* ». Là aussi, le plus souvent, le patient explique ce qu'il ressent et le triangle se remet correctement en place.

5-La décision médicale de soin :

Points forts :

1. Il existe trois modèles relationnels traditionnels en santé : le paternalisme, l'autonomisme et le collectivisme.
2. Le modèle délibératif fait intervenir un « microconsensus » entre les trois acteurs impliqués dans la relation de soin en santé.
3. Le modèle délibératif est centré sur la réalité clinique.
4. Le modèle délibératif est défini par l'impératif : « Ne fais aux autres que ce que tu t'es engagé à faire pour eux, avec leur accord ».
5. La décision partagée est une obligation (Art. L. 1111-4 Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5)
6. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne.
7. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.
8. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

5.1-Les modèles :

Pendant 2500 ans c'est le modèle paternaliste qui s'est imposé en Europe continentale. Ce modèle, centré sur le soignant, a pour fondement l'altruisme, il fait référence au savoir et répond au principe de bienfaisance. Il a l'inconvénient de ne pas tenir compte des préférences du soigné.

Le modèle autonomiste, à l'opposé, est fondé sur le droit à l'autodétermination, il est donc centré sur le soigné et ses préférences, et fait référence au principe d'autonomie. Il a l'inconvénient de ne pas tenir compte du savoir médical et des nécessités collectives.

Le modèle collectiviste est fondé sur la solidarité, centré sur la société, il répond au principe de justice. Il a l'inconvénient de ne pas tenir compte de l'individu qui s'efface au profit de l'utilité collective.

Le modèle que nous avons dénommé « délibératif » ou du « microconsensus » cherche à s'affranchir des limites des trois modèles traditionnels tout en conservant leurs avantages respectifs. Fondé sur l'accord mutuel librement consenti entre les différents acteurs en cause, il est centré sur la réalité clinique de la situation envisagée, et fait référence au micro-consensus établi entre les acteurs avec l'obligation de respect de la personne et de la solidarité :

Critères	Modèles traditionnels			Modèle délibératif
	Paternalisme	Autonomisme	Collectivisme	
Fondement	Altruisme	Autodétermination	Solidarité	Accord mutuel librement consenti
Centrage	Médecin	Malade	Société	Réalité clinique
Référence	Savoir	Préférence	Utilité	Micro-Consensus
Principe / Valeur	Bienfaisance	Autonomie	Justice	Respect de la personne et solidarité
Impératif	« Ne fais aux autres que ce que tu souhaiterais qu'ils te fassent »	« Ne fais aux autres que ce qu'ils souhaitent qu'on leur fasse »	« Ne fais aux autres que ce qui est bon pour tous »	« Ne fais aux autres que ce que tu t'es engagé à faire pour eux, avec leur accord »
Règles d'action	1 Serment d'Hippocrate	2 Droits de l'Homme	3 Lois et Codes	1 + 2 + 3

Tableau IV : Les modèles relationnels (G. Llorca 2006).

5.2-La décision partagée :

La décision partagée, obligation légale depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, devient une décision trilogique soigné-soignant-collectivité :

Art. L. 1111-4 (Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5) :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions. »

La pratique du modèle délibératif permet, seule, le partage réel de la décision. Pour que le soigné soit à même de décider il faut qu'il soit conscient (dans le cas contraire les mandats en matière de santé, s'ils existent, représenteront une aide précieuse), il faut que la situation ne représente pas un caractère d'urgence (dans ce cas la loi n° 2002-303 ne s'applique pas et c'est le soignant qui décide « en son âme et conscience »), il faut, enfin, qu'il soit correctement informé (et ne refuse pas de l'être). La pratique du modèle délibératif oblige au partage correcte de l'information pour aboutir à l'accord mutuel librement consenti.

Il est reproché à cette pratique d'être longue et de faire perdre du temps. En pratique, l'entraînement à cet exercice permet de l'automatiser et d'obtenir rapidement l'accord des parties.

Cet accord peut être aussi la constatation d'un désaccord persistant et, dans ce cas, le soignant doit informer des risques potentiels et laisser du temps au soigné pour rediscuter du bien-fondé des propositions qui lui sont faites...

6-Le positionnement permanent :

Points forts :

1. La dominance source de conflit à une baisse de la qualité et de la sécurité des soins.
2. La dominance peut être exercée aussi bien par le soignant que par le patient ou son entourage.
3. La dominance peut être évitée en pratiquant la neutralité.
4. L'exclusion du patient engendre mutisme ou agressivité.
5. Le respect est dû aux soignés, à leur entourage, aux autres soignants et aux personnels administratifs et techniques impliqués dans le soin.
6. Le respect conditionne la confiance et l'observance.
7. La dignité représente la valeur intrinsèque de la personne.
8. La dignité impose le respect du consentement, l'interdiction des pratiques discriminatoires et abusives et la non-patrimonialité du corps humain.

Les rôles de chaque acteur étant bien définis, pour aboutir à une décision véritablement partagée il est indispensable de s'assurer et préserver un positionnement de neutralité, c'est-à-dire d'éviter l'installation d'une dominance, d'une exclusion, d'une attitude irrespectueuse, du non-respect de la dignité. C'est ce que l'on peut appeler le « positionnement permanent » pour le différencier des situations momentanées de variation du triangle SVP (positionnement momentané) qui sont aisées à rectifier si l'on apprend à les identifier.

6.1-La dominance :

C'est la capacité d'entraîner et d'influencer les autres, et l'acceptation mutuelle de cette capacité dans la poursuite et l'atteinte d'objectifs partagés au sein d'un groupe.

Les bases possibles de la dominance (leadership) peuvent être :

- Naturelles (un modèle, des valeurs) ;
- La force (la peur) ;
- La connaissance (le savoir, les diplômes) ;
- La légitimité (pouvoir accepté et reconnu, naturel, juridique, hiérarchique) ;
- La compétence (reconnaissance de l'expertise) ;
- La récompense (le feedback positif, mais la manipulation devient possible) ;
- La punition ou correction (dominance démobilisatrice, négative) ;
- La conjoncture (l'utilité)...

La dominance est capitale dans la communication d'équipe de travail (leadership) et représente souvent une source de conflit menant à une baisse de la qualité et de la sécurité des soins.

La dominance peut être exercée aussi bien par le soignant que par le patient ou son entourage. Elle est néfaste car elle est susceptible d'orienter fortement la décision médicale dans un sens l'égarant de la meilleure stratégie souhaitable.

Le soignant doit l'éviter en utilisant la neutralité. Il peut la maîtriser, lorsque qu'il la perçoit chez le patient ou son entourage en redéfinissant clairement les rôles de

chacun. En dehors des actes de maltraitance sur personne vulnérable, il doit la respecter lorsqu'il s'agit du fonctionnement habituel d'un couple ou d'une relation parentale, mais il peut alors la faire comprendre avec tact si elle est en cause dans la demande de soin...

6.2-L'exclusion :

Inverse de la dominance, elle répond, comme elle, à des bases possibles :

- L'éviction ;
- Le mépris ;
- L'asservissement ;
- L'oppression ;
- La maltraitance...

Le sujet exclu répond habituellement par le mutisme ou l'agressivité. Assez fréquente en équipe de soin, elle révèle alors souvent une dominance anormale. L'exclusion est également fréquente envers les soignés du fait de la technicité croissante des soins et de la pratique abusive des modèles paternaliste et collectiviste (dialogue « scientifique et technique » entre soignants, non-respect de l'opinion du soigné, adolescent non pris en compte...).

L'exclusion d'un tiers (conjoint, famille proche, accompagnant aidant...) est pratiquement toujours mal ressentie, mais il convient de veiller à ce que leur participation ne s'oppose pas à la pratique du secret professionnel...

6.3-Le respect :

« Sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération admirative, en raison de la valeur qu'on lui reconnaît, et à se conduire envers lui avec réserve et retenue » (Robert).

« Chez Kant, sentiment moral spécifique, distinct de la crainte, de l'inclination et des autres sentiments, qui ne provient pas comme eux de la sensibilité mais qui est un produit de la raison pratique et de la conscience de la nécessité qu'impose la loi morale

Le respect est différent de la tolérance qui, elle, n'est pas incompatible avec le mépris. » (CNRTL).

« Agis de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans toute autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen ». (Impératif catégorique d'Emmanuel Kant, 1724-1804, in Fondements de la métaphysique des mœurs, 1785)

En santé, le respect est dû aux soignés, à leur entourage, aux autres soignants et aux personnels administratifs et techniques impliqués dans le soin.

Il s'exprime par l'empathie et l'écoute active qui témoignent de l'intérêt porté à l'autre. Ne pas tenir compte de l'autre représente la manifestation la plus fréquente du manque de respect.

Le respect conditionne la confiance et l'observance.

6.4-La dignité :

Elle se lit dans le regard de l'autre !

Dignité, le respect des personnes : l'exigence du consentement éclairé, la protection de la confidentialité des patients et la nécessité d'éviter des discriminations et des pratiques abusives en représentent la base.

Ce concept est parfois remis en question : dans un article publié en décembre 2003 dans le *British Medical Journal*, la bioéthicienne américaine Ruth Macklin qualifiait la dignité humaine de « concept inutile » !

Mais ce concept contient l'exigence du consentement des patients aux traitements, l'interdiction des pratiques discriminatoires et abusives à leur égard (mentales, religieuses, sociales, ethniques), ou le principe de non patrimonialité du corps humain... C'est précisément parce que la personne a une valeur intrinsèque : la dignité. L'idée de dignité est donc préalable à celle de respect et vise à répondre à la question « pourquoi doit-on respecter les personnes ?

Exemples fréquents de non-respect : ignorer le patient qui arrive en hospitalisation, l'ignorer lors de visites médicales dans sa chambre, le laisser découvert aux regards, ne pas l'entendre, ne pas lui donner d'explication ou d'information, l'examiner brutalement, décider sans son accord...

7-La relation de confiance :

Points forts :

1. La confiance est essentielle dans le domaine de la santé, elle est liée à la souffrance qui oblige à appeler la grâce de l'autre pour nous aider.
2. La confiance est indissociable de la confiance, et intimement attachée au secret professionnel (codes pénal, civil, santé publique, de déontologie...).
3. Le climat de confiance s'établit sur la coïncidence des « images » respectives.
4. Elle se manifeste par le sourire, le regard, la valorisation...
5. La confiance se mérite, peut se gagner avec le temps, peut se perdre en un instant.
6. Elle nécessite d'être : disponible, empathique, constructif, informatif...
7. Pour la maintenir, le soignant doit demeurer dans son rôle d'aide à la décision difficile et assurer la continuité des soins.
8. Mieux vaut dire « je ne sais pas » que « ça va aller », d'autant que le non verbal risque alors de trahir...

7.1-La confiance :

La confiance est le sentiment qui nous porte à nous fier à une réalité incertaine.

