

UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE  
(PARIS IV)  
FACULTÉ DE MÉDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

# THÈSE

Année 2011

N° 2011PA06G008

DOCTORAT EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ : « MÉDECINE GÉNÉRALE »

par

ALICE LAPLANTE  
Née le 18 octobre 1982, à Paris

---

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2011

## L'ÉCOUTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE L'ADAPTATION À LA MÉDECINE GÉNÉRALE DE TECHNIQUES D'APPRENTISSAGE DE L'ÉCOUTE IMPORTÉES D'AUTRES DOMAINES

Président du jury	P <sup>r</sup> EMMANUEL FOURNIER
Jury	P <sup>r</sup> JEAN-MARC FÉRON P <sup>r</sup> AGNÈS HARTEMANN
Directrice de thèse	D <sup>re</sup> EUGÉNIE ADORIAN



# REMERCIEMENTS

À Monsieur le Pr Emmanuel Fournier qui m'a fait l'honneur d'être le président de cette thèse. À Monsieur le Pr Jean-Marc Féron et Madame le Pr Agnès Hartmann pour avoir accepté de faire partie du jury. À Madame le Dr Adorian pour m'avoir guidée dans ce travail.

À Monsieur le Pr Jacques Cadranel et à Monsieur le Pr Éric Pautas qui m'ont aidée à me construire en tant que médecin.

À mes parents pour leur aide précieuse tout au long de ma vie.

À mes amis proches qui m'ont soutenue pendant toutes mes études. Maïca, sans qui je ne serais sûrement pas là aujourd'hui. Laurent, Arthur et Guillaume, évidemment. Aurélien, pour tous ces moments inoubliables. Ana Maria et Clémence, pour nos « 400 coups ».

À Fabrice.



# LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS, PRATICIENS HOSPITALIERS

## UFR Médicale Pierre et Marie Curie, site Saint-Antoine

BOCCONGIBOD Liliane Anatomie et cytologie pathologique TRS  
CALLARD Patrice Anatomie et cytologie pathologique TNN  
CHATELET François Anatomie et cytologie pathologique RTH  
FLEJOU Jean-François Anatomie et cytologie pathologique SAT  
DAMSIN Jean-Paul Anatomie organogénèse TRS  
BONNET Francis Anesthésiologie et réanimation chirurgicale TNN  
CONSTANT Isabelle Anesthésiologie et réanimation chirurgicale TRS  
LIENHART André Anesthésiologie et réanimation chirurgicale SAT  
MURAT Isabelle Anesthésiologie et réanimation chirurgicale TRS  
ARLET Guillaume Bactériologie virologie TNN  
GARBARGCHENON Antoine Bactériologie virologie TRS  
NICOLAS Jean-Claude Bactériologie virologie TNN  
PETIT Jean-Claude Bactériologie virologie SAT  
MASLIAH Joëlle Biochimie et biologie moléculaire SAT  
TRUGNAN Germain Biochimie et biologie moléculaire SAT  
CAPEAU Jacqueline Biologie cellulaire TNN RTH  
HOUSSET Chantal Biologie cellulaire TNN  
DEVAUX Jean-Yves Biophysique et médecine nucléaire SAT  
TALBOT Jean-Noël Biophysique et médecine nucléaire TNN  
FLAHAULT Antoine Biostatistiques TNN  
VALLERON Alain-Jacques Biostatistiques UFR  
DE GRAMONT DE LESPARRÉ Aimery Cancérologie et Radiothérapie SAT  
LOTZ Jean-Pierre Cancérologie et Radiothérapie TNN  
LOUVET Christophe Cancérologie et Radiothérapie SAT  
TOUBOUL Emmanuel Cancérologie et Radiothérapie TNN  
COHEN Aron Cardiologie SAT  
MICHEL Pierre-Louis Cardiologie TNN  
VAZQUEZ Marie-Paule Chirurgie maxillo-faciale et stomatologique TRS  
HOURY Sydney Chirurgie digestive TNN  
LACAINE François Chirurgie digestive TNN  
PARC Roland Chirurgie générale SAT6  
PAYE François Chirurgie générale SAT  
SEZEUR Alain Chirurgie générale DIAC  
TIRET Emmanuel Chirurgie générale SAT  
AUDRY Georges Chirurgie infantile TRS  
FILIPE Georges Chirurgie infantile TRS  
HELARDOT Pierre-Georges Chirurgie infantile TRS  
DOURSOUNIAN Levon Chirurgie orthopédique et traumatologique SAT  
FERON Jean-Marc Chirurgie orthopédique et traumatologique TNN  
SAUTET Alain Chirurgie orthopédique et traumatologique SAT

MIMOUN Maurice Chirurgie plastique RTH SAT  
VAYSSAIRAT Michel Chirurgie vasculaire et médecine vasculaire TNN  
BERNAUDIN Jean-François Cytologie et histologie TNN  
LACAVE Roger Cytologie et histologie TNN  
SIFFROI Jean-Pierre Cytologie et histologie TNN  
ARACTINGI Sélim Dermatologie TNN  
BOUCHARD Philippe Endocrinologie SAT  
CHRISTINMAITRE Sophie Endocrinologie SAT  
DURON Françoise Endocrinologie SAT  
BREART Gérard Epidémiologie TNN  
BEAUGERIE Laurent Gastroentérologie et hépatologie SAT  
CHAZOULLERES Olivier Gastroentérologie et hépatologie SAT  
FLORENT Christian Gastroentérologie et hépatologie SAT  
GENDRE Jean-Pierre Gastroentérologie et hépatologie SAT  
POUPON Raoul Gastroentérologie et hépatologie SAT  
SOUBRIER Florent Génétique TNN  
TAILLEMITE Jean-Louis Génétique SAT  
THOMAS Gilles Génétique CEPH  
ANTOINE Jean-Marie Gynécologie obstétrique TNN  
BENIFLA Jean-Louis Gynécologie obstétrique RTH  
CARBONNE Bruno Gynécologie obstétrique SAT  
DARAI Emile Gynécologie obstétrique TNN  
MILLIEZ Jacques Gynécologie obstétrique SAT  
UZAN Serge Gynécologie obstétrique TNN  
CAYRE Yvon Hématologie DEBR  
DOUAY Luc Hématologie TRS  
GIROT Robert Hématologie TNN  
GORIN Norbert Hématologie SAT  
MARIE Jean-Pierre Hématologie HD  
ROUGER Philippe Hématologie et transfusion INTS7  
GLUCKMAN Jean-Claude Immunologie SAT  
GIRARD Pierre-Marie Maladies infectieuses SAT  
MEYOHAS M.-Caroline Maladies infectieuses SAT  
PIALOUX Gilles Maladies infectieuses TNN  
ROZENBAUM Willy Maladies infectieuses TNN  
THOMAS Guy Médecine légale et droit de la santé SAT  
AMARENCO Gérard Médecine physique et réadaptation RTH  
THOUMIE Philippe Médecine physique et réadaptation RTH  
CABANE Jean Médecine interne SAT  
GRATEAU Gilles Médecine interne TNN  
LEYNADIER Francisque Médecine interne TNN  
RONCO Pierre Néphrologie TNN  
RONDEAU Eric Néphrologie TNN  
ROSSERT Jérôme Néphrologie TNN  
ROULLET Etienne Neurologie TNN  
VIDAILHET Marie-Josée Neurologie SAT  
COSNES Jacques Nutrition SAT  
DENOYELLE Françoise O.R.L. TRS  
GARABEDIAN Eréa-Nél O.R.L. TRS  
LACAU SAINT GUILY Jean O.R.L. TNN  
MEYER Bernard O.R.L. SAT  
PERIE Sophie O.R.L. TNN  
BORDERIE Vincent Ophtalmologie 15/20  
LAROCHE Laurent Ophtalmologie 15/20  
SAHEL José-Alain Ophtalmologie 15/20  
BAUDON Jean-Jacques Pédiatrie TRS  
BENSMAN Albert Pédiatrie TRS

BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry Pédiatrie TRS  
CLEMENT Annick Pédiatrie TRS  
DESCHENES Georges Pédiatrie TRS  
GIRARDET Jean-Philippe Pédiatrie TRS  
GOLD Francis Pédiatrie TRS  
GRIMFELD Alain Pédiatrie TRS  
GRIMPEL Emmanuel Pédiatrie TRS  
LANDMANPARKER Judith Pédiatrie TRS  
LEVERGER Guy Pédiatrie TRS  
RENOLLEAU Sylvain Pédiatrie TRS  
TOUNIAN Patrick Pédiatrie TRS  
FUNCKBRENTANO Christian Pharmacologie clinique SAT  
JAILLON Patrice Pharmacologie clinique SAT  
BAUD Laurent Physiologie TNN  
DUSSAULE Jean-Claude Physiologie SAT  
LE BOUC Yves Physiologie TRS8  
CADRANEL Jacques Pneumologie TNN  
CHOUAID Christos Pneumologie SAT  
LEBEAU Bernard Pneumologie SAT  
MAYAUD Marie-Yves Pneumologie TNN  
FERRERI Maurice Psychiatrie d'adultes SAT  
PERETTI Charles Siegfried Psychiatrie d'adultes SAT  
ARRIVE Lionel Radiologie et imagerie médicale SAT  
BOUDGHENESTAMBOULI Franck Radiologie et imagerie médicale TNN  
CARETTE Marie-France Radiologie et imagerie médicale TNN  
DUCOU LE POINTE Hubert Radiologie et imagerie médicale TRS  
MARSAULT Claude Radiologie et imagerie médicale TNN  
MONTAGNE Jean-Philippe Radiologie et imagerie médicale TRS  
TUBIANA Jean-Michel Radiologie et imagerie médicale SAT  
GUIDET Bertrand Réanimation médicale SAT  
OFFENSTADT Georges Réanimation médicale SAT  
BERENBAUM Francis Rhumatologie SAT  
GATTEGNO Bernard Urologie TNN  
HAAB François Urologie TNN  
THIBAUT Philippe Urologie TNN