La confiance est aussi une croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence (CNRTL).

La confiance peut être regardée comme « un état psychologique se caractérisant par la résolution d'accepter la vulnérabilité sur la base de croyances optimistes sur les intentions verbalisées ou déduites du comportement d'autrui ».

Essentielle dans le domaine de la santé, elle est liée à la souffrance qui oblige à appeler la grâce de l'autre pour nous aider. Indissociable de la confiance, elle est intimement attachée au secret professionnel : « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* », déclarait le Professeur Louis Portes, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins, à l'académie des sciences morales et politiques le 5 juin 1950.

Le secret professionnel est défini par les articles suivants :

Article 226-13 et 226-14 du code pénal

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende ».

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une ».

L'ARTICLE 9 du code civil

« Chacun a droit au respect de sa vie privée. Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée : ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé. »

ARTICLE R.4127-4 du code de la santé publique

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Elle répond à un certain nombre de critères :

Les « images » mentales échangées au premier contact :

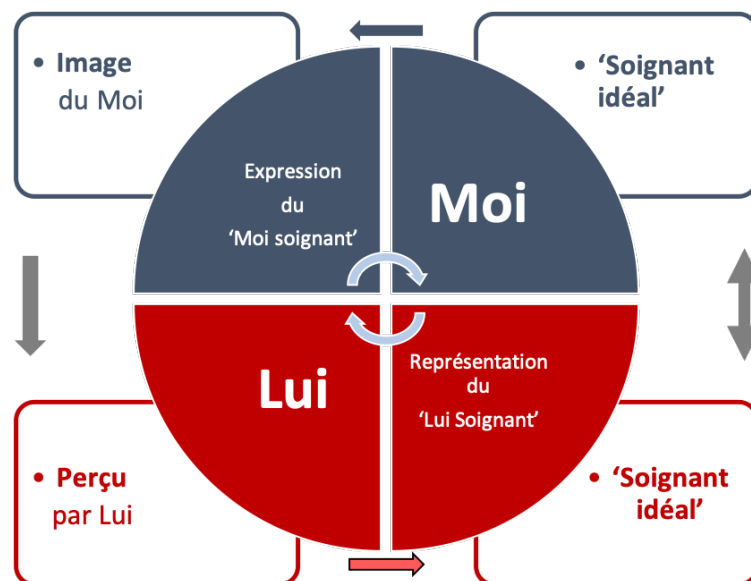


Figure n° 6 : Schématisation de la création du climat de confiance (selon G. Llorca).

Lorsque l'image du soignant idéal affichée par le soignant coïncide avec la représentation que s'en fait le patient la confiance peut rapidement s'établir.

La confiance s'établit aussi sur des critères qualitatifs que recherche le soigné :

Pour le patient, le « bon soignant », doit :

1. Écouter, comprendre, expliquer... (**Communication**)
2. Être là quand il faut ! c'est la continuité des soins. (**Organisation**)
3. Assumer ses engagements et responsabilités. (**Éthique**)



Figure n° 7 : Schématisation de la place de la confiance (G. Llorca 2020).

Des critères techniques existent aussi et sont mis en cause souvent secondairement, en cas de doute, ou si les critères du « bon soignant » ne sont pas retrouvés. Le soignant techniquement compétent (critères institutionnels) est :

1. Capable de prendre en charge correctement les situations cliniques les plus fréquentes ;
2. Susceptible d'exercer en tenant compte de l'environnement scientifique, technique, économique et socioculturel ;
3. Apte à orienter correctement les patients en situation critique ou complexe ;
4. Soucieux d'actualiser ses connaissances.

Intention	Action
Manifester de la sympathie	<i>Sourire, regarder, valoriser...</i>
Être disponible	<i>Se vider l'esprit, être attentif (écoute active)...</i>
Être empathique	<i>Pourquoi l'autre dit ou fait cela ?</i>
Être constructif	<i>Rechercher des actions concrètes en vue d'un progrès...</i>
Être informatif	<i>Information, connaissances, expérience...</i>
Faire coïncider les 'images'	<i>Rester dans son rôle...</i>

Tableau V : Instauration d'un climat de confiance.

7.2-Faut-il toujours rassurer ? :

Né d'un besoin de bienfaisance et d'un désir de ne pas frustrer, rassurer est une tendance communément retrouvée chez les soignants. Cette tendance n'est pas obligatoirement bonne car elle peut se retourner contre l'intérêt du patient et, si elle s'avère ne pas correspondre à l'évolution réelle, se retourner aussi contre le soignant qui sera qualifié d'incompétent ou de menteur.

Il faut donc demeurer dans son rôle qui n'est pas de protéger les patients de tout traumatisme psychologique, mais de les aider dans leurs prises de décisions difficiles.

Mieux vaut dire « je ne sais pas » que « ça va aller », d'autant que le non verbal risque alors de trahir...

8-Gestion des bouleversements :

Points forts :

1. Les soignants ont la lourde tâche constante de gérer leurs émotions et sentiments ainsi que ceux des patients dont ils ont la charge.
2. La limite entre la contagion affective et l'insensibilité est étroite.
3. Quand un besoin n'est pas satisfait, la personne devient frustrée.
4. La frustration conduit souvent à la crise.
5. Le soignant doit apprendre à dire « non » lorsque c'est nécessaire.
6. Le conflit fait partie de la communication. Il représente la reconnaissance de l'autre et l'affirmation de soi.
7. Le conflit peut être bénéfique s'il pousse à résoudre des problèmes ou à améliorer des situations problématiques. Il est négatif s'il mène à la violence et au blocage.
8. Dans la pratique de la décision partagée, l'accord peut être la reconnaissance d'un désaccord persistant accepté par les différents acteurs en cause.

Les soignants ont la lourde tâche constante de gérer leurs émotions et sentiments ainsi que ceux des patients dont ils ont la charge. S'ils les laissent envahir ont va dire qu'ils sont peu expérimentés et cèdent à la contagion affective, s'ils les maîtrisent trop on va penser qu'ils sont insensibles, voire inhumains ! La juste mesure peut être difficile à trouver si l'on est en permanence dans le contrôle, mais se préparer à gérer les émotions permet d'être nettement plus professionnel.

8.1-Les émotions :

Elles sont définies comme la conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur (CNRTL).

On peut distinguer :

Les émotions universelles : joie, surprise, colère, dégoût, peur et tristesse sont symétriques, le mépris serait la seule micro-expression asymétrique fondamentale pour P. Ekman.

Les émotions instantanées : acceptation ou apathie, amour, aversion, courage, culpabilité, découragement, désespoir, désir, embarras, espérance (ou confiance), espoir, excitation, haine, honte, intérêt, respect, surprise, tristesse.

Si les émotions sont une pure réaction physiologique, les sentiments, eux, sont une construction mentale, une faculté de sentir, de comprendre ou d'apprécier un certain ordre de choses, de valeurs (CNRTL). Il s'agit d'un état affectif d'ordre psychologique, même si un sentiment peut être le prolongement d'une émotion (par exemple : l'angoisse par rapport à la peur, la déception par rapport à la tristesse...).

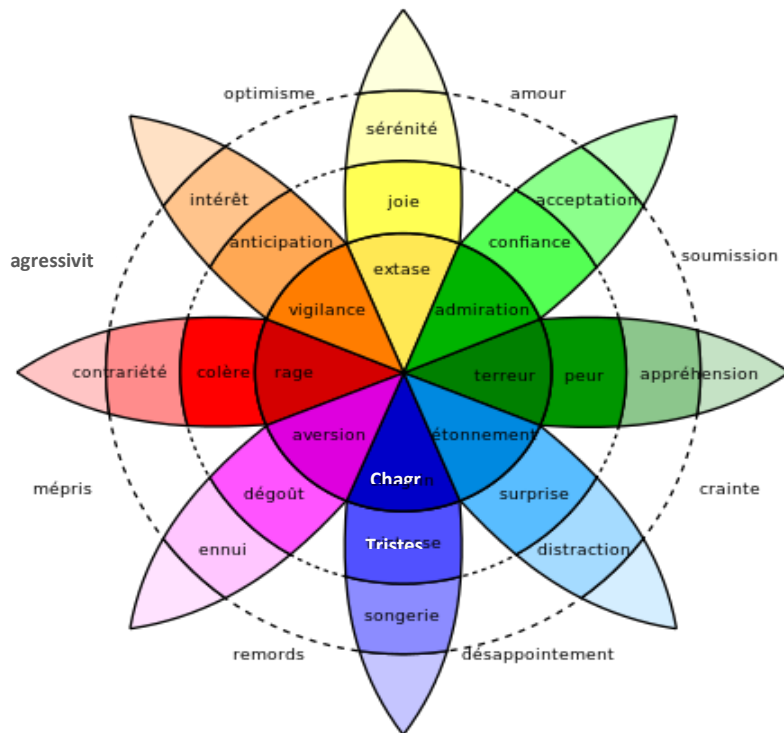


Figure n° 8 : Roue des émotions de Robert Plutchik (1927-2006).

Le sentiment est la composante de l'émotion qui implique les fonctions cognitives de l'organisme, la manière d'apprécier. Le sentiment est à l'origine d'une connaissance immédiate ou d'une simple impression. Il renvoie à la perception de l'état physiologique du moment. Le sens psychologique de sentiment qui comprend un état affectif est à distinguer du sens propre de la sensibilité.

Ces distinctions sont théoriques car on peut aussi envisager les émotions comme des états de conscience complexe, généralement brusques et momentanés, accompagnés de troubles physiologiques, et les sentiments comme des états affectifs complexes, assez stables et durables, liés à des représentations. C'est donc le plus souvent des émotions qui perturbent la communication soignant-soigné, mais des sentiments peuvent aussi interférer, particulièrement lorsque cette communication est répétée comme dans le cas du suivi des affections chroniques.

"Tout le monde se met en colère, c'est facile ; mais se mettre en colère avec la bonne personne, avec la bonne intensité, au bon moment, pour la bonne raison, d'une bonne manière, tout le monde n'en a pas la capacité, ce n'est pas facile"
(Aristote, -384 av. J.C. -322 av. J.C., Éthique à Nicomaque).

8.2-L'agressivité :

Quand un besoin n'est pas satisfait, la personne devient frustrée.

Principaux besoins humains qui génèrent de l'agressivité lorsqu'ils ne sont pas satisfaits :

1. Besoin de territoire : besoin d'espace vital, d'intimité.
2. Besoin de communiquer : façon de parler, ton de la voix, attitudes ... peut provoquer des tensions et des réactions agressives.
3. Besoin de dignité / d'estime de soi : besoin d'être respecté par les autres.
4. Besoin de sécurité : besoin de se sentir protégé et de protéger ceux qu'on aime.
5. Besoin d'autonomie : besoin de prendre ses propres décisions et d'avoir le contrôle sur sa vie.
6. Besoin d'avoir le temps nécessaire : besoin d'évoluer à son propre rythme, sans être ni bousculé, ni pressé par les autres.
7. Besoin d'identité : besoin de conserver ses liens (on ne le compare pas à quelqu'un d'autre).
8. Besoin de confort : besoin d'être libre de douleur physique ou émotionnelle.
9. Besoin de compréhension : besoin d'être informé de façon adéquate, d'être reconnu.
10. Besoin de propriété : besoin de conserver ses biens.

La frustration conduit souvent à la crise qui, elle, se développe de la manière suivante :

Phase 0 => comportement normal ou contrôlé = comportement de base

Phase 1 => danger de perte de contrôle = phase de réaction (ou d'activation)

Phase 2 => perte de contrôle = phase d'escalade (refus, panique, intimidation)

Phase 3 => acting-out ou chaos = phase de crise (passage à l'acte)

Phase 4 => relâchement = phase de retour au calme (récupération puis stabilisation)

Phase 0 => retour à un comportement normal = phase de post-crise

Attitude à adopter pour éviter la crise :

❶ Assurance :

- Se présenter, voix calme, ton neutre
- Faire résumer la situation
- Pas d'escalade verbale

❷ Baisse de la charge émotionnelle :

- Écoute active
- Prise en compte de l'autre (« *je comprends, à votre place...* »)
- Présence d'un tiers soignant-témoin si possible

❸ Contenance :

- Supporter sans s'identifier, sans montrer de la peur
- Pas de contact physique (élargir la bulle)

❹ Frustration :

- Rappeler les attributs de son rôle (triangle VPS)
- Réponses fermes mais dans son rôle

❺ Sortie de crise :

- Pas de risque de « perte de la face »
- Résumer l'accord
- En cas d'échec avéré : recours à la force institutionnelle ou légitime

Apprendre à dire « NON » :

C'est difficile dans une relation de soin en santé ! Des méthodes peuvent aider :

- Méthode de l'édredon
Il s'agit de prendre acte des propos de l'autre sans émettre d'avis personnel, sans entrer dans le fond du débat, mais sans abandonner sa position.
- Méthode du disque rayé
La méthode du disque rayé permet d'oser dire non à certaines sollicitations : faire décrire de problème, l'analyser en écoute active, dire non en argumentant, proposer des solutions de rechange, répéter les faits et le non...
- Méthode DESC (décrire, exprimer son sentiment, suggérer des solutions, aborder les conséquences positives).
- Méthode sandwich
Pour faire passer un message difficile, essayer de faire passer un message « négatif » entre 2 messages « positifs » ...

8.3-Les conflits :

Le conflit fait partie de la communication. Il représente la reconnaissance de l'autre et l'affirmation de soi. Il peut être bénéfique s'il pousse à résoudre des problèmes ou à améliorer des situations problématiques. Il est négatif s'il mène à la violence et au blocage. Il est souvent lié à la frustration et aux émotions :

Les conflits qui affectent le domaine de la santé peuvent être liés aux soignants, aux soignés ou à l'institution :

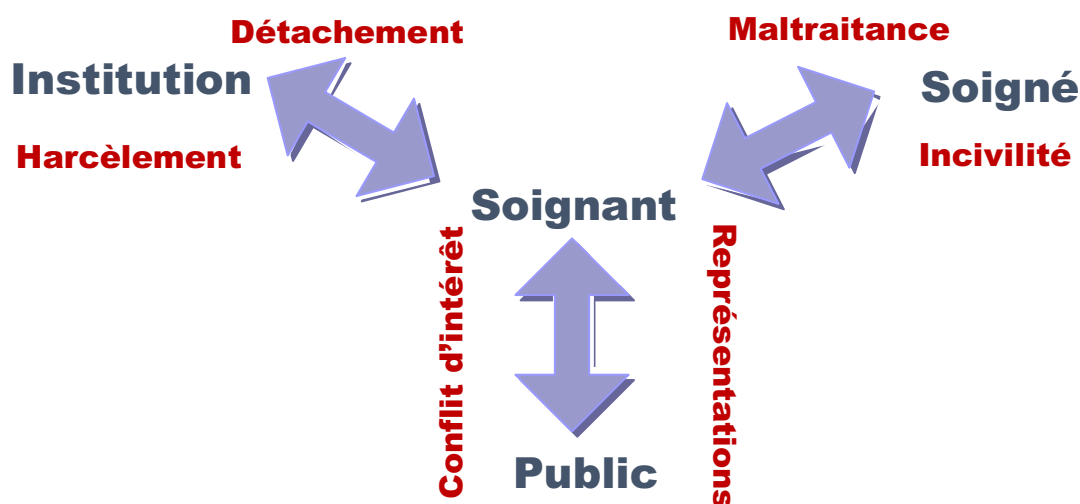


Figure n°8 : Principales causes de conflits dans la relation de soin en santé.

Le règlement d'un conflit peut se faire de plusieurs manières :

Type	Mode	Stratégie	Résultat
1	Règlement partiel	Prendre parti, Juger	1 gagnant et 1 perdant
2	Règlement par compromis	Couper la poire en deux	2 "demi-gagnants"
3	Règlement basé sur la complémentarité	Rechercher les besoins spécifiques de chacun	2 gagnants
4	Règlement basé sur la créativité	Rechercher ensemble des ressources complémentaires	2 "super-gagnants"

Tableau VI : *Différents types de règlements d'un conflit.*

Ainsi, dans la pratique de la décision partagée, l'accord peut être la reconnaissance d'un désaccord persistant accepté par les différents acteurs en cause. Il est bien entendu préférable que l'accord réponde aux types 3 ou 4 de règlements de conflits.

9-Les Conditions particulières :

Points forts :

1. La qualité de communication en équipe de travail repose sur la communication des informations et la coordination de l'action.
2. La relation individuelle de soin doit d'adapter au type d'interlocuteur (âge, type d'affection, fin de vie, entourage du patient...)
3. La rédaction des ordonnances, certificats et fiches informatives revêt une importance capitale.
4. Il faut s'interdire à l'écrit d'utiliser les abréviations et acronymes.
5. Les contenus informatifs doivent être simples et se résumer aux messages informatifs.
6. Les dossiers médicaux représentent l'élément clé pour assurer la continuité des soins.
7. Le schéma peut servir un message informatif mais mieux vaut une explication claire qu'une image incomprise.
8. L'accueil téléphonique est capital pour permettre de cerner la demande de soin et de l'adapter au mieux des possibilités des soignants.
9. Il faut éviter de réaliser des annonces de mauvaises nouvelles par téléphone.
10. La communication par Internet engage la responsabilité du soignant.

9.1-Communication selon le type d'interlocuteur :

Lors du travail en équipe le comportement relationnel est orienté vers l'action dont la qualité dépend du travail de chacun et, partant, de la manière dont chaque membre de l'équipe communique et coopère avec les autres membres et avec le patient s'il est conscient. La coordination représente le troisième critère de qualité puisqu'elle gère la cohérence de l'équipe. Le « leadership » en tant que direction est capital, particulièrement lorsqu'il est susceptible de varier au cours de l'acte comme en chirurgie, en obstétrique, en urgence...

Critères	Relation de soin 'en équipe'	Relation de soin 'individuelle'
Centrage	Équipe	Soignant
Responsabilité	Partagée	Individuelle
Représentations	Identiques	Différentes
Référentiel	Protocolaire	Consensuel
Analyse / Évaluation	<i>Action</i> (Communication, Coopération, Coordination)	<i>Accord</i> (Qualité de la DMP)

Tableau VII : Approche des différents types de relations de soin théoriques en fonction des critères discriminants.

La communication avec les autres professionnels de santé est simple car il s'agit d'une communication professionnelle qui doit respecter les règles de la déontologie médicale.

En dehors du travail en équipe, le soignant est souvent appelé à communiquer avec l'entourage des patients (familles, amis, aidants, personne de confiance...). Cette communication, soumise au secret professionnel, doit être conforme à La loi

du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui précise que : « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ...* » (article L1110-4 alinéa 1 du Code de la santé publique). Cependant des dérogations existent selon l'âge, la sévérité de l'affection prise en charge, l'état de conscience du patient, la fin de vie...

Ainsi, le code de déontologie médicale indique pour les médecins en ce qui concerne l'information médicale: « ... Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite » (article 35, R.4127-35 du Code de la santé publique) ;

L'article R. 1112-45 du Code de la santé publique permet au médecin, et à lui seul, de donner à la famille des indications d'ordre médical telles que le diagnostic ou l'évolution de la maladie, à la condition que le patient ne s'y soit pas opposé...

9.2-Communication selon le support :

9.2.1-Communication par le papier :

Cette technique est peu développée dans le domaine de la santé en dehors de circonstances précises, le métier de soignant utilisant essentiellement la communication verbale. Elle utilise l'écrit et l'image.

-L'écrit : la rédaction des ordonnances, certificats et fiches informatives revêt une importance capitale. Elle doit être minutieuse, précise, claire et validée par un référentiel pour les ordonnances et certificats, par un test de compréhension sur un petit échantillon pour les fiches informatives (cf. UNAPEI. L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre, 2009).

Il faut s'interdire d'utiliser les abréviations et acronymes. Les contenus informatifs doivent être simples et se résumer aux messages informatifs. Les courriers destinés aux patients, comme ceux destinés aux professionnels de santé impliqués, doivent être également rédigés avec le plus grand soin de minutie, précision et clarté en évitant au maximum, là aussi, les abréviations et acronymes. Ces pièces, il faut le savoir, serviront souvent de guide et figureront au dossier médical en cas de litige.

Les dossiers médicaux sont, bien entendu, d'une importance capitale. Ils doivent représenter l'élément clé pour assurer la continuité des soins. Ils doivent être intelligibles par tous les professionnels impliqués. Ils doivent être protégés pour assurer le respect du secret professionnel, quel que soit leur support. Ils ne doivent contenir que les informations médicales et techniques indispensables. Ils serviront, aussi, en cas de litiges à prouver la bonne foi des soignants.

-L'image : le schéma peut servir un message informatif. Cherchant à expliquer et faire comprendre, le schéma doit être simple et explicatif, c'est-à-dire qu'il doit servir d'explication simplifiée au discours et centré sur la compréhension du patient. Il mérite un entraînement et un test de compréhension préalable pour éviter le schéma anatomique ou physiologique surgit des profondeurs de la mémoire du soignant.

Il en est de même du dessin, de la photographie ou du document visuel d'un examen complémentaire (du type radiographie, scanner 2D ou IRM) qui nécessitent une explication préalable sur l'orientation de l'image et son processus d'élaboration. Les données issues de l'échographie, de l'ostéodensitométrie ou de la scintigraphie ne sont comprises qu'après des explications techniques précises. A noter que l'imagerie 3D est de plus en plus accessible à une compréhension spontanée (particulièrement l'échographie fœtale ou le scanner osseux ou neurologique).