### **Surnombre**

HUGUIER Michel Chirurgie digestive TNN  
IZRAEL Victor Cancérologie et radiothérapie TNN  
COSTIL Jean Pédiatrie TRS  
NAJMAN Albert Hématologie SAT  
SRAER Jean-Daniel Néphrologie TNN  
SADOUL Georges Gynécologie obstétrique RTH





# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	9
INTRODUCTION	11
1 MATÉRIEL ET MÉTHODES : LES FACTEURS LIMITANT L'ÉCOUTE LORS DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE	19
1.1 LE TEMPS	21
1.2 LE NON-DIT	22
1.3 LE SUIVI À LONG TERME	23
1.3.1 La famille	24
1.3.2 L'habitude	24
1.3.3 L'image de l'autre	25
1.4 LES PERTURBATIONS INTÉRIEURES ET EXTÉRIEURES	26
1.4.1 Extérieures	26
1.4.2 Intérieures	27
1.5 L'ADAPTATION AUX PATIENTS	27
1.5.1 Adaptation au désir du patient	27
1.5.2 Adaptation à la personnalité du patient	28
1.6 CAS PARTICULIERS	29
1.6.1 Le patient privé du langage	29
1.6.2 Le patient ne voulant pas s'exprimer	30
1.6.3 La consultation à plusieurs	30
1.6.4 Le patient trop ému pour s'exprimer	30
CONCLUSION	31
2 RÉSULTATS - 1 : SURMONTER NOS DIFFICULTÉS À L'ÉCOUTE	33
2.1 PREMIÈRE DIFFICULTÉ : LE MESSAGE ÉMIS PEUT ÊTRE INCOM- PLET OU BROUILLÉ	36
2.1.1 L'omission	36
2.1.2 La distorsion	37
2.1.3 La généralisation	37
2.2 DEUXIÈME DIFFICULTÉ : LA RELATION ENTRE DEUX INTER- LOCUTEURS NE SE CRÉE PAS EN UN JOUR	38
2.2.1 La communication interprétative	38
2.2.2 Concepts de diagnostic focal /diagnostic approfondi	40
2.2.3 La souplesse	40
2.3 TROISIÈME DIFFICULTÉ : LA RÉCEPTION DU MESSAGE PEUT ÊTRE MODIFIÉE DE FAÇON PONCTUELLE	41
2.3.1 L'absence de congruence	41
2.3.2 La pollution de l'intention	43

2.4	QUATRIÈME DIFFICULTÉ : LA FAÇON D'ÉCOUTER INFLUENCE PROFONDÉMENT LA RÉCEPTION DU MESSAGE : LA GRILLE DE PORTER . . . . .	44
2.4.1	Solution-action . . . . .	45
2.4.2	Évaluation . . . . .	45
2.4.3	Interprétation . . . . .	45
2.4.4	Soutien . . . . .	46
2.4.5	Investigation . . . . .	46
2.4.6	Compréhension . . . . .	47
	EXERCICES . . . . .	47
	CONCLUSION . . . . .	65
<b>3</b>	<b>RÉSULTATS - 2 : L'APPRENTISSAGE PRATIQUE</b>	<b>67</b>
3.1	LA BASE . . . . .	69
3.1.1	Être disponible . . . . .	69
3.1.2	Ne pas fermer la porte . . . . .	70
3.1.3	Accepter les silences . . . . .	71
3.1.4	Bannir la réactivité et la projection . . . . .	72
3.1.5	La projectivité . . . . .	73
3.2	LES QUESTIONS . . . . .	74
3.2.1	Les questions fermées . . . . .	75
3.2.2	Les questions ouvertes . . . . .	76
3.2.3	Questions à effet miroir . . . . .	77
3.3	LES REFORMULATIONS . . . . .	79
3.3.1	La reformulation sur le contenu . . . . .	79
3.3.2	La reformulation sur le processus de l'échange . . . . .	80
3.3.3	La reformulation-interprétation . . . . .	80
3.3.4	La reformulation sur le ressenti . . . . .	81
3.4	ACCEPTATION DE L'INCAPACITÉ . . . . .	81
3.4.1	Formulation du <i>message Je</i> . . . . .	82
3.4.2	Répartir l'écoute sur plusieurs consultations . . . . .	84
	EXERCICES . . . . .	85
	CONCLUSION . . . . .	92
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>93</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>97</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>99</b>
<b>A</b>	<b>ANNEXE : TEST DE PORTER</b>	<b>101</b>

# INTRODUCTION

L'ACTE médical ne peut se réduire à un acte scientifique. Ces dernières décennies, l'exigence d'un soin de qualité, d'une médecine basée sur les preuves, de savoirs sans cesse améliorés a renforcé la composante technique de la consultation médicale. Sans pour autant que ce soit au détriment de la composante humaine.

Au contraire, nous évoluons de plus en plus vite vers un exercice où l'implication du patient est au premier plan. À la médecine dite paternaliste se substitue progressivement le modèle dit autonomiste. Cela implique qu'on entende ce que le patient a à dire ; qu'on l'informe et qu'on l'on éduque, qu'on recueille son avis ; en un mot, que le médecin accepte son patient dans sa globalité.

Pour chacun de ces objectifs, savoir écouter est un outil précieux.

Poser le diagnostic : une écoute attentive a tout d'abord un but pragmatique [1].

« Si vous écoutez attentivement votre patient, il vous donnera son diagnostic. » disait William Osler. Chacun a déjà fait l'expérience d'une phrase entendue en fin de consultation, en apparence anodine, confirmant ou infirmant une hypothèse diagnostique déjà posée. Et chacun de s'interroger à cette occasion : et si j'étais passé à côté de cette phrase ? Serais-je passé à côté du diagnostic ? Voire encore : et toutes les fois où le patient a une « clé » de ce type, mais où elle n'est pas dite ou pas entendue, cela retarde-t-il le diagnostic ?

Comment, tel Sherlock Holmes – personnage créé par un médecin

rappelons-le – devenir infallible ? Ce n'est pas possible bien sûr. Mais améliorer notre écoute pour rester à l'affût de chaque indice est, en tout cas, un pas certain vers une meilleure rentabilité diagnostique.

Informé le patient : une écoute de qualité a également un intérêt dans cette étape devenue une obligation légale [1, 2].

En effet, avant d'être « émetteur », il y a une phase pendant laquelle, paradoxalement, le médecin est « récepteur » : c'est lui qui va écouter d'abord. Il met ainsi en place un échange qui s'inscrit dans un respect mutuel de la parole de l'autre. Dans une relation aussi fondamentalement inégalitaire que la relation médecin-malade, ce type d'écoute n'a-t-il pas une immense valeur ?

Une méta-analyse réalisée sous la direction de Williams en 1995 [3] regroupant 40 études de satisfaction de patients a montré que celle-ci était positivement corrélée à l'information qu'ils avaient pu recevoir, mais tout autant à celle qu'ils avaient pu donner. Le patient veut pouvoir dire tout ce qu'il a à dire ; et pas une partie seulement [4]. Il est aisé de comprendre à quel point cela peut être frustrant d'en être empêché. Or, dans un contexte de frustration, peut-on recevoir une information parfois complexe ?

En plus de lui donner la parole, en écoutant dans un premier temps son patient, le médecin se donne une chance de mieux l'appréhender. Sa façon de parler, ses représentations médicales, sa gestion en matière de santé, etc. Le praticien trouve donc la meilleure façon de s'adresser à lui en second lieu : en s'adaptant à son patient, il peut délivrer une information claire et loyale, dans la limite de ce qui peut être entendu.

Amener le patient à adhérer à sa prise en charge : l'écoute est aussi au cœur de ce processus [5, 6].

Cela passe par l'éducation, nécessaire à une bonne alliance thérapeutique, dans laquelle le médecin comme le malade s'engagent à assumer

leur part de travail. Elle est le prolongement même de l'information, et dépend de sa qualité.

Elle est primordiale dans le cas d'une maladie à long ou moyen terme. Il est alors largement prouvé que la compréhension du patient est positivement corrélée à la réussite thérapeutique. L'éducation a également un rôle pour des problèmes ponctuels mais récurrents, dans le cadre de la médecine dite de famille.

De façon intuitive, on comprend bien qu'un patient ayant le sentiment qu'il peut exprimer ses difficultés, ses incompréhensions, en un mot son ressenti vis-à-vis de sa maladie et de son traitement, sera mieux à même de s'y investir. Or, en exprimant tout cela, il va permettre la construction d'une alliance thérapeutique sur mesure.

Là encore, la communication est au cœur du sujet : montrer qu'on est disponible, faire sentir au patient qu'il est libre de parler sont des éléments à maîtriser.

Recueillir le point de vue du patient du patient : un exercice parfois difficile, basé sur l'écoute authentique [7].