9.2.2-Communication par le téléphone :

Ce type de communication est, à l'inverse de l'écrit, très utilisé dans le monde de la santé. Il est très utile à la prise de rendez-vous, aux convocations, à l'information de soignants complémentaires, au suivi des patients...

L'envoi de SMS de confirmation de rendez-vous se développe de plus en plus et représente certainement un plus.

L'accueil téléphonique est capital pour permettre de cerner la demande de soin et de l'adapter au mieux des possibilités des soignants. A cet égard le rôle des secrétaires représente une humanisation manifeste lorsqu'elles travaillent en équipe avec les soignants et qu'elles connaissent les patients, les situations d'urgence et les disponibilités de leur équipe. Les secrétariats groupés qui se répandent de plus en plus représentent une solution pratique mais moins humanisée...

Toutefois, réduisant la communication au verbal et à sa phonétique, il est limité et ne permet pas de s'assurer de la compréhension ni d'évaluer correctement les émotions de l'interlocuteur qui est au bout du fil.

Il faut donc éviter de réaliser d'annonces de mauvaises nouvelles par téléphone (sauf dans des cas exceptionnels liés à une trop grande distance ou au caractère attendu et préparé de longue date de l'annonce).

9.2.3-Communication par l'Internet :

Elle se développe de plus en plus (3 milliards d'humains sont actuellement connectés) et semble maintenant irréversible. Si elle a de nombreux avantages évidents, elle a aussi des limites et inconvénients variés qui engagent la responsabilité des soignants:

- Elle protège moins bien le secret professionnel ;
- Elle est moins nuancée que l'entrevue ;
- Elle est responsable d'un surcroit de travail ;
- Elle est vectrice d'informations de qualité très variées, parfois totalement fausses ;
- Elle peut faire croire à un savoir absolu et mène à des comparaisons dont les critères sont très éloignés de ceux qui président aux décisions en santé ;
- Elle déshumanise le premier contact et la prise de rendez-vous ;
- Elle ne saurait remplacer une vraie consultation...

Cette dernière décennie a vu se développer la téléconsultation dans le cadre de la télémédecine, et particulièrement pendant la crise sanitaire liée à la COVID-19. Ce mode de consultation possède indéniablement de nombreux avantages mais modifie aussi profondément la relation de soin qui se déroule à distance et à travers des écrans.

La communication par Internet se développe dans le domaine de la santé mais elle doit poursuivre son analyse pour que sa juste place soit mieux définie.

10-Les représentations socio-culturelles en santé :

Points forts :

1. Analyser les représentations sociales est indispensable pour :
 - Mettre en congruence les répertoires sémantiques ;
 - Évaluer ce que l'autre sait ;
 - Savoir à qui l'on s'adresse ;
 - Comprendre et anticiper les comportements ;
 - Favoriser l'écoute active et l'empathie ;
 - Optimiser l'information, la décision et l'observance.
2. Principales représentations sociales à analyser en santé :
 - L'existence : comment voit-on la vie ?
 - La personne : comment voit-on le patient ?
 - Le contexte : comment voit-on la santé ?
 - Le bien-être : comment voit-on la maladie ?
 - Les ressources : comment voit-on la médecine ?

10.1-De quoi s'agit-il ?

Représentation, croyance, connaissance, savoir, image sont-ils synonymes et identiques pour tous ?

A la suite de la création de la sociologie par Auguste Comte (1798-1857), Emile Durkheim (1858-1917) et Marcel Mauss (1872-1950), l'école française de sociologie, particulièrement Serge Moscovici (1925-2014), Jean-Claude Abric (1941-2012) et Denise Jodelet (actuellement Directeur d'Etudes retraitée à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) a fait progresser le concept de représentation sociale :

- Pour Jean-Claude Abric (1941-2012) : la représentation sociale constitue « *un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation. Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu) par le système social et idéologique dans lequel il est inséré et par la nature des liens que le sujet entretient avec le système social* ».
- Il s'agit donc des constructions cognitives de soi, des institutions, de la société, de l'environnement, qui portent sur les relations interpersonnelles. Faisant appel à l'imaginaire, elles sont différentes des idéologies et, permettant de communiquer et de comprendre l'autre, elles sont indispensables à la relation humaine.
- Elles ont 4 fonctions :
 - Elles représentent une forme de savoir.
 - Elles renforcent l'identité (de groupe et/ou d'individu).
 - Elles orientent les comportements.
 - Elles justifient les attitudes.
- Théories du savoir commun et sciences populaires qui diffusent dans une société, elles sont une familiarisation avec l'étrange alors que la science rend

étrange le familier ! Elles comportent un noyau stable régulier et des éléments périphériques (Moscovici et Abric 2003) :

SYSTEME CENTRAL	SYSTEME PERIPHERIQUE
Lié à la mémoire collective et à l'histoire du Groupe.	Permet l'intégration des expériences et histoires individuelles.
Consensuel ⇒ définit l'homogénéité du groupe.	Supporte l'hétérogénéité du groupe.
Stable ; Cohérent ; Rigide.	Instable ; Souple ; Supporte des contradictions ;
Résiste au changement.	Évolutif.
Peu sensible au contexte immédiat.	Sensible au contexte immédiat.
Fonctions : <ul style="list-style-type: none"> • Génère la signification de la représentation • Détermine son organisation 	Fonctions : <ul style="list-style-type: none"> • Permet l'adaptation à la réalité concrète • Permet la différenciation du contenu • Protège le système central

Tableau VIII : Organisation des représentations sociales (selon J.-C. Abric).

Pourquoi les explorer ?

- Pour mettre en congruence les répertoires sémantiques.
- Pour évaluer ce que l'autre sait.
- Pour savoir à qui l'on s'adresse.
- Pour comprendre et anticiper les comportements.
- Pour favoriser l'écoute active et l'empathie.
- Pour optimiser l'information, la décision et l'observance.

10.2- Principales représentations sociales à analyser en santé :

Quelles représentations explorer ? Liste des principales représentations du domaine de la santé (pour faciliter la réflexion) :

- L'existence : *comment voit-on la vie ?*
 - 1-Début de la vie : grossesse et naissance
 - 2-Espérance de vie, longévité
 - 3-Qualité de vie (reliée à la santé)
 - 4-Potentiel de santé
 - 5-Sexualité et reproduction
 - 6-Vieillesse
 - 7-Mort, attendue/inopinée, naturelle/indue, normale/injuste
- La personne : *comment voit-on le patient ?*
 - 8-Antécédents personnels et familiaux
 - 9-Corps, apparence physique, vêtue, mode, codes sociaux
 - 10-Environnement familial, professionnel, géographique
 - 11-Alimentation, activité physique, sport, loisirs
 - 12-Qualité et sécurité des soins
 - 13-Temps et durée
 - 14-Travail et pénibilité
- Le contexte : *comment voit-on la santé ?*

- 15-Art médical versus science médicale
 - 16-Croyances, média et santé
 - 17-Education à la santé
 - 18-Niveau socioculturel (normes)
 - 19-Réussite sociale et personnelle (normes)
 - 20-Décision et conflit en santé
 - 21-Risque en santé
- Le bien-être : *comment voit-on la maladie ?*
- 22-Diagnostic organique/mental, étiologie, évolution, pronostic
 - 23-Santé, « le normal », le handicap
 - 24-Dépendance (physique / psychique / morale)
 - 25-Douleur et souffrance
 - 26-Guérison, stabilisation, rémission, échec thérapeutique
 - 27-Urgence vitale, psychologique
 - 28-Vulnérabilité, dignité
- Les ressources : *comment voit-on la médecine ?*
- 29-Science, EBM et niveaux de preuve, références, technophilie/technophobie
 - 30-Compétence, erreur, faute, confiance, responsabilité
 - 31-Médecine préventive, prédictive, curative, palliative, alternative, de complaisance...
 - 32-Traitement, soin, médicament, bénéfique, perte de chance, risque inutile
 - 33-Personnels soignant
 - 34-Etablissements de soin
 - 35-Sécurité sociale, assurances maladie

10.3-Exemples :

La guérison :

« L'important n'est pas de guérir mais de vivre avec ses maux » (Albert Camus. 1913-1960)

« ...guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes ... » (Georges Canguilhem. 1904-1995)

La représentation du temps :

« Je tue le temps et réciproquement, on est quitte ! » (Anonyme)

« Ma mission est de tuer le temps et la sienne de me tuer à son tour. On est tout à fait à l'aise entre assassins » (Emil Cioran. 1911-1995)

Le temps en santé :

Le temps représente une notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements (situer une histoire dans le temps). Mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres (Vous oublierez avec le temps !).

Le temps est une notion qui rend compte du changement dans le monde. Le questionnement sur sa « nature intime » : propriété fondamentale de l'Univers, ou plus simplement produit de l'observation intellectuelle et de la perception humaine ?

Depuis 1967 (conférence générale des poids et mesures), la seconde est définie à partir d'un phénomène physique qui est à la base du concept d'horloge atomique: le temps nécessaire à un rayon lumineux bien accordé pour effectuer 9 192 631 770 oscillations. Ce rayon lumineux bien accordé servant à définir la seconde est celui dont la fréquence provoque une excitation bien déterminée d'un atome de césium-133 (transition entre les deux niveaux hyperfins de l'état de base de cet atome). Ceci signifie qu'en une seconde, il y a 9 192 631 770 périodes de ce « pendule » atomique ou horloge atomique dont la fréquence d'horloge est proche des 10 gigahertz.

La plupart des horloges modernes, (montres, ordinateurs, etc.), utilisent des cristaux de quartz ayant une fréquence d'oscillation stable pour définir leur base de temps. La fréquence employée est quasi exclusivement 32 768 Hz.

Dans le domaine de la santé le temps représente une variable primordiale car il intervient de manière différente pour les soignants et pour les soignés qui en ont des représentations très différentes. L'âge, au plan social, est même souvent assimilé à une maladie avec ses « traitements anti-âge » !

Pour les soignants :

La charge de travail qu'ils assument les oblige, sans cesse, à courir après le temps qui passe trop vite pour eux. Ce manque de temps, retrouvé dans toutes les études consacrées aux conditions de travail de leurs professions, est un facteur de stress manifeste et conduit souvent à une dégradation de la qualité des soins. Ce phénomène est aggravé par leur souci de bienfaisance qui les conduit à ne pas savoir dire non et, de ce fait, à accentuer ce manque de temps...

Leur représentation du temps est linéaire et guidée par la pression des tâches qui restent à faire. Cette pression est d'autant plus forte que leur profil est souvent monochrome (c'est-à-dire qu'ils préfèrent ne faire qu'une chose correctement à la fois par opposition aux polychrones !).

La solution majeure réside dans l'organisation du travail :

Il faut évaluer le temps de chaque action à conduire (consultation, soin courant, tâches administratives).

Il faut ajouter à cette évaluation le temps de la relation humaine.