Il est à noter que prendre en compte un avis ne signifie ni céder sans argumentation, ni s'abstenir de donner des conseils : après tout, les patients viennent consulter un professionnel et ne désirent pas être laissés à eux-mêmes. Il s'agit plutôt de souligner que, tout en dispensant son savoir, le médecin n'oublie pas que ce sont ces individus qui doivent vivre avec leur maladie.

Les techniques d'écoute active sont un outil très utile pour bien cerner la position du patient – sans laisser naître de malentendu. Si c'est possible, on agira dans son sens, mais dans le cas contraire, cet outil est tout aussi précieux pour montrer que s'il ne change pas ou peu la décision finale, l'avis divergent a été entendu et compris.

L'acceptation du patient dans son intégrité : une relation médecin-

malade de qualité, où chacun des membres peut être épanoui, repose sur le respect de l'autre à travers l'écoute.

On arrive là dans le domaine de Carl Rogers [8] : l'écoute empathique. Carl Rogers était psychologue et s'il n'a pas inventé le concept d'empathie, il l'a énormément développé. Pour lui, c'est « la capacité de s'immerger dans le monde subjectif de l'autre, de participer à son expérience dans toute la mesure où la communication verbale et non-verbale le permet, de capter la signification personnelle des paroles de l'interlocuteur bien plus que de répondre à son contenu intellectuel. » Dans l'approche rogérienne, une des fondations nécessaires à la compréhension empathique est le respect inconditionnel du patient. Il se traduit par la capacité à accepter avec confiance et compréhension toutes les facettes de son expérience. Expérience pourtant si différente de la nôtre !

Dans l'exercice de la médecine au quotidien, ce n'est pas toujours une démarche simple. Il faut beaucoup de volonté et d'expérience pour travailler dans ce sens.

Les enjeux de l'écoute dans une relation médecin-malade sur le mode autonomiste sont donc essentiels.

Il va sans dire que tout ceci est particulièrement vrai en médecine dite chronique, par opposition à la médecine d'urgence [9]. Évidemment, on ne se trouve pas toujours clairement d'un côté ou de l'autre, il s'agit d'une dichotomie schématique.

Face à une pathologie aiguë, la composante technique de l'acte médical prend le dessus : il faut être efficace. Le patient est passif, relégué au rôle de spectateur ; il observe ce qui est fait pour lui. Sa reconnaissance est immédiate, peu dépendante du résultat. Pour cet aspect, la formation universitaire est riche et sa mise en œuvre aisée, d'autant plus que les protocoles foisonnent.

À l'inverse, dans le cadre d'une pathologie au long cours, le patient est mis à contribution, parfois contre son gré. Au cours de l'évolution plus ou moins satisfaisante de sa maladie, il doit se battre aux côtés du médecin, lui-même souvent peu armé face à la prise en charge chronique. Chacun en tire peu de gratification.

C'est la raison pour laquelle, la problématique de l'écoute sera ici traitée dans le cadre de la médecine générale. En effet, le médecin généraliste, s'il est parfois confronté à l'urgence et à la technique, se trouve la majorité du temps dans des situations de prise en charge sur la durée, où l'élément humain est central.

Or, on apprend à parler, mais pas à écouter.

En effet, il y a une pléthore de cours à la faculté de médecine sur l'annonce d'une maladie grave, les recommandations de nos aînés pleuvent au sujet des justes mots à employer, beaucoup d'énoncés d'examen comportent des questions du type : « que dites vous au patient ? ».

Cet apprentissage – un peu rigide parfois – n'est qu'une base sur laquelle viendra se greffer l'expérience, l'instinct, la personnalité de l'apprenti médecin. Il ne s'agit pas de dicter une conduite, ni d'étouffer la spontanéité. Mais la charpente est là, elle est un repère, un guide, notamment dans les premiers pas de leur carrière.

Mais, comme s'interroge Plutarque dans sa conférence « Savoir écouter » : « ceux qui veulent bien jouer à la Paume, n'apprennent-ils pas à recevoir et à renvoyer la balle comme il faut ? » [10].

L'état des lieux est le suivant :

Dans le cursus universitaire, le thème est abordé dans les cours sur la relation médecin-malade, dans les ouvrages de sémiologie, lors des stages

hospitaliers. Sans conseil pratique et applicable cependant. Voilà : « Il faut écouter » ; comme si l'on nous disait : « Il faut examiner » !

Des recherches sur internet, longues et répétées ont trouvé peu de formations médicales dédiées à l'écoute du patient.

La première est un séminaire d'une journée, auquel on ne peut participer qu'à condition d'être médecin généraliste installé. La seconde est une longue formation (six étapes de plusieurs demi-journées chacune) ; il s'agit plus d'une démarche basée sur un cheminement personnel que sur un apprentissage pratique de l'écoute.

De nombreux autres événements (isolés ou au sein d'une série d'enseignement comme un diplôme universitaire) existent mais les programmes ne laissent pas entrevoir d'apprentissage pratique de l'écoute du patient – tout au plus une discussion sur son utilité, lors d'un cours magistral de deux heures.

L'écoute, si importante dans la médecine générale telle que nous la pratiquons actuellement, s'apprendrait par la pratique uniquement ?

Un travail de Claudie Haxaire, anthropologue et cofondatrice du DU « De l'information à l'alliance thérapeutique », vient répondre à cette question par la négative [11, 12].

Elle a réalisé un focus groupe sur la gestion de la souffrance psychique du patient par les généralistes.

Au cours de ce travail, une constatation a fait surface : face à un patient en détresse psychologique, les médecins sont démunis. Ils disent explicitement se rendre compte des effets bénéfiques de l'écoute, mais se sentent frustrés de ne pas savoir comment les créer et les reproduire. Cela génère alors chez eux vulnérabilité et anxiété.

Ils admettent avoir appris sur le tas, mais leur souhait est de recevoir



une aide pour développer une écoute réellement efficace qu'ils puissent maintenir dans le temps.

C'est à partir de ces constatations qu'a commencé ce travail.

Si écouter est si important, il faut apprendre à le faire. En l'absence d'enseignement proposé, vers quel support se tourner ?

Dans le domaine de la communication, les formations et les ouvrages d'auto-formation sont surtout destinés aux psychologues, aux managers, aux commerciaux et un peu plus rarement aux enseignants.

Ils sont presque toujours destinés exclusivement à la profession à laquelle ils s'adressent, et sont donc peu utilisables hors de ce champ. Cependant, les uns et les autres sont basés sur les mêmes thèmes ; l'apprentissage technique lui-même est très proche d'un domaine à l'autre.

L'écoute empathique et la grille de Porter ont une très grande envergure. Certains auteurs conseillent même franchement de s'en servir dans sa vie personnelle, au sein du couple notamment ! Elles sont donc exposées en premier, et nécessitent une réflexion profonde du lecteur.

L'apprentissage de l'écoute active vient ensuite. Il repose systématiquement sur la maîtrise du questionnement et de la reformulation, avec quelques variantes. Les techniques sont rodées et l'entraînement est nécessaire, mais il s'agit surtout d'un mécanisme à acquérir.

Puisque la trame est la même à chaque fois, il m'est alors apparu qu'un nouveau manuel, à l'usage des médecins généralistes désireux de pratiquer une médecine qui intègre le patient en tant qu'individu, pourrait naître.

La partie matériel et méthode est constituée de la description précise des contraintes de la consultation en médecine générale. C'est à partir de

cette analyse que j'ai pu adapter les techniques d'apprentissage de l'écoute proposée dans ces ouvrages à la pratique médicale.

Les résultats de cette adaptation s'articulent, comme dans les ouvrages qui m'ont guidée, en deux parties. L'écoute empathique d'abord, avec notamment la grille de Porter, puis l'écoute active.

Enfin, la discussion viendra replacer l'apprentissage de l'écoute dans le contexte de la pratique quotidienne.

# MATÉRIEL ET MÉTHODES : LES FACTEURS LIMITANT L'ÉCOUTE LORS DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

1

## SOMMAIRE

1.1	LE TEMPS . . . . .	21
1.2	LE NON-DIT . . . . .	22
1.3	LE SUIVI À LONG TERME . . . . .	23
1.3.1	La famille . . . . .	24
1.3.2	L'habitude . . . . .	24
1.3.3	L'image de l'autre . . . . .	25
1.4	LES PERTURBATIONS INTÉRIEURES ET EXTÉRIEURES . . . . .	26
1.4.1	Extérieures . . . . .	26
1.4.2	Intérieures . . . . .	27
1.5	L'ADAPTATION AUX PATIENTS . . . . .	27
1.5.1	Adaptation au désir du patient . . . . .	27
1.5.2	Adaptation à la personnalité du patient . . . . .	28
1.6	CAS PARTICULIERS . . . . .	29
1.6.1	Le patient privé du langage . . . . .	29
1.6.2	Le patient ne voulant pas s'exprimer . . . . .	30
1.6.3	La consultation à plusieurs . . . . .	30
1.6.4	Le patient trop ému pour s'exprimer . . . . .	30
	CONCLUSION . . . . .	31



**L**ES contraintes liées à l'exercice de la médecine générale font qu'on sort des situations prises en compte dans les réflexions sur l'écoute [13]. En effet, les théories sur l'écoute de qualité la présentent comme dénuée de toute entrave. En pratique – et particulièrement pour la consultation médicale, les limites sont présentes en permanence, essentiellement liées au fait que notre rôle n'est pas d'écouter – mais de soigner. Il s'agit bien ici de développer un outil pour aider à la fonction première et non de se substituer à elle : mieux écouter est un moyen, pas une fin.