Pour assurer la continuité des soins il faut planifier suffisamment à l'avance les périodes et désigner les personnels qui vont assurer cette continuité.

Il faut en avertir les patients pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté et que cette continuité des soins soit opérée dans les meilleures conditions.

En pratique cette vision est tout à fait théorique car elle est souvent mise à mal par l'urgence inopinée, la complexité d'une tâche qui devait être simple, la fatigue... L'âge peut aider, par l'expérience, à mieux appréhender et résoudre ces difficultés quotidiennes...

Pour le soignant, la représentation du temps en santé est aussi fortement liée à l'évolution des affections qu'il prend en charge. La médecine a cherché à définir, en fonction des évolutions, le temps 'aigu' et le temps 'chronique' de manière arbitraire par la règle des 3 mois. Cette représentation est encore modifiée par la notion d'urgence qui s'évalue en minutes ou en heures, et par la vision pronostique qui s'évalue en mois ou en années...

Le temps du soignant est plus une estimation d'un pronostic dans des conditions d'incertitude.

Pour les patients :

Leur représentation du temps est individuelle et fortement liée à leurs problèmes de santé :

L'âge intervient directement et la représentation du temps se modifie invariablement tout au long de la vie. La perception du temps d'un enfant est différente de celle d'un adolescent, d'un adulte dynamique ou d'une personne âgée. Cette représentation est évidente avec les personnes âgées qui mettent souvent beaucoup plus de temps à se déshabiller et, de fait, sont souvent peu ou mal examinées...

L'activité intervient également et la représentation du temps d'un adulte actif est sensiblement différente de celle d'un adulte inactif.

La culture est aussi un élément de variation de cette représentation : le temps peut être appréhendé comme linéaire ou circulaire, voire même comme une spirale puisque, s'il existe des cycles, nous ne revenons jamais en arrière. Cette représentation conditionne fortement le temps qu'il nous reste, donc les décisions médicales, en termes de 'capital-temps' (« ***Je tue le temps et réciproquement, on est quitte !*** »).

Pour les patients, le temps de l'attente est toujours trop long. L'attente en service d'urgence, l'attente d'un résultat d'examen complémentaire, l'attente d'un rendez-vous de consultation ou d'intervention chirurgicale... est toujours vécu comme trop long ! Cette représentation ne peut être atténuée que par l'information précise sur les délais d'attente et leur adaptation à la gravité.

La question de l'intervention ou du traitement 'à temps' est souvent posée (*les choses n'auraient-elles pas été différentes si on était intervenu plus tôt ?*). Question difficile et souvent insoluble, d'où l'importance encore de l'information de qualité.

Pour le patient, le temps n'est plus une estimation dans des conditions d'incertitude, mais un délai de sursis espéré.

11-Applications : annonces et situations complexes :

Points forts :

1. Une mauvaise nouvelle est une nouvelle que l'on n'a pas envie de dire à quelqu'un qui n'a pas envie de l'entendre !
2. L'annonce d'une mauvaise nouvelle induit la succession de 6 phases : choc initial, déni, colère, marchandage, dépression, et enfin, acceptation.
3. L'annonce au patient d'un dommage associé au soin est particulièrement difficile car elle met en cause la compétence du soignant.
4. L'erreur médicale (non intentionnelle) doit être distinguée de la faute médicale (intentionnelle).
5. Le soignant compétent n'est pas celui qui ne fait pas d'erreur, c'est celui qui sait en atténuer les conséquences !

11.1-Liste indicative :

I-Les annonces complexes :

Cancer, SIDA

Décès

Domage associé aux soins

Erreur médicale

Handicap physique ou psychique

Information des proches

Maladie chronique

Mauvaise nouvelle

Malformation

Risque thérapeutique

II-Les situations complexes :

Abstention thérapeutique, euthanasie

Abus d'autorité

Acharnement thérapeutique

Agressivité

Appel de détresse

Conflit d'intérêt

Communication à distance

Demande de prélèvements d'organes et tissus

Dépendance

Fin de vie

Frustration

Maltraitance

Poly-médication et automédication

Refus de soin

Respect du secret professionnel

Urgence

Niveaux	Thématiques	Méthodes
<p>1° Cycle</p> <p>▼</p>	<p>► Bases de la communication en santé.</p> <p>► Accueil du patient, création d'un climat de confiance, recueil et restitution de l'information, motif réel de consultation, analyse des représentations sociales en santé...</p> <p>► Préparation du relationnel pour les stages hospitaliers.</p>	<p>■ Webinaire</p> <p>■ Doc. numérisée</p> <p>■ Simulation</p> <p>(au PL3S)</p>
<p>2° Cycle</p> <p>▼</p>	<p>► Entraînement à la gestion relationnelle des urgences.</p> <p>► Apprentissage du raisonnement clinique et thérapeutique (standard et complexe).</p> <p>► Pratique de la décision médicale partagée.</p> <p>► Annonces et situations difficiles (mauvaises nouvelles, erreur médicale, acharnement déraisonnable, refus de soin, gestion de l'agressivité, maltraitance, secret professionnel, applications déontologiques...).</p>	<p>■ Etudes de cas</p> <p>(en Stages hospitaliers)</p> <p>■ Simulation</p> <p>(au PL3S)</p>
<p>3° Cycle</p> <p>et</p> <p>Formation Continue</p>	<p>► Information et décisions complexes (Information des accompagnants, des familles, des aidants...), rationalisation des soins, décision en incertitude, limitation et arrêt des traitements (LAT), dommages et évènements indésirables associés aux soins (EIS), maladies rares, risque inutile / perte de chance, nouveaux traitements, essais cliniques, entretien motivationnel, éducation clinique et thérapeutique du patient (ETP), épuisement professionnel, conduites éthiques, thématiques spécifiques par discipline...).</p> <p>► Relations individuelles lors du travail en équipe ou en réseaux de soin (médecins, sages-femmes, para médicaux et assistants sociaux, pharmaciens, collègues, confrères spécialistes, odontologistes, pratiques avancées, agents médico-administratifs, tiers concernés...).</p>	<p>■ Doc. numérisée</p> <p>■ Simulation</p> <p>(au PL3S)</p>

Tableau IX : Répartition des thématiques relationnelles au PL3S en fonction du niveau du cursus et des méthodes pédagogiques employées.

11.2-Exemples d'annonces complexes :

La mauvaise nouvelle :

Une mauvaise nouvelle est une nouvelle que l'on n'a pas envie de dire à quelqu'un qui n'a pas envie de l'entendre !

« Il n'existe pas de "bonnes" façons d'annoncer une mauvaise nouvelle mais certaines sont moins dévastatrices que d'autres » comme le signalait I. Moley-Massol en 2004.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle (décès, maladie sévère aigue ou chronique, complications graves...) place le soigné et son entourage dans une situation de crise particulière. Il va passer par les différents stades définis par Elisabeth Kübler Ross (1926-2004) dans son modèle publié en 1969 :

Modèle d'Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) :

1. Choc initial (sur le coup ça m'a fait un choc)
2. Dénial (*Denial*). Exemple : « Ce n'est pas possible, ils ont dû se tromper. »
3. Colère (*Anger*). Exemple : « Pourquoi moi et pas un autre ? Ce n'est pas juste ! »
4. Marchandage (*Bargaining*). Exemple : « Laissez-moi vivre pour voir mes enfants diplômés. », « Je ferai ce que vous voudrez, faites-moi vivre quelques années de plus. »
5. Dépression (*Depression*). Exemple : « Je suis si triste, pourquoi se préoccuper de quoi que ce soit ? », « Je vais mourir... Et alors ? »
6. Acceptation (*Acceptance*). Exemple : « Maintenant, je suis prêt, j'attends mon dernier souffle avec sérénité. »

Attitude à adopter :

- 1) Reconnaissance :
 - Demander l'accord du soigné (ce qu'il veut savoir)
 - Annonce progressive adaptée
 - Prise en compte de l'autre (« *je comprends, à votre place...* »)
- 2) Contenance :
 - Supporter sans s'identifier (pas de contagion affective)
 - Écoute active, empathie
- 3) Assurance :
 - Préparer la rencontre (langage métaphorique)
 - Se présenter, voix calme, ton neutre, local approprié

- Résumer la situation scientifiquement connue, sans zone d'ombre
- 4) Avenir :
- Propositions concrètes positives (Préserver un « coin de ciel bleu »)
 - Suivi personnalisé (ce qu'il doit savoir, comment me joindre...)
- 5) Sortie de crise :
- Résumer la rencontre
 - Demander si tous les aspects ont été envisagés

Le dommage associé aux soins :

Cette annonce est particulièrement difficile car elle met en cause la compétence du soignant.

Il y a lieu de distinguer ici l'erreur non intentionnelle de la faute intentionnelle.

Le soignant compétent n'est pas celui qui ne fait pas d'erreur, c'est celui qui sait en atténuer les conséquences !

Attitude à adopter :

- 1) Reconnaissance :
- Enoncer clairement sa responsabilité
 - Prise en compte de l'autre (*reconnaissance* : « *je vous comprends, à votre place...* »)
- 2) Contenance :
- Supporter sans s'identifier, sans montrer de la peur
 - Ecoute active (« *que voulez-vous savoir ?* »)
- 3) Assurance :
- Se présenter, voix calme, ton neutre, local approprié
 - Résumer la situation
 - Pas d'escalade verbale
- 4) Limitation des conséquences :
- Propositions concrètes et sécurisation pour l'avenir
 - Suivi personnalisé (ce qu'il souhaite)
- 5) Sortie de crise :
- Résumer la rencontre et les propositions de limitation des conséquences
 - En cas d'échec arrêt de la rencontre

12-Conseiller et convaincre :

Points forts :

1. Le rôle des soignants en santé est avant tout un rôle de conseil d'expert.
2. Un patient a le droit de refuser des soins (Loi 2002-303 renforcée par la loi du 22 avril 2005), même au risque de sa vie.
3. Un professionnel de santé peut aussi refuser ses soins, c'est la clause de conscience.
4. La collectivité (ou l'institution) ne peut refuser légitimement des soins.
5. Convaincre, c'est lutter contre les préjugés et chercher à orienter les croyances
6. Pour convaincre il faut :
 - Préparer ses arguments à l'avance si possible ;
 - Pratiquer l'écoute active, le silence, l'empathie (confiance) ;
 - Ne pas précipiter ses arguments (se contenir, le moment approprié) ;
 - Être factuel et clair (indiquer ce que l'on ne sait pas) ;
 - Utiliser le syllogisme (logique déductive du type faits, or, donc, alors ?) et non pas le sophisme ;
 - Reconnaître et accepter les contre-arguments s'ils sont logiques ;
 - N'utiliser ni la séduction, ni l'intimidation (ni démagogie, ni manipulation) ;
 - Laisser un temps de réflexion lorsque cela est possible.