Le temps est compté ; le suivi à long terme comporte des aspects négatifs ; l'attention est souvent perturbée ; l'adaptation à chaque patient doit être très rapide ; enfin, quelques cas particuliers seront détaillés. L'analyse de ces facteurs limitants est le point de départ de ce travail d'adaptation de techniques d'apprentissage de l'écoute à notre pratique de la médecine.

Il est évident que les contraintes varient beaucoup d'un praticien à l'autre (l'organisation des consultations et du cabinet, la personnalité du médecin et l'ancienneté d'installation, la patientèle, sont autant d'éléments qui vont venir majorer ou minimiser une des contraintes exposées ci-après) et chacun devra considérer ce qui le concerne. Cependant, il a paru fastidieux de prendre en compte des schémas de pratique atypiques – comme les consultations dans les services d'urgences ou les consultations en PMI.

La liste des contraintes exposées ici est donc pensée pour la médecine générale de ville, et présentée à des médecins désireux d'améliorer leur écoute en lisant la suite de ce guide.

## 1.1 LE TEMPS

Le temps de la consultation est une limite majeure. Les techniques d'amélioration des capacités d'écoute considèrent souvent le temps disponible comme étirable ; elles éludent la complexité d'un échange condamné à une durée relativement courte.

La consultation moyenne dure seize minutes, selon la DREES (2004) [14], résultat obtenu à partir de la déclaration de médecins. Comme toute donnée statistique, cette durée cache des écarts à la moyenne sans doute significatifs. D'une part, chaque médecin gère son temps comme il l'entend. D'autre part, pour un même médecin, la longueur de la consultation varie selon la situation. Il n'empêche que le temps est compté : si la consultation peut durer plus de seize minutes, elle ne peut s'étendre indéfiniment.

Le praticien en a bien conscience. Ce n'est pas le cas de tous les patients ! On apprend assez aisément dès le début des études, à tarir un flot de paroles incessant, à cadrer un interrogatoire, à mettre fin à un entretien. Ce qui est plus difficile, c'est de réussir à gérer ce temps imparti tout en se montrant disponible. Comment laisser au patient la liberté de s'exprimer, sans pour autant doubler la durée de la consultation ?

## 1.2 LE NON-DIT

Il n'est pas possible de tout dire lors d'une consultation.

On peut repérer différentes formes de non-dit [15] :

▷ Le non-dit des émotions

L'exemple le plus frappant est la peur de la mort. Elle est fortement présente dans l'esprit des patients. Pourtant elle n'est que très rarement verbalisée. En effet, le risque est grand d'explicitier cette peur : si le médecin ne peut pas, ne veut pas, ne sait pas l'apaiser, alors l'anxiété aura une raison d'être.

▷ Le non-dit camouflé

Il correspond à la peur du jugement de l'autre ; ou encore à la peur de son propre jugement. Il a souvent des origines sociales et culturelles. Il doit alors être respecté même s'il gêne la démarche diagnostique, car il peut être indispensable à l'équilibre du patient. Cela peut être illustré par

l'exemple d'un homme dont on sent qu'il essaye de retenir ses larmes car pour lui pleurer est humiliant.

▷ Le non-dit implicite

Il est le produit du rituel de la consultation, connu et accepté depuis l'enfance : plainte, interrogatoire, examen clinique, explications, rédactions d'ordonnances (ou autre), règlement. Pour certains patients, cela pourrait se résumer par : « chez le médecin, on parle de maladie ». Cette idée peut faire obstacle à l'abord d'un sujet important mais n'entrant pas pour eux dans le cadre de la maladie, ou encore créer une phobie de la consultation (masquant en réalité une phobie de la maladie).

▷ Le non-dit tabou

En théorie les tabous sont levés lors de la consultation médicale. Cependant, l'embarras pour beaucoup de patients à parler de sexualité, de douleur, de mort est à peine plus immense que celui des médecins à aborder les mêmes sujets.

Ce qui n'est pas dit ne pourra bien sûr pas être écouté à proprement parler. Mais l'écoute des silences, des gênes, des réticences ne peut-elle donner des pistes pour amener le patient, tout en préservant son intimité, à formuler ce qu'il a du mal à exprimer ?

### 1.3 LE SUIVI À LONG TERME

La consultation se situe souvent comme une étape d'un suivi à long terme. C'est une caractéristique liée à la médecine de ville, qui l'oppose à la médecine hospitalière. Nous entrons donc dans le domaine du savoir-faire et du savoir-être, non appris à la faculté ni pendant l'internat, mais plus tard, « sur le tas ». Et pourtant, c'est bien dans cette situation de suivi, qu'il est le plus important d'écouter.

### 1.3.1 La famille

On dit de nos jours « médecin traitant » pour désigner le généraliste chargé du suivi au long cours. Il était auparavant désigné par le terme « médecin de famille », et pour cause : encore aujourd'hui, malgré les nombreuses migrations, les membres d'une même famille consultent souvent au même endroit. Il n'est pas rare de suivre trois générations d'une même famille.

La conséquence de cela peut être néfaste : la jeune fille de seize ans ne va pas oser demander la pilule, le mari ne va pas oser avouer son adultère, la grand-mère ne va pas oser parler de sa tumeur. Pas seulement par peur que le médecin mette la famille au courant, mais par peur de le décevoir, de lui causer du souci, de voir son regard changer. Le médecin de famille est parfois un repère, et l'inquiétude de voir ce repère ébranlé peut être grande.

Pallier cette crainte est d'autant plus complexe, que, dans ces cas-là, il est possible qu'on n'ose pas nous-même entendre ces demandes : cette jeune fille est encore le bébé qu'on a tenu dans nos bras, ce mari est un mari puisqu'il vient d'habitude avec sa femme, et cette dame âgée, on l'a toujours connue en bonne santé !

Alors, à part rassurer régulièrement sur le caractère absolu du secret médical, que faire ? Est-il simple d'accepter qu'un patient – même bien connu – peut nous cacher des choses importantes, qu'il dira à un autre médecin ? S'il s'ouvre à nous au final, pourra-t-on dominer un sentiment « défendu » (colère, dégoût...) que cela provoquera peut-être en nous ?

### 1.3.2 L'habitude

L'écoute peut se désagréger avec l'habitude [16].

La trop grande connaissance des comportements, des réactions, la répétition des mêmes événements aboutit au sentiment de pouvoir prévoir l'autre, tant on le connaît. Si on anticipe ses réponses à coup sûr, alors il n'y a pas d'intérêt à poser de questions !



Le danger dans la relation médecin-malade est double :

La situation du médecin qui croit trop bien connaître son patient risque d'altérer la qualité de son interrogatoire et de son examen clinique – on le sait tous, et la vigilance est de mise. Cela vaut aussi pour l'écoute : dans ce domaine, comment ne pas relâcher ses efforts avec le temps ?

La situation du malade qui croit trop bien connaître son médecin est sûrement encore plus préoccupante, car agir sur cette composante est plus compliqué. Le risque est aussi bien plus grand : c'est celui de passer à côté de diagnostics importants. Imaginons un fumeur de cinquante ans qui tousse depuis trois mois expliquant à son entourage : « je n'en parle pas à mon médecin car je sais très bien qu'il va dire que c'est viral ». Il est vrai qu'il a déjà fait des bronchites virales traînantes (mais moins longtemps et à un âge moins avancé) et que le médecin lui avait toujours dit que c'était viral ! Éviter cet écueil est-il impossible ?

### 1.3.3 L'image de l'autre

L'image que l'on a d'un interlocuteur en face de nous est forcément biaisée – par ce que l'on connaît de lui, ce que l'on attend de lui, et par de multiples interprétations que nous faisons plus ou moins consciemment. Or, cette image va déterminer en grande partie ce que l'on dira ou pas à cet interlocuteur.

L'image qu'un patient a de son médecin peut avoir un impact non négligeable sur l'expression de ce patient, allant jusqu'à l'auto-censure. Jean-Louis Rouy en donne un exemple on ne peut plus parlant dans son chapitre « Les fonctions de la parole » dans un ouvrage sur la médecine générale [2]. Une patiente suivie régulièrement ne consulte plus pendant trois ans, puis revient à l'occasion d'une grippe. Elle explique qu'elle a eu un problème de contraception et ajoute : « je ne pouvais tout de même pas vous demander la pilule à vous, avec le crucifix qui est dans votre bureau ! ». Or, il n'y a jamais eu de crucifix dans le bureau.

Cette patiente a donc fait une erreur ; mais il peut être utile de se

demander pourquoi, et de s'imaginer que si, dans son cas l'erreur est dévoilée, d'autres idées semblables circulent parmi les patients du cabinet. En général, quelle est l'influence de nos propres croyances et de nos propres attitudes dans la prise en charge des patients ? [17]

Cette partie expose les contraintes liées au suivi à long terme dans le cadre de l'écoute. Il existe bien sûr des avantages à ce même suivi : ils compensent largement les inconvénients. Cela sera détaillé plus loin.