12.1-Conseiller :

En définitive le rôle des soignants en santé, et particulièrement celui des médecins, est avant tout un rôle de conseil d'expert. C'est ce conseil qui permet aux patients de décider en accord avec la Loi 2002-303, en dehors des circonstances dérogatoires (urgence, impossibilité d'information...). Pour aboutir à une décision véritablement partagée le soigné a besoin des éléments qui vont lui permettre d'éclairer son consentement ou son refus. Le comportement relationnel des personnels de soin est capital dans cette transaction.

Conseiller, c'est Indiquer à quelqu'un ce qu'il devrait faire ou ne pas faire. Les patients attendent des conseils éclairés et honnêtes. Ces conseils seront d'autant mieux acceptés que le comportement relationnel sera en accord avec leur attente qui repose sur la confiance et, partant, sur l'image perçue.

Si, dans la majorité des cas, le conseil correspond bien à l'attente et au motif de la rencontre, ce conseil peut aboutir, à l'opposé, à une proposition ou une stratégie récusable voire inacceptable pour le patient. On est alors en présence d'un **refus de soin**.

12.2-Le refus de soin :

Un patient a le droit de refuser des soins (Loi 2002-303 renforcée par la loi du 22 avril 2005), même au risque de sa vie. Corollaire du consentement libre et éclairé, il peut refuser tout acte de prévention, de diagnostic, ou toute intervention thérapeutique, ou en demander l'interruption à tout moment. Le médecin est tenu de tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables. Il est tenu d'informer le patient sur les conséquences de son refus.

Un professionnel de santé peut aussi refuser ses soins, c'est la **clause de conscience**. C'est, pour le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques.

La collectivité (ou l'institution) ne peut refuser légitimement des soins. Les principales causes de refus de soin illégitimes sont les suivantes : refus d'accueillir un malade, discrimination, Impossibilité de fournir un professionnel aux compétences adéquates et d'assurer le transfert dans un autre établissement, refus de prolonger le séjour d'un patient au sein d'un service ou d'un établissement pour des raisons organisationnelles alors que son état le justifierait, refus de soigner la douleur d'un patient... Ces refus illégitimes sont du ressort du code pénal :

- Article 223-6 du code pénal : L'omission de porter secours.
- Articles 223-3 et 223-4 du code pénal : Le délaissement d'une personne hors d'état de se protéger.

En pratique :

- **S'il n'y a pas d'urgence vitale** : respecter le refus de soins mais apporter une information documentée au patient.
- **Rechercher sa cause** : refus « pour exister ou pour disparaître » ?

Lié à son comportement, sa situation économique, sa condition sociale, ses croyances, son état de santé et ses antécédents...

- **En cas d'urgence vitale** :
 - possibilité de passer outre le refus sous certaines réserves ;
 - respect du refus mais, là aussi, entouré d'un maximum de précautions afin de pouvoir garantir la qualité de l'information délivrée.
- **Erreurs à ne pas commettre** :
 - Examiner ou tenter d'examiner contre volonté tout patient refusant les soins;
 - Ne pas délivrer d'ordonnances nécessaires aux soins d'un patient sous prétexte qu'il refuse les soins ou l'hospitalisation ;
 - Oublier de rédiger une observation écrite (Aménager la charge de la preuve Conformément à l'article 1315 du Code civil, c'est actuellement au demandeur à l'action visant à sanctionner une discrimination de prouver que la prestation de soins lui a été refusée en fonction d'un critère discriminatoire, c'est-à-dire un critère visé par l'article L. 1110-3 du Code de la Santé Publique...)

12.3-Convaincre :

C'est amener quelqu'un, par des preuves ou par un raisonnement irréfutable, à admettre quelque chose comme vrai ou comme nécessaire.

C'est lutter contre les préjugés et chercher à orienter les croyances :

12.3.1-Le préjugé :

Il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé. (Albert Einstein 1879-1955)

« Opinion à priori favorable ou défavorable qu'on se fait sur quelqu'un ou quelque chose en fonction de critères personnels ou d'apparences. Opinion hâtive et préconçue souvent imposée par le milieu, l'époque, l'éducation, ou due à la généralisation d'une expérience personnelle ou d'un cas particulier. » (CNRTL)

WP : opinions adoptées en l'absence d'informations ou de pratiques suffisantes. Parfois articulés sur des mythes ou des croyances, ou résultant d'une généralisation hâtive, les préjugés sont considérés dans une perspective bayésienne comme le point de départ de toute acquisition d'information, le processus d'apprentissage consistant simplement à les rectifier aussi vite que possible à la lumière de l'expérience.

Un préjugé est une idée admise sans démonstration, au même titre qu'un axiome ou un postulat. Cependant, le « préjugé » est considéré par celui qui y adhère comme une vérité, tandis que l'axiome ou le postulat s'inscrit dans un contexte de pensée philosophique ou scientifique dans lequel il est vu comme une hypothèse de travail utilisable indépendamment.

12.3.2-La croyance :

Il existe plusieurs degrés de certitude ou niveaux de croyance :

Croyance \ Niveau	Scientifique	Conviction (Foi)	Opinion
S'impose à tous	◆	-	-
S'impose à moi	-	◆	◆
Insuffisante pour s'imposer	-	-	+

Tableau X : Niveaux de certitude des croyances.

Le problème relationnel est représenté par l'exclusion du doute qui accompagne toute croyance.

Si l'on accepte la définition de J.-C. Abric, la représentation, savoir populaire, représente l'ensemble organisé des opinions, attitudes, croyances et informations qui se réfèrent à un objet ou une situation. L'analyse des représentations est ainsi

capitale. Elle permet, dans une représentation donnée, de situer les éléments qui diffèrent et sur lesquels doivent porter les arguments si l'on souhaite convaincre. Cette démarche est d'autant plus difficile que les idées fausses et informations erronées circulent maintenant à la vitesse du Web par les réseaux sociaux. Les exemples vécus avec la crise sanitaire liées à la COVID-19 et aux vaccins représentent une mise en situation quasiment expérimentale !

Pour convaincre, en pratique :

1. Préparer ses arguments à l'avance si possible ;
2. Pratiquer l'écoute active, le silence, l'empathie (confiance) ;
3. Ne pas précipiter ses arguments (se contenir, le moment approprié) ;
4. Être factuel et clair (indiquer ce que l'on ne sait pas) ;
5. Utiliser le syllogisme (logique déductive du type faits, or, donc, alors ?) et non pas le sophisme ;
6. Reconnaître et accepter les contre-arguments s'ils sont logiques ;
7. N'utiliser ni la séduction, ni l'intimidation (ni démagogie, ni manipulation) ;
8. Laisser un temps de réflexion lorsque cela est possible.

13-Evaluation de la relation de soin :

Points forts :

1. L'évaluation de la relation de soin doit servir à améliorer la qualité des soins par la formation à une relation adaptée.
2. L'évaluation doit porter sur des questions pertinentes posées par une analyse de besoin, des données de santé publique...
3. L'évaluation du comportement des personnels de soin représente le critère majeur de jugement.
4. L'évaluation peut porter sur une population d'étudiants ou de seniors expérimentés, de patients ou de leurs proches et aidants, de métiers de santé d'exercice différents, de situations cliniques différentes.
5. L'instrument de mesure utiliser doit être valide et en cohérence avec le critère majeur de jugement.
6. La méthode utilisée (qualitative et quantitative) est fortement liée à la question posée.
7. L'évaluateur peut être externe (évaluation sommative) ou interne (auto-évaluation formative).
8. L'évaluation peut être réalisée sur le terrain (stages, audits de pratique...) et en simulation (préparation à l'exercice, évaluation réflexive).
9. L'évaluation est primordiale dans les suites d'une crise. Elle doit aussi être réalisée tout au long de la vie professionnelle.
10. L'analyse de ses résultats gagne à être faite dans le cadre des différents niveaux pédagogiques puisqu'elle met en jeu des compétences professionnelles.

13.1-Finalité :

En définitive, on n'enseigne bien que ce que l'on sait évaluer !

Pourquoi évaluer la relation de soin en santé :

L'intention pédagogique est d'améliorer la qualité des soins par la formation à une relation adaptée au domaine de la santé puisque le facteur humain représente un élément capital constamment retrouvé dans les travaux sur ce domaine.

Cette évaluation soulève plusieurs ordres de difficultés :

- La place des éléments théoriques de base de la communication ;
- La diversité des personnes, des modes d'exercice, des situations cliniques ;
- Le souhait de préserver une diversité relationnelle ;
- Les modalités d'analyse des comportements ;
- La pluralité des facteurs déterminants ;
- Les normes d'une relation de soin adaptée ;
- La méthode la plus appropriée ;
- La multiplicité des approches possibles selon les objectifs...

13.2-Méthode :

Compte tenu de la complexité et de la diversité des approches, des facteurs susceptibles d'intervenir, des situations cliniques et des acteurs en cause, on peut analyser cette évaluation en utilisant la méthode « QQQQCCP » de questionnement : (Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi) proposée par Aristote (-384 av. J.C. -322 av. J.C.) et transformée en moyen mnémotechnique par Hermagoras de Temnos (Rhéteur grec, actif vers 150 av. J.-C.) et non Quintilien (35-96 ap. J.C.) souvent mentionné.

13.2.1-Que souhaite-t-on évaluer ?

En premier lieu le comportement des personnels de soin qui représente, ici, le critère majeur de jugement.

L'évaluation doit permettre d'aboutir à la distinction entre « comportement adapté » ('bon' comportement) et « comportement inadapté » ('mauvais' comportement).

L'approche sociologique distingue en fait 4 types de normes utilisées par les acteurs impliqués :

Normes \ Acteurs	Soignants	Soignés	Collectivité
Statistiques	-	◆	◆
Fonctionnelles	◆	-	◆
Sociétales	◆	-	◆
Subjectives (culturelles)	-	◆	◆

Tableau XI : *Approche sociologique de l'évaluation des comportements.*

Les soignants ont tendance à utiliser les normes fonctionnelles (comportement apportant le meilleur conseil) et sociétales (comportements en conformité avec les Lois, codes, usages...); les patients et leur entourage ont tendance à utiliser les normes statistiques (comportements les plus fréquents) et subjectives ou fonctionnelles (en fonction de l'éducation, des croyances, de l'expérience...); la collectivité, plus normative, a tendance à utiliser tous les types de normes...

Pour rendre cette approche plus scientifiquement évaluable il est nécessaire de dépasser la notion d'objectifs pour interroger celle de compétences. Les travaux récents en matière de compétences et de simulation en santé ont tendance à distinguer les compétences techniques et les compétences non techniques. Les compétences techniques représentent celles que définit la science médicale et concerne essentiellement les gestes techniques réalisés le plus souvent en équipe (plutôt du domaine du savoir-faire). Les compétences non techniques représentent

celles qui concernent la relation individuelle de soin (plutôt du domaine du savoir- être). En effet ces deux approches diffèrent nettement au plan théorique (cf. Tableau VI).