## 1.4 LES PERTURBATIONS INTÉRIEURES ET EXTÉRIEURES

Des perturbations peuvent gêner notre attention et nuire à notre qualité d'écoute. Elles sont de différentes natures et interrompent ou empêchent carrément l'écoute. On y est confronté en consultation, mais aussi sans cesse dans la vie non professionnelle, et ce depuis l'enfance. C'est l'élève de CM2 qui regarde une mouche voler (perturbation extérieure) ou qui pense à son goûter (perturbation intérieure).

### 1.4.1 Extérieures

Une écoute de qualité nécessite une attention dirigée vers l'autre. Mais l'attention « volontaire » peut être concurrencée par l'attention « involontaire » à des messages qui la sollicitent fortement. Il peut aussi bien s'agir de la banale sonnerie du téléphone (éventuellement suivie d'une conversation avec un tiers – ce qui n'arrange rien) ou d'un enfant agité présent dans la pièce, que d'une panne de stylo nécessitant une solution immédiate ou d'une quinte de toux irrépressible. Cette attention involontaire à des événements « hors contexte » est d'autant plus problématique que le médecin a des difficultés à se refocaliser rapidement sur la consultation en cours. Si anéantir ces distractions nuisibles est chimérique, existe-t-il un moyen d'améliorer sa capacité de concentration ?

### 1.4.2 Intérieures

Les perturbations intérieures peuvent être de différentes espèces [17].

Certaines sont directement liées à la consultation en cours. Cela est le plus souvent la conséquence d'un déséquilibre entre un patient qui a besoin d'exprimer une angoisse et un médecin inquiet par un aspect organique décrit par un patient. Le médecin coupe alors la parole du patient brutalement, ou cesse définitivement de l'écouter. On ne peut pas écouter correctement un patient alors qu'un système d'alarme intérieur est en route. Que faire pour que le patient ne se sente pas rejeté ?

D'autres sont liées au médecin lui-même. Sans parler de la simple lassitude à certains moments de la journée (fatigue, faim), si l'équilibre physique ou personnel est affecté, il est évident que les consultations vont en pâtir. Cela arrive régulièrement dans une carrière. Nous ne sommes ni des surhommes ni des robots (et les patients doivent bien le savoir). C'est pourquoi il faut apprendre à faire face. Est-ce que se forcer à écouter est une bonne idée ?

## 1.5 L'ADAPTATION AUX PATIENTS

Habituellement, au cabinet, les consultations s'enchaînent les unes après les autres, pendant plusieurs heures par jour. Le médecin doit alors rapidement modifier son attitude en fonction des différents patients [9]. Cela est difficile et épuisant, et n'est donc pas toujours mis en œuvre – au détriment de l'écoute [18].

### 1.5.1 Adaptation au désir du patient

Lorsqu'on tombe malade, on se pose beaucoup de questions : « Que se passe-t-il ? », « Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi et pourquoi maintenant ? », « Est-ce que j'aurais pu l'éviter ? », « Que dois-je faire ? », « Est-ce que c'est grave ? », etc. Comme le dit très bien Peter Tate dans son ouvrage sur la communication médicale [19], « personne ne va chez le médecin avec

seulement des symptômes en tête. Tout le monde arrive avec des idées à propos de ces symptômes, des peurs en rapport avec ces symptômes, et des attentes liées à ces symptômes. »

Le patient consulte pour avoir des réponses à toutes ces questions – même s’il n’ose pas toujours les exprimer spontanément. Il est très important d’essayer de repérer ces idées, ces peurs, ces attentes, pour pouvoir y répondre. Mais cela demande de s’adapter à chaque patient : celle-ci développe un goitre et craint un cancer, tandis que celle-là développe un goitre et craint une exophtalmie (comme sa tante) – et la prochaine craindra peut-être une intervention chirurgicale ou la prise d’un médicament pour le restant de ses jours.

Comment continuer, malgré la fatigue et le nombre croissant de patients, à mobiliser son attention, comme si chacun était le seul de la journée ?

### 1.5.2 Adaptation à la personnalité du patient

Ce paragraphe est indissociable du précédent.

En dehors de la consultation, le patient a une personnalité [9]. De la même façon que nous n’emploierons pas les mêmes mots avec quelqu’un qui parle français couramment et avec quelqu’un qui est en train de l’apprendre, notre attitude doit s’adapter à la personnalité que nous avons en face de nous.

Cette situation est appréhendée de façon assez intuitive. Pour aller plus loin, on peut utiliser la notion de lieu de contrôle, afin de distinguer deux types de patients : ceux à lieu de contrôle interne et ceux à lieu de contrôle externe [9].

Les individus à lieu de contrôle interne ont le sentiment de pouvoir influencer, grâce à leurs décisions et à leurs attitudes quotidiennes, sur leurs santé. A l’inverse, les individus à lieu de contrôle externe, auront l’impression, selon les cas, de devoir leur bonne ou leur mauvaise santé à une

bonne étoile, à la chance, à la compétence d'un médecin, ou au contraire à une négligence technique.

La façon d'aborder l'un ou l'autre de ces patients sera très différente ; ou du moins devrait-elle l'être. Mais passer rapidement d'une personnalité à l'autre n'est guère facile. De plus, dans la réalité, les patients se situent quelque part entre ces deux extrêmes (lieu de contrôle mixte). Comment mettre en œuvre cela dans notre pratique quotidienne ? Comment assurer à chacun une qualité d'écoute adaptée ?

Nous ne pouvons pas nous attendre à ce que les patients seuls fassent un effort d'adaptation. Si un étranger fait un effort pour se faire comprendre alors qu'il ne parle pas le français, ne va-t-on pas lui répondre de même, par des mots simples, des gestes, des schémas ? Là encore, l'écoute du patient et la perception de ses caractéristiques individuelles sont à la base d'une relation de qualité.

## 1.6 CAS PARTICULIERS

Ces cas particuliers ne font pas partie de la consultation type de médecine générale. Cependant, parce qu'ils atteignent fortement notre capacité à écouter, ils doivent être évoqués.

### 1.6.1 Le patient privé du langage

Il y a ce qu'on appelle joliment la « barrière de la langue » quand elle est quasi-totale, les sourds-muets, l'aphonie et l'aphasie, la trachéotomie, et d'autres encore. Ce sont somme toute des situations assez rares, mais cela ne rend pas les choses plus simples.

Comment « écouter » quelqu'un qui ne parle pas ? Comment dépasser cette impossibilité radicale de communiquer ?

### 1.6.2 Le patient ne voulant pas s'exprimer

Il peut s'agir d'un patient refusant clairement de répondre à nos questions dépassant le champ médical. Il peut aussi s'agir d'un patient qui ne « veut » pas s'exprimer sur la composante psychologique éventuelle de ses troubles, parce qu'il la rejette.

Il faut que celui qui écoute sache accepter les réserves de celui qu'il a en face de lui. L'écoute active et empathique ne risque-t-elle pas de forcer certains patients à parler ?

### 1.6.3 La consultation à plusieurs

#### Tiers

La présence d'un tiers lors de la consultation d'un adulte (le plus souvent l'époux ou l'épouse) peut être un paramètre positif ou négatif. Tout de même, cela vient le plus souvent gêner l'écoute du patient lui-même. Il est de toute façon très difficile de demander à l'accompagnant de rester dans la salle d'attente si les deux consultants sont d'accord. Cela est très fréquent, alors, comment s'entraîner à gérer ça au mieux ?

#### Enfant (en âge de s'exprimer)

Cela est tout-à-fait différent de la situation précédente, car l'enfant n'a pas eu le choix de venir ou non avec son parent, et que celui-ci a un désir tout naturel de vouloir assister à la consultation, voire d'y participer réellement. Le parent risque alors de s'interposer en un véritable écran, entre son enfant et le médecin. Le cas est encore plus complexe lorsqu'il s'agit d'un adolescent. Comment s'adresser à l'enfant de façon à créer une situation d'écoute privilégiée ?

### 1.6.4 Le patient trop ému pour s'exprimer

Le plus souvent, il s'agit de colère ou d'anxiété (ou les deux !). Nous avons alors à faire en général, soit à une logorrhée où il est laborieux

de démêler l'important du détail, soit à un silence entrecoupé de paroles lancées comme des bouées mais malaisées à interpréter. Garder son calme est alors fondamental – notamment dans le cas délicat où la colère est adressée au médecin [20].

Comment réussir à « mettre les choses à plat »? Comment ne pas laisser le surcroît d'émotion du patient nous atteindre et polluer notre écoute?

## CONCLUSION DU CHAPITRE

Le matériel est donc :

- ▷ d'une part les travaux les plus significatifs proposant des techniques pour développer les capacités d'écoute. Ceux choisis avaient en général une approche commune, mélangeant le domaine commercial, le management ou le conseil ;
- ▷ d'autre part la grille d'analyse qui précède, largement aidée dans sa conception par la lecture d'ouvrages traitant de la relation médecin-malade et de la communication médicale.

La méthode utilisée était de passer les techniques proposées au crible de nos contraintes pour les adapter à notre exercice ; et ainsi, essayer de proposer un outil utilisable pour la formation ou l'auto-formation à l'écoute au sein de notre profession.

Les résultats vont maintenant être présentés en deux temps :

- ▷ les outils permettant de surmonter les difficultés inhérentes à l'écoute. Elles sont liées aux rapports humains et à notre personnalité profonde.
- ▷ les outils permettant d'apprendre à maîtriser les techniques d'écoute active. Ces techniques très pratiques viennent à notre secours dans la pratique quotidienne.





# RÉSULTATS - 1 : SURMONTER NOS DIFFICULTÉS À L'ÉCOUTE

# 2

## SOMMAIRE

2.1	PREMIÈRE DIFFICULTÉ : LE MESSAGE ÉMIS PEUT ÊTRE INCOM- PLET OU BROUILLÉ . . . . .	36
2.1.1	L'omission . . . . .	36
2.1.2	La distorsion . . . . .	37
2.1.3	La généralisation . . . . .	37
2.2	DEUXIÈME DIFFICULTÉ : LA RELATION ENTRE DEUX INTERLOCU- TEURS NE SE CRÉE PAS EN UN JOUR . . . . .	38
2.2.1	La communication interprétative . . . . .	38
2.2.2	Concepts de diagnostic focal /diagnostic approfondi . . . . .	40
2.2.3	La souplesse . . . . .	40
2.3	TROISIÈME DIFFICULTÉ : LA RÉCEPTION DU MESSAGE PEUT ÊTRE MODIFIÉE DE FAÇON PONCTUELLE . . . . .	41
2.3.1	L'absence de congruence . . . . .	41
2.3.2	La pollution de l'intention . . . . .	43
2.4	QUATRIÈME DIFFICULTÉ : LA FAÇON D'ÉCOUTER INFLUENCE PROFONDÉMENT LA RÉCEPTION DU MESSAGE : LA GRILLE DE PORTER . . . . .	44
2.4.1	Solution-action . . . . .	45
2.4.2	Évaluation . . . . .	45
2.4.3	Interprétation . . . . .	45
2.4.4	Soutien . . . . .	46
2.4.5	Investigation . . . . .	46
2.4.6	Compréhension . . . . .	47
	EXERCICES . . . . .	47
	CONCLUSION . . . . .	65



**L**A difficulté d'écouter vient de la déformation du message entre son émission et sa réception. En effet, nous ne pouvons pas lire dans la pensée de nos interlocuteurs. Or, à chaque étape du processus de l'échange verbal, il y a une altération du message [21].

### **Lors de l'émission**

Une première difficulté réside dans le fait que nous communiquons avec des mots. Nous cherchons ceux qui traduisent le mieux notre pensée, et c'est loin d'être évident. Lors de l'émission déjà, le message est potentiellement altéré par la traduction de la pensée en mots.

Bien sûr, les messages non verbaux sont aussi une abondante source d'information, mais leur intention est différente et leur emploi est la plupart du temps encore moins bien maîtrisé que celui des mots.

### **Lors de la diffusion**

Le message peut être perturbé par l'environnement, notamment s'il existe un bruit ambiant.

### **Lors de la réception**

Elle peut être perturbée par des éléments inhérents à l'écouter. Celui-ci peut en effet être victime d'idées préconçues, d'une imagination fertile, d'interprétations fâcheuses, et n'intégrer qu'une partie du message émis.

Comment limiter la déformation du message ?

« Il n'est personne qui, pour verser une liqueur d'un vase dans un autre, ne les incline tous les deux, et n'adapte les ouvertures, afin que rien ne se répande », remarque Plutarque [10].

L'altération du message au moment de l'émission est un élément fondamental à garder en tête ; on n'en parlera ici que sous le prisme de l'écouter qui reste vigilant devant ce phénomène.

L'objectif principal de ce travail est en effet de réussir à minimiser l'altération du message au moment de la réception, en améliorant notre

faculté à écouter. On le comprend bien, éviter d'être un filtre déformant est une des clés de l'écoute de qualité. Cela permet de renvoyer fidèlement ses paroles à l'écouté et lui donner ainsi l'occasion de se sentir pleinement compris.

## 2.1 PREMIÈRE DIFFICULTÉ : LE MESSAGE ÉMIS PEUT ÊTRE IN-COMPLET OU BROUILLÉ

Si l'on veut mieux décrypter ce que l'autre essaie de nous formuler, il faut savoir détecter ce qui n'est pas dit de façon limpide ; autrement dit, lire entre les lignes. Ce n'est pas toujours évident !

Voici trois attitudes fréquentes, décrites par le linguiste Alfred Koryski à connaître et à garder en tête [22, 16] :

### 2.1.1 L'omission

L'interlocuteur oublie de mentionner certains détails essentiels qui permettraient une compréhension de son discours. Si l'on n'y prête pas attention, nous allons laisser passer ces détails. Or, s'ils ont été oubliés, c'est justement qu'ils ont leur importance. Une fois l'omission remarquée, il faut essayer de corriger le tir pour savoir ce qui a été oublié. Il suffit en général de simplement poser la question – sans se montrer exaspéré ou impatient toutefois.

Un exemple :

Le patient : « C'est encore pire Docteur, je ne sais pas comment je vais faire »

Le médecin : « Pire que quoi ? »

Le patient : « Pire que quand ma femme avait un cancer. Elle, elle pouvait compter sur moi quand elle était en phase terminale, mais moi, je suis tout seul. »

### 2.1.2 La distorsion

L'interlocuteur présente quelque chose de réel (son comportement, des événements) sous la forme de notion abstraite. C'est là une démarche assez fréquente quand on veut cacher et montrer quelque chose à la fois : on le dit, tout en le laissant dans l'ombre. Cela peut être de la simple timidité ou encore l'expression d'une grande souffrance ; la formule abstraite permet alors d'accepter les faits sans réellement y faire face. Il faut aider le patient à verbaliser, en s'aidant d'une question ou d'une reformulation.

Voici un exemple :

Le patient : « J'ai perdu mon sang froid et maintenant elle ne veut plus me parler. »

Le médecin : « Perdu votre sang froid ? C'est-à-dire ? »

Le patient : « Je lui ai dit que si ça continuait comme ça, je ne pourrai plus supporter la situation, et je partirai. Mais j'ai dit ça sous le coup de la colère ! »

### 2.1.3 La généralisation

L'interlocuteur formule un discours général, souvent très strict. Nous avons tous entendu une phrase du type : « J'ai tout le temps mal à la tête ». En permanence ? Cela paraît peu probable. Pourtant, cela traduit le sentiment propre du patient. Dans cette situation en particulier, il est difficile mais sage de laisser parler le patient sans l'interrompre dans un premier temps. Dans un second temps, on pourra réintroduire la généralisation dans l'échange pour en comprendre le sens.

Prenons un exemple :

Le patient : « De toute manière, je ne vais jamais chez le médecin, je déteste tous les médecins. Là, je suis venu parce que j'ai l'impression de ne pas avoir le choix. J'ai le nez qui coule et ça fait deux nuits que je ne dors plus. Je voudrais un traitement pour pouvoir à nouveau dormir correctement. »

Le médecin : « Depuis quand avez-vous le nez qui coule ? »

Et lors de la rédaction de l'ordonnance, le médecin : « Vous m'avez dit tout à l'heure que vous détestiez tous les médecins ; qu'entendiez-vous par là ? »

Le patient : « Quand j'étais petit, je faisais des rhumes trois fois par mois. J'ai du aller voir l'allergologue, l'ORL, le pneumologue, j'en passe et des meilleurs. J'ai passé mon enfance chez les médecins ! Au final, on a décrété que je m'enrhumais lorsque j'étais contrarié : j'ai du aller voir le psy pendant deux ans. Tout ça pour rien ! »

Il va sans dire que ces messages troublés lors de l'émission ne le sont pas par hasard. Il y a donc un intérêt certain à apprendre à reconnaître ces attitudes et à réagir.

Il y a souvent, dans une certaine mesure, une capacité intuitive qui se développe avec l'expérience. Elle permet à beaucoup de praticiens de percevoir ces déformations du message, et d'y répondre de façon ajustée.

En connaître le versant théorique ne peut être que bénéfique et hâter le développement de ce sixième sens qu'est l'intuition.

## 2.2 DEUXIÈME DIFFICULTÉ : LA RELATION ENTRE DEUX INTER-LOCUTEURS NE SE CRÉE PAS EN UN JOUR

Un niveau de compréhension satisfaisant entre deux partenaires est rarement acquis d'emblée.

Cela a beaucoup été étudié dans le cadre de la relation médecin-malade. En médecine générale, cette composante doit être prise en compte. En effet, dans bon nombre de cas, la relation va s'inscrire dans le long terme, et se modifier au cours du temps.

### 2.2.1 La communication interprétative

Selon cette théorie, tout acte communicatif est dominé par la présence de codes socialement et historiquement déterminés. Bien entendu, ces

codes diffèrent selon le modèle culturel, la représentation de la maladie, l'histoire personnelle et le vécu médical [23].

Or, le refus ou l'ignorance, par l'un des partenaire de l'échange, du code utilisé par l'autre entraîne des malentendus. C'est une situation fréquente de la consultation médicale.

Du côté du médecin, connaître le patient va « lisser » ce type d'interférence. En effet, prendre conscience de la façon bien à lui dont il s'exprime, permet de mieux entendre ce qu'il a à dire. Jean-Louis Rouy le résume ainsi : « Nous sommes donc contraints à une double écoute : écoute selon le code de la sémiologie médicale et écoute qui permet l'apprentissage du code utilisé par les patients » [24].