En pratique, bien que ces deux approches soient souvent intriquées, on aura tendance à analyser la qualité de l'action lors de l'évaluation de la relation en équipe (en cherchant à estimer comment l'équipe communique, coopère et se coordonne pour appliquer un protocole validé), et, lors de l'évaluation de la relation individuelle, la qualité de l'accord établi (par la décision médicale partagée). C'est poser ici la question du choix du référentiel que l'on utilise se donne. Dans tous les cas il s'agit d'évoluer vers une sécurité optimale des soins en préservant une relation humaine de qualité.

13.2.2- Qui souhaite-t-on évaluer ?

Cette question fait référence à la population que l'on souhaite évaluer. La démarche sera sensiblement différente si l'on souhaite évaluer une population d'étudiants ou de seniors expérimentés, de patients ou de leurs proches et aidants, de métiers de santé d'exercice différents, de situations cliniques différentes...

De la même façon la population doit être définie en fonction du but de l'évaluation : elle peut être diagnostique (on cherche sa valeur prédictive), formative (on cherche à reconnaître où et en quoi une catégorie d'acteurs des soins éprouve une difficulté et de l'informer), ou encore sommative (on cherche à vérifier si les objectifs que l'on s'était fixés ont été atteints en les comparant à une norme de référence). Dans le cadre de la formation universitaire l'évaluation peut aussi être certificative et valider un cursus (exemple actuel des ECOS).

La définition de la population est ainsi capitale et doit évaluer sa faisabilité en termes de validité des résultats qui seront obtenus...

13.2.3- Avec quoi évaluer ?

Il s'agit, ici, des outils de mesure que l'on peut utiliser. Ils doivent être en cohérence avec les critères de jugement qui ont été choisis au moment de la définition de ce que l'on souhaite évaluer (par exemple l'utilisation du silence, de l'empathie, le respect d'un protocole, le nombre d'accord décisionnels réalisés dans une situation clinique déterminées etc.).

On emploie le plus souvent des questionnaires construits pour aboutir à des scores manipulables. Comme ces scores sont composites les questionnaires doivent avoir été l'objet d'une analyse métrologique précise et préalable susceptible de démontrer leur validité (d'apparence, de contenu, concomitante, prédictive, de construit, de convergence, de divergence, discriminante...), leur fidélité (reproductibilité intra-juge, inter-juge, test-retest), leur cohérence interne, leur sensibilité au changement...

Ce choix des outils est d'une grande importance pour que l'évaluation soit scientifiquement acceptable. Heureusement les travaux de recherche livrent de plus en plus d'outils que l'on peut utiliser s'ils ont été validés dans le cadre de la population que l'on souhaite évaluer.

13.2.4-Comment évaluer ?

Cette question fait référence à la méthode utilisée. Les méthodes qui sont à notre disposition répondent à l'ensemble des problématiques soulevées. Encore faut-il bien différencier les méthodes qualitatives et quantitatives.

Dans le domaine de la relation de soin en santé la démarche d'évaluation la plus logique est d'utiliser une méthode qualitative pour rechercher s'il existe des modèles susceptibles de répondre à une problématique supposée ou mise en évidence par une analyse de besoin, puis d'utiliser une méthode quantitative pour mesurer le phénomène et apporter des éléments de réponse chiffrés.

Les difficultés que l'on rencontre ici sont liées aux tailles des populations évaluables, à la constitution de groupes comparables, aux possibilités pratiques d'allocations aléatoires, d'analyse en « insu » et de reproductibilité des situations cliniques...

13.2.4-Par qui évaluer ?

Il s'agit ici des investigateurs. Ils peuvent être externes et se comporter en « audit ». Ils peuvent être internes à la structure de soin mais sans conflit d'intérêt.

Ils peuvent être représentés par l'une des catégories d'acteurs impliqués, par exemple les patients pour évaluer la relation, les soignants pour évaluer leur pairs, la collectivité pour évaluer un ensemble sanitaire...

L'autoévaluation formative représente une démarche réflexive très intéressante pour les personnels de soin.

13.2.5-Où évaluer ?

Dans l'idéal : sur le terrain, dans la vraie vie.

Cela suppose de ne pas gêner le bon déroulement des soins et d'obtenir l'accord de toutes les personnes concernées (ce qui va obligatoirement modifier leur comportement).

La simulation représente un outil majeur dans cette démarche évaluative car elle permet tous les degrés d'immersion, le droit à l'erreur sans risque pour les patients, la possibilité de tester des démarches différentes, d'échanger en débriefing sur les expériences de chacun...

13.2.6-Quand évaluer ?

L'évaluation est d'autant plus nécessaire qu'elle est mise en œuvre dans les suites d'une crise. Elle doit alors être bienveillante et servir à l'analyse de la crise pour aboutir à des recommandations utiles pour les situations semblables à venir (par exemple annonce d'une mauvaise nouvelle, gestion de l'agressivité, erreur médicale, acharnement déraisonnable, refus de soin, maltraitance...).

Elle doit être mise développée tout au long des cursus universitaires, tant en formation initiale que continue, pour tous les métiers du soin en santé, lors des stages hospitaliers et en simulation...

13.2- interprétation des résultats :

L'interprétation des résultats d'une évaluation du comportement relationnel bien conduite est susceptible d'engendrer une modification comportementale plus réelle que celle de simples conseils plus ou moins autorisés.

Une analyse en niveaux devient alors possible :

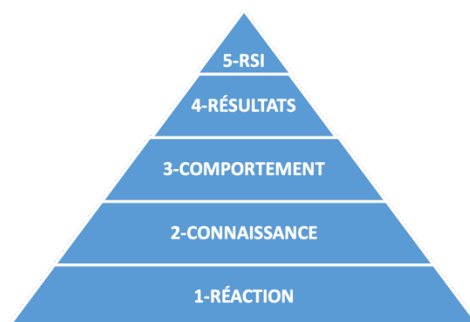


Figure n° 9 : Les 4 premiers niveaux ont été décrits par Kirkpatrick en 1996. Les travaux récents sur ce thème ont ajouté des sous-niveaux et un 5° niveau consacré à l'efficacité (rapport coût/efficacité, sous la forme du retour sur investissement ou RSI, également dénommé ROI pour « return on investment » ou ROE pour « return on expectation »). Ce 5° niveau rappelle que toute formation a un coût, particulièrement dans le domaine de la simulation où il est élevé. Ce niveau devrait permettre d'aider les décisions institutionnelles dans le développement de ces méthodes.

Niveau 1 : niveau d'opinion des acteurs concernés.

La grande majorité des études publiées a porté sur l'opinion des soignants de ce que devrait être une « bonne » relation de soin. Cette approche a donné naissance à de nombreuses échelles très différentes selon qu'elles ont privilégié l'évaluation formative ou l'évaluation sommative (ainsi la validation des cursus cliniques par des examens cliniques objectifs et structurés ou ECOS).

Cette approche est importante lorsque l'on souhaite évaluer des compétences techniques en les comparant à des protocoles validés (ainsi la démarche de recueil d'informations, d'élaboration diagnostique et pronostique, de demande d'examens complémentaires, de propositions thérapeutiques...).

Cette approche est plus contestable si l'on souhaite évaluer les compétences relationnelles non techniques où l'avis des patients est capital. Les grilles établies à partir des souhaits et vécus des soignés sont plus rares (cf. échelle CAT de Gregory Makoul). Ce type d'échelle nécessite souvent une adaptation sociogéographique pour représenter un outil fiable.

La valeur métrologique de ces échelles est aussi très diverse ne permettant pas d'imposer une démarche universelle.

Niveau 2 : niveau des connaissances de base nécessaires

Les connaissances nécessaires de base représentent également un corpus de données qui doivent être consensuelles et exploitables (règles de base de la communication appliquées à la relation de soin, typologie des comportements possibles, techniques d'analyse des représentations, compétence d'expertises...). Cette partie mériterait une formation plus systématique des personnels de santé et peut être représentée par des méthodes pédagogiques traditionnelles).

Niveau 3 : niveau comportemental

L'évaluation comportementale engage des difficultés supplémentaires selon que l'on évalue en fonction d'une vision « soignant » ou « soigné ». Dans l'idéal ces deux visions devraient se rejoindre par la définition de l'inacceptable plutôt que de ce qui serait bien. L'évaluation comportementale nécessite ainsi l'élaboration de consensus provisoires sociogéographiques établis par des groupes représentatifs acceptés des personnels et des usagers du système de soin.

Niveau 4 : niveau de retour sur investissement

Ce niveau d'évaluation étend la démarche au bénéfice objectif pour les patients et à l'analyse des pratiques organisationnelles. Il s'agit plus actuellement d'un domaine de recherche que d'une évaluation institutionnelle susceptible d'apporter des données probantes immédiates pour servir les grands choix du système de santé.

Les études récentes réalisées commencent cependant à éclairer les besoins réels et la pertinence des thématiques à évaluer.

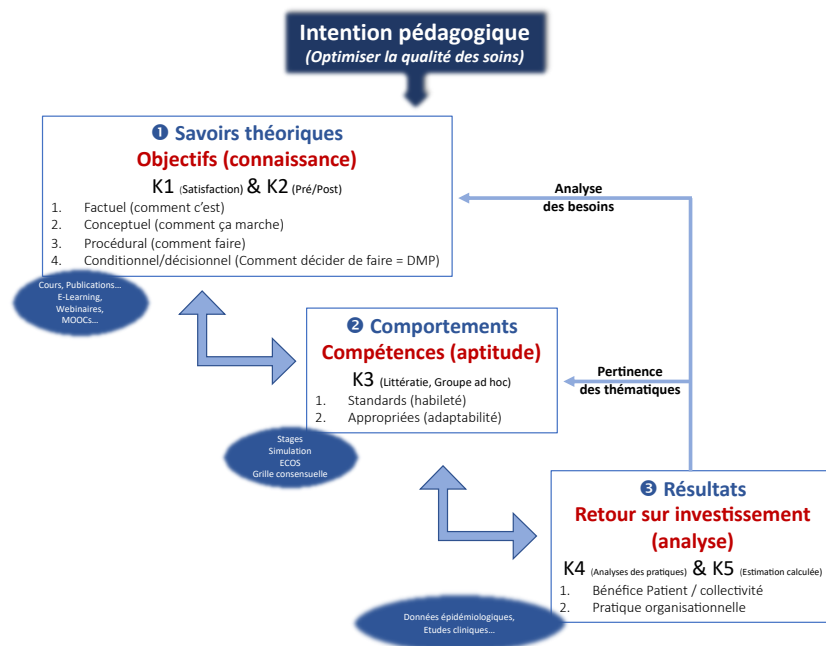


Figure n° 10 : Schématisation des différents niveaux d'évaluation du comportement relationnel en fonction de leur contenu et des outils disponibles.