Il est difficile de donner un exemple à la fois clair et non simpliste, puisque cette connaissance du patient est très fine. Cependant, nous avons déjà tous dit ou entendu dire quelque chose comme : « Madame H., je la connais depuis 10 ans, si elle ne parle pas de son fils dans les dix premières minutes de la consultation, c'est qu'elle est préoccupée ! ». Dans ces cas-là, un simple « Et à part ça, comment allez-vous Madame H. ? » peut suffire à aider la patiente – parfois non consciente de sa propre préoccupation – à s'exprimer.

Commençons par prendre conscience de cette double écoute. Certains codes sont plus faciles à prendre en compte que d'autres, selon notre personnalité. Quels sont nos points faibles et nos points forts ? S'approprier le langage du patient est généralement plutôt ludique, comprendre comment celui-là exprime sa gêne et celui-ci son angoisse est plus délicat, assister à une sonnerie de portable en dit long, etc.

On peut s'aider à cette activité de décryptage en notant ces éléments dans le dossier (la partie destinée uniquement au médecin et non visible par le patient), même s'ils paraissent insignifiants. Cela accélérera le processus de façon notable.

### 2.2.2 Concepts de diagnostic focal /diagnostic approfondi

Michael Balint donne une importance fondamentale à ces concepts : le diagnostic focal, et en opposition, le diagnostic approfondi [25]. Cela est en lien direct avec la communication interprétative. Cette redondance souligne l'importance de ces notions dans une démarche diagnostique, et non uniquement une situation de soutien psychologique.

Le diagnostic focal est centré sur la plainte ou la maladie du patient. Un traitement dont les modalités sont définies par les recommandations lui correspond.

Le diagnostic approfondi, lui, inclut des éléments de l'histoire du malade et de sa famille, et parfois de l'histoire du lien que le malade a créé avec son médecin. Au diagnostic approfondi correspond une adaptation de la réponse du praticien aux particularités du patient.

C'est un exercice intéressant d'essayer, à chaque consultation, de conclure par un diagnostic focal et un diagnostic approfondi. Cela donne souvent un autre angle de vue de la pathologie du patient, et à force de s'entraîner un jour par-ci, un jour par-là, cela deviendra naturel. Là encore, le dossier médical est un atout à mettre de son côté : un jour après, vous souviendrez-vous avoir fait l'hypothèse d'une « anxiété passagère liée à la date anniversaire du décès du père » comme diagnostic approfondi, si vous n'avez noté dans le dossier que le diagnostic focal : « crise d'asthme sans gravité » ? Or, revoir le patient pour une crise d'asthme à la même date l'année d'après n'est pas anodin. S'il est venu plusieurs fois entre temps pour d'autres symptômes, cela risque de passer inaperçu.

### 2.2.3 La souplesse

Dans son livre sur la communication médicale, Peter Tate explique qu'une des grandes difficultés de l'exercice de la médecine générale est de s'adapter au style de communication de chaque patient [7]. Plusieurs travaux et études ont montré que nous avons tendance à parler de la même façon à un patient anxieux et à un patient insouciant, à un patient atteint



de pathologie chronique ou un autre de pathologie aiguë, à un patient conscient du caractère psychosomatique de ses troubles et à un qui ne l'est pas etc. C'est ce que nous avons vu dans la première partie : l'adaptabilité est très complexe lorsque les consultations s'enchaînent. Or, l'importance pour la relation médecin-malade et au niveau des résultats obtenus est indéniable.

Là encore, la connaissance du patient favorise ce processus.

La parade à cette insuffisance est, toujours selon Peter Tate, d'explorer les priorités de notre malade – c'est-à-dire ce pour quoi ils sont venus nous consulter. Ainsi nous pourrions les respecter – pas nécessairement toutes – et lui parler de ce qui compte à ses yeux, au lieu de rester centrés sur nos priorités de médecin. « La communication sera alors taillée sur mesure ».

On le voit bien ici, toutes ces notions sont proches et amènent à penser qu'en s'ouvrant à nos patients, en cherchant à vraiment les connaître, on avance petit à petit vers une meilleure entente. Et qui dit meilleure entente, dit meilleurs résultats, tant sur le plan technique que sur le plan humain.

Cela passe par l'écoute. L'écoute à long terme, l'écoute attentive, l'écoute sans requête explicite.

## 2.3 TROISIÈME DIFFICULTÉ : LA RÉCEPTION DU MESSAGE PEUT ÊTRE MODIFIÉE DE FAÇON PONCTUELLE

### 2.3.1 L'absence de congruence

Dans tous les cas, l'acte de communiquer est commandé par le souci de comprendre quelque chose dans ce que dit l'autre : c'est l'écoute-compréhension. Cela s'inscrit toujours dans l'interaction entre deux personnes :

- ▷ le premier décide de dire quelque chose au second ;
- ▷ le second peut écouter ce qu'il est capable d'entendre de ce que dit le premier.

Voici donc la première limite dans l'émission : on décide de dire ou de ne pas dire. Dans la relation médecin-malade, agir sur cette composante est facilité par l'emploi des techniques d'écoute active présentées dans la partie suivante.

Autre limite majeure de la réception : on ne comprend que ce qu'on veut.

Or, « pour écouter l'autre, il me faut d'abord m'écouter moi-même » dit Carl Rogers. Se connaître soi, c'est apprendre à s'accepter ; et en s'acceptant, on est davantage en mesure d'accepter les autres. Et donc d'être capable d'entendre ce qu'ils ont à dire.

Ce qu'on ne peut pas entendre reflète une partie de nous que l'on connaît mal, que l'on réprime, que l'on combat.

La congruence se définit comme la réalisation de l'adéquation la plus parfaite entre notre ressenti et notre comportement. Cultiver la congruence, c'est chercher à avoir une relation d'authenticité [26, 18].

Ainsi, s'entendre dire quelque chose d'inacceptable pour soi, va conduire à une écoute fautive (je mime quelqu'un qui écoute, mais je ne prends pas en compte ce qu'on me dit), une écoute bloquée (je coupe court à la conversation sous un prétexte quelconque), une écoute altérée (je vais répondre en laissant transparaître ma colère, mon dégoût, mon rejet mais sans les assumer).

Ce paragraphe est un peu à part dans ce travail sur les techniques d'apprentissage de l'écoute. En effet, je ne pense pas qu'il existe de recette ou d'astuce permettant de mieux se connaître. Un éveil à soi est très important, mais difficile à acquérir.

Je me contente donc de parler de la congruence, libre à chacun de s'interroger sur ce qu'il a du mal à entendre et pourquoi.

### 2.3.2 La pollution de l'intention

Imaginer que communiquer puisse se faire sans la mise en jeu de tensions et de rapports de force, avec le seul plaisir de donner et de recevoir, relève d'une utopie [26].

L'écoute est plus ou moins polluée parce qu'elle est associée à des intentions (souvent non déclarées) : provoquer, séduire, agresser, juger, affaiblir, influencer, persuader, rallier, flatter... Ainsi, la principale cause de la non-écoute, c'est l'écoute à d'autres fins que d'écouter.

Dans le cadre de la consultation de médecine générale, la quantité d'intentions néfastes est cependant limitée.

L'attitude de séduction est importante chez certains médecins (il ne s'agit pas de séduction au sens sexuel du terme, bien entendu), la volonté de persuasion est souvent impliquée, un instinct voyeur entre parfois en jeu, une volonté de prendre le dessus dans la relation également (à l'extrême : « maintenant que je vous ai laissé parler, c'est à mon tour, et ne m'interrompez pas »). Cette liste non exhaustive me paraît cependant relever de comportements assez particuliers.

Un cas très fréquent à l'inverse est la pollution par le réflexe conditionné de la recherche du diagnostic. Devant un patient triste qui nous parle de ses problèmes de sommeil, nous allons poser trop vite des questions sur son appétit et sur l'existence d'idées noires, pour rechercher une dépression cliniquement patente.

Selon Lionel Bellenger, il convient donc de revenir à nos intentions, pour espérer « reconfigurer notre écoute » en tant que faculté et la remettre en phase avec la volonté d'une écoute empathique [26].

Dans l'exemple du patient relatant ses troubles du sommeil, on peut se souvenir que la première phase de la consultation réside dans l'écoute du patient. Peut-être va-t-il aborder lui-même ses troubles de l'appétit ou son aboulie ! Attendons qu'il ait fini d'exposer sa situation, et ce dans un mode d'écoute vigilante mais non polluée, puis commençons l'interrogatoire.

Cela est loin d'être évident, mais après un peu d'entraînement, cela peut devenir spontané et vrai.

## 2.4 QUATRIÈME DIFFICULTÉ : LA FAÇON D'ÉCOUTER INFLUENCE PROFONDÉMENT LA RÉCEPTION DU MESSAGE : LA GRILLE DE PORTER

Ce paragraphe permet d'aborder la question de l'utilité de l'apprentissage de techniques d'écoute alors que la spontanéité est le garant d'un contact sincère. Il faut être vigilant à ce que les techniques d'écoute active détaillées au chapitre suivant ne viennent fausser l'échange. Avant d'en arriver là, il est bon d'observer de quoi la spontanéité est faite.

Un outil nous permet de prendre conscience de notre façon d'écouter, avant même de la travailler pour l'améliorer : La Grille de Porter [26, 27, 28].