Adaptation de l'échelle CAT (*Communication Assessment Tool*) :

Nous avons pu démontrer par un travail réalisé au PL3S que cette échelle, centrée sur l'appréciation du patient, pouvait départager très significativement le « mauvais » du « bon comportement » proposés par l'HAS, avec une excellente corrélation entre les scores attribués par les étudiants et ceux attribués par les enseignants :

La communication avec un patient représente une part très importante de la qualité des soins médicaux. Nous aimerions savoir comment vous avez ressenti la façon qu'a utilisé votre médecin pour communiquer avec vous. Vos réponses seront totalement confidentielles, sentez-vous donc totalement libre et le plus honnête possible dans vos réponses. Avec nos remerciements.

Merci d'entourer le chiffre correspondant à votre réponse pour chacune des 14 questions suivantes :

Ce médecin :		Très mal	Mal	Moyen	Bien	Très bien
1	<i>A su me mettre à l'aise</i>	1	2	3	4	5
2	<i>M'a traité.e avec respect</i>	1	2	3	4	5
3	<i>A montré de l'intérêt pour mes idées concernant ma santé</i>	1	2	3	4	5
4	<i>A compris mes principales préoccupations concernant ma santé</i>	1	2	3	4	5
5	<i>M'a montré de l'attention (m'a regardé.e, m'a écouté.e attentivement)</i>	1	2	3	4	5
6	<i>M'a laissé.e parler sans m'interrompre</i>	1	2	3	4	5
7	<i>M'a donné toute l'information que je souhaitais</i>	1	2	3	4	5
8	<i>M'a parlé avec des mots clairs et compréhensibles</i>	1	2	3	4	5
9	<i>S'est assuré.e que j'avais tout compris</i>	1	2	3	4	5
10	<i>M'a encouragé.e à poser des questions</i>	1	2	3	4	5
11	<i>M'a impliqué.e dans les décisions autant que je le désirais</i>	1	2	3	4	5
12	<i>M'a décrit chaque étape, en précisant les conditions de suivi</i>	1	2	3	4	5
13	<i>M'a montré que je comptais et qu'il était concerné</i>	1	2	3	4	5
14	<i>A passé avec moi le temps nécessaire</i>	1	2	3	4	5

Tableau XII: Echelle CATTM (*Communication Assessment Tool*) d'après G. Makoul et al Copyright © 2004 – Gregory Makoul, PhD – All rights reserved – Non-commercial, educational use permitted. Adaptation G. Llorca © 2021.

Conclusions :

La relation de soin en santé représente une relation professionnelle particulière et digne d'intérêt car elle conditionne très significativement la décision médicale partagée et, partant, la qualité et la sécurité des soins.

Cette relation concerne directement tous les personnels de santé, tous les patients et leur entourage, ainsi que la collectivité par le biais des représentations sociales et des conséquences économiques de la prise en charge sanitaire en France.

Cette relation utilise les modes de communication habituels mais en privilégiant certains outils classiques du fait du caractère obligatoirement asymétrique des échanges et des nombreux principes déontologiques qu'elle nécessite.

Cette adaptation requiert des compétences qui doivent s'acquérir et s'adapter tout au long de la vie professionnelle des personnels de santé par une formation permanente assise sur l'échange et l'entraînement aux situations problématiques.

Références bibliographiques utiles :

1. Abric, J.-C. (1984). "L'artisan et l'artisanat : analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale." *Bulletin de psychologie* 27: 861-876.
2. Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris: PUF.
3. Abric, J.C. (1996). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. Dans J.C. Abric. (Ed.). *Exclusion sociale, insertion et prévention*. Saint-Agne : Eres.
4. Abric, J.-C. (2008). *Psychologie de la communication : théories et méthodes*, Paris: Armand Colin.
5. Andorno R. (2005) La notion de dignité humaine est-elle superflue en bioéthique ? Rubrique Ethique. Disponible à : www.contrepointphilosophique.ch
6. Angermeyer, M. (1992). "Trop de stress !". Comment les patients atteints de psychoses fonctionnelles se représentent les causes de leur maladie. Dans U. Flick (Ed.). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie*. L'Harmattan, Paris.
7. Bataille P. (2004) *Un cancer et la vie - les malades face à la maladie*. Balland.
8. Berne E. (1975) *Des jeux et des hommes. Psychologie des relations humaines*, Stock, (ISBN 2-234-01766-1).
9. Berne E. (2006) *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?*, Tchou, 1° ed.1972, (ISBN 2-7107-0361-0).
10. Champy P et Etévé C (2005) (Sous la direction de). *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation - Retz 3ème éd.*, Paris.
11. Chandezon G. et Lancestre A. (2010) *L'analyse transactionnelle*. PUF, Que sais-je ? Paris.
12. Claes G, Tromont A, Nisolle D, Henderickx G, De Ceulaer S (2013). *Gérer l'agressivité*. Dirk Cuypers, Bruxelles.
13. Darwin, (1872) *L'Expression des émotions chez l'Homme et les animaux*. Rivages Poche, Petite bibliothèque, Paris.
14. Delaporte C. (2001) *Dire la vérité au malade*, Odile Jacob, Paris.
15. Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives, *Revue de métaphysique et de morale*, 6, 273-302.
16. Ekman P, and Friesen W V (1971). Constants across culture in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
17. Ekman P, Sorenson E R, Friesen, W. V. (1969). Pancultural elements in facial displays of emotion. *Science*, 164(3875), 86-88.
18. Ekman P. (2010) *Je sais que vous mentez ! : L'art de détecter ceux qui vous trompent*, Michel Lafon, Paris.
19. Forestier A et Martel M (2012). *Evaluation formative et mise en place d'une pédagogie différenciée efficace*. Education, disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00756724>
20. Friesen, WV (1972). *Cultural differences in facial expressions in a social situation: An experimental test of the concept of display rules*. Doctoral dissertation, University of California, San Francisco.
21. Frydman R et Flis-Trèves M (2000). *L'annonce faite à Marie, Sarah, Agar et les autres*. Odile Jacob.
22. Giraudet J-S (2006). *Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient*. *Synoviale*, 151 : 8-13.
23. Guichard F et Philippe M (2014). *Critères d'évaluation de la qualité de la relation Médecin-Patient en médecine générale*. Thèse médecine, Grenoble.

24. Hadji, C (1992). L'évaluation des actions éducatives. Presses Universitaires de France.
25. Hall ET (1966). La dimension cachée. Seuil, "Points Essais", Paris, 1° Ed.
26. Hall ET (1959). Le langage silencieux. Seuil, "Points Essais", Paris, 1° Ed.
27. HAS. (2008) Annoncer une mauvaise nouvelle.
28. HAS (2013). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » Disponible sur : www.has-santé.fr.
29. HAS (2013). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Service bonnes pratiques professionnelles. Disponible sur : www.has-santé.fr.
30. Jodelet D (1994). Les représentations sociales, Paris, PUF.
31. Kant E. (1785). Fondements de la métaphysique des mœurs, Traduction de V. Delbos (1862-1916). Éditions Les Échos du Maquis, v. : 1,0, juin 2013.
32. Karpman S (1968). « Drama Triangle » [archive] [PDF], accessible sur www.karpmamdramatriangle.com.
33. Kirkpatrick D.L., Kirkpatrick J.D. (2010) Evaluating Training Programs: The Four Levels. 3rd ed., [Nachdr.]; San Francisco: Berrett-Koehler [u.a.].
34. Kübler Ross E (2010). La mort est une question vitale, Éditions Albin Michel, 2010, (ISBN 978-2-226-21560-4).
35. Kübler Ross E(1975). Les Derniers Instants de la vie (On Death and Dying) (1969), Labor et Fides (ISBN 2-8309-0096-0).
36. Laplantine, F (1989). Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne. Dans D. Jodelet (Ed.). Les représentations sociales. Paris, PUF.
37. Llorca G (1994). Communication médicale. Ellipses, Paris.
38. Llorca G (1999). La formation médicale (aspects conceptuels). Méditations.
39. Llorca G (2003). Du raisonnement médical à la décision partagée. Introduction à l'éthique en médecine. Med-line, Paris.
40. Llorca G (2004). Guide pratique de la décision médicale. L'éthique en clinique. Med-line, Paris.
41. Llorca G (2006). L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. Médecine : 330-33.
42. Matsumoto, D. (2001). Culture and Emotion. In D. Matsumoto (Ed.), The handbook of culture and psychology (pp. 171-194). New York: Oxford University Press.
43. Makoul G, Krupat E, Chang C-H (2007). Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. Patient Education and Counseling. 67: 333–342.
44. Mehrabian A and Wiener M (1967). Decoding of inconsistent communications. Journals Personality and Social Psychology; 6(1), 109- 114.
45. Meyer G (2007). Évaluer, pourquoi ? Comment ? Hachette Éducation, Paris.
46. Moles (1986). Théorie structurale de la communication et société. Masson et C.N.E.T.-E.N.S.T. Ed., Paris.
47. Moley-Massol I (2004). L'annonce de la maladie, une parole qui engage. DaTeBe éditions.
48. Moscovici S. (1961). La Psychanalyse, son image et son public, PUF.

49. Moscovici, S. & Vignaux (1994). Le concept Thémata. Dans C. Guimelli (Ed.). Structure et transformations des représentations sociales. Neuchâtel / Paris : Delachaux et Niestlé.
50. Moscovici S (2003). « Communications et représentations sociales paradoxales », in Jean-Claude Abric, Exclusion sociale, insertion et prévention, ERES « Hors collection » : 21-24.
51. Richard C et Lussier MT (2016). La communication professionnelle en santé. Pearson ERPI, Montréal.
52. Roussiau N et Bonardi, C (2001). Les représentations sociales. Etat des lieux et perspectives (2001). Researchgate, disponible sur : [researchgate.net/publication/298415950](https://www.researchgate.net/publication/298415950).
53. Ruzniewski M (2004). Face à la maladie grave, Dunod, Paris.
54. Sens S et Soriano V (2001). Parlez-moi d'élevage: analyse de représentations d'éleveurs, Educagri Ed, Dijon.
55. UNAPEI. (2009). L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre. ISBN : 2-35001-013-9. 2009. Disponible à : [https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/L'information-pour-tous-Règles-européennes-pour-une-information-facile-à-lire-et-à-comprendre.pdf](https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/L%27information-pour-tous-R%C3%A8gles-europ%C3%A9ennes-pour-une-information-facile-%C3%A0-lire-et-%C3%A0-comprendre.pdf) 2009.



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



DÉCLARATION DE GENÈVE

Le Serment du médecin :

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

Texte du 14 Octobre 2018.

(Déclaration adoptée par la 2e Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale Genève, Suisse, Septembre 1948 et amendée par la 22e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968 et la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983 et la 46e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994 et révisée par la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005 et par la 173e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006 et amendée par la 68ème Assemblée générale, Chicago, États-Unis, Octobre 2017)