On doit à Elias Porter une grille de repérage des attitudes au cours des dialogues. Cette grille, traduite et enrichie par des spécialistes français (Roger Muchielli, Antoine de Peretti, Michael Pagès) prend en compte deux groupes de phénomènes qui affectent une réponse et en ce sens conditionnent l'écoute [29, 30, 31] :

- ▷ Nos dispositions internes à l'égard d'autrui

Elles sont en rapport avec notre degré de dépendance aux autres, l'état de nos conflits internes et nos mécanismes de défense ;

- ▷ Nos dispositions à l'égard de nous-mêmes

Elles concernent le niveau de conscience de notre responsabilité, le rapport que nous entretenons avec nous-même (estime, angoisse, etc.).

Dès que nous dialoguons, ces dispositions sont affectées positivement ou négativement par les comportements d'autrui. D'où des réponses et des attitudes en réaction. Le mérite de Porter est d'avoir formulé cinq grands registres pour faire apparaître une sixième attitude qui privilégie la compréhension et crée les conditions d'une réelle écoute. Les voici :

### 2.4.1 Solution-action

L'écouter réagit en formulant :

- ▷ un ordre (« Faites plutôt comme ceci ! »);
- ▷ des conseils (« Si j'étais vous, je ferais comme ceci. »);
- ▷ des menaces (« Si vous ne faites pas comme ceci, vous allez le regretter »).

En cherchant une solution à tout prix, il ne réagit qu'en référence à lui-même : il fonctionne comme s'il se parlait à lui-même en croyant répondre à un autre. Cela peut alors donner à l'interlocuteur l'impression que l'on cherche à se débarrasser du problème au plus vite.

Il me semble que cette attitude est très fréquente chez les médecins. Il est assez intéressant de rapprocher cette attitude de ce que Balint appelle « la fonction apostolique » [32]. Selon lui, chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Et n'a de cesse d'essayer de « convertir » ses patients à sa « foi ». Le vocabulaire religieux employé pour décrire ce concept n'a pas été choisi par hasard, bien sûr.

### 2.4.2 Évaluation

L'écouter réagit en formulant une opinion par rapport :

- ▷ au mérite (« Ca ne vaut pas la peine d'angoisser pour ça »);
- ▷ à l'utilité (« ça ne sert à rien d'angoisser, vous savez »);
- ▷ à l'exactitude (« si, vous êtes angoissé ») de ce que dit l'autre.

Il se place en juge du comportement, de l'action, des décisions de l'autre. En se comportant ainsi, il risque d'entraîner des réactions de justification, et donc de fermer l'espace d'écoute.

### 2.4.3 Interprétation

L'écouter réagit en allant plus loin que l'autre, en visant implicitement à instruire l'autre sur lui-même (« Vous n'y êtes pas allé parce que vous

avez eu peur de déranger. »). Il pense pour l'autre à partir de ses propres déductions, et risque ainsi de passer à côté de la réalité.

Bien sûr, on peut tomber juste et constater que l'autre acquiesce spontanément, mais quelle garantie a-t-on qu'il aurait produit lui-même cette opinion ?

#### 2.4.4 Soutien

L'écouter veut rassurer, apaiser l'angoisse.

En procédant de cette façon, il étouffe chez l'autre ce qu'il ne supporterait pas d'entendre très longtemps. L'écouter, lui, peut avoir le sentiment que son problème n'est pas aussi sérieux qu'il se le représente et que sa plainte est injustifiée (« ce n'est pas grave, ça passera aussi vite que c'est venu, vous verrez »).

Attention aussi au risque de dépendance que peut créer la sensation d'être consolé chez certains sujets.

#### 2.4.5 Investigation

L'écouter a une attitude questionnante. Il s'agit plutôt d'un signe d'écoute favorable, une volonté d'en savoir plus sur son interlocuteur. Cependant, s'il reste sur ce registre, l'écouter risque de tomber dans deux écueils.

Le premier consiste à orienter l'échange de manière personnelle et de le conduire éventuellement vers certaines conclusions – hors de portée ou à contre-sens des attentes de l'autre.

Le second fait basculer l'attitude d'investigation vers une orientation oppressive si ce n'est agressive. Rappelons-nous que toute question implique une hypothèse : si je demande, c'est que j'imagine que c'est possible.

Globalement, ces réactions se caractérisent par une écoute biaisée. Quand on ne prend pas le soin d'écouter pour entendre, comprendre,

prendre en compte et rejoindre l'autre, on prend le risque d'effets dommageables sur la communication.

L'essentiel de la grille de Porter permet de façon précise de noter nos réflexes, nos tendances et de mieux comprendre pourquoi certains de nos dialogues prennent le tour qu'ils prennent.

Selon Lionel Bellenger, la clé est de se poser la question : « Comment j'ai réagi quand il m'a dit cela ? » [26].

Enfin la sixième attitude complète la grille de Porter. Elle est celle qui offre la meilleure garantie d'une écoute de qualité.

#### 2.4.6 Compréhension

L'écouter renvoie en écho ou en miroir le contenu des propos de l'autre (et au delà, il est vigilant aux intonations, gestes, mimiques), sans les interpréter mais en en tenant compte. Cela aboutit à une invitation à parler, et à une expression qui se libère progressivement du poids de la dépendance et des mécanismes de défense.

La non-directivité de l'écouter et la moindre pression peuvent renvoyer l'autre plus durement à son expérience, à sa responsabilité. Et réveiller alors un peu d'angoisse. Mais la vérité de l'échange est à ce prix.

Ainsi, la grille de Porter, en plus de nous permettre d'analyser notre façon d'écouter et son retentissement sur nos interlocuteurs, nous montre la voie de l'amélioration. Il est temps de passer à la pratique !

### EXERCICES

Les exercices suivants concernent les résultats venant d'être exposés. D'autres se trouveront à la suite de la deuxième partie des résultats.

Ils peuvent être réalisés seul dans le cadre de l'auto-formation, ou encore mieux, à plusieurs lors d'une formation de groupe.

### Exercice n° 1

Il existe des exercices permettant de travailler sur la façon naturelle dont nous écoutons les autres.

Le premier est le test de Porter. Je choisis de l'exposer à cette place, car il illustre parfaitement bien la grille de Porter. Il s'agit d'un exercice réalisé dans le but de prendre conscience de la manière dont on réagit en face à face, quand l'autre vous fait part de son message.

**Consigne** Voici dix situations. Pour chacune d'entre elles sept réactions possibles sont proposées. L'exercice consiste à choisir celle qui serait la nôtre. A la fin, les résultats seront comptés pour dévoiler une tendance ou une autre.

Ces situations concernent un manager, devant se montrer à l'écoute de son équipe.

J'ai donc extrait la problématique de chacune des questions, et je l'ai transposée à l'exercice médical. Par exemple, à la question 5, le test de Porter parle d'un administrateur se plaignant de son travail trop prenant qui empiète sur sa vie personnelle : cela devient ici un patient trouvant un traitement de fond trop contraignant par rapport à ses conditions de vie.

Le test de Porter original se trouve en annexe.

**Première situation** Une patiente consulte un psychologue sur vos conseils depuis 3 mois. Elle vous déclare lors d'une consultation : « Je ne comprends pas pourquoi, mais j'ai l'impression de ne pas réussir à créer une relation. Il est très bien, mais dès la première séance, le contact était mauvais. C'est peut-être de ma faute, je refuse peut-être d'être aidée. »

1. Le contact était mauvais ? C'est-à-dire ?
2. Non, ne vous en faites pas, c'est une chose courante et normale au début d'une psychothérapie ; quelques semaines encore et les choses vont s'arranger.



3. Pourquoi n'essayez-vous pas de le voir deux fois par semaine au lieu d'une ?
4. Je vous trouve bien pessimiste, c'est peut-être votre attitude qui met un frein à tout ça.
5. Vous avez l'impression d'avoir des difficultés à nouer une relation avec votre thérapeute. Vous vous demandez si cela est lié à un mauvais contact entre vous ou si vous êtes responsable.
6. Vous avez l'impression d'avoir des difficultés à nouer une relation avec votre thérapeute et il est vraisemblable que ce mauvais contact ne facilite pas les choses.
7. Ouvrez-vous à lui !

**Deuxième situation** Vous voyez pour la deuxième fois en consultation, une patiente atteinte de diabète de type 1 depuis 10 ans maintenant. Son hémoglobine glyquée est acceptable et son carnet rempli correctement ; par contre, il y a souvent des erreurs dans l'adaptation des doses d'insuline. Lorsque vous abordez le sujet, elle répond : « Je suis diabétique depuis 10 ans, personne ne m'a jamais dit que c'était si important. Aujourd'hui vous voulez tout changer à mes habitudes. Je ne vois pas pourquoi : il m'arrive de faire des erreurs, mais mon hémoglobine glyquée est bonne et je ne comprends pas ces reproches. »

1. Vous avez du mal à comprendre pourquoi je vous indique vos erreurs et vous croyez que je trouve votre diabète déséquilibré.
2. Ne vous inquiétez pas, je vois bien que globalement tout se passe bien, il s'agit de corriger ce détail seulement.
3. Vous pensez que je vous fait des reproches parce que vous faites des erreurs dans l'adaptation des doses.
4. Ce que je vous demande, c'est d'adapter vos doses d'insuline comme il faut.

5. Votre hémoglobine glyquée est tout de même plus élevée que lors des deux dernières prises de sang, et je m'étonne que le sachant, vous ne compreniez pas la situation.
6. Vous devriez être plus impliquée dans votre maladie.
7. Qu'est-ce qui vous fait penser que je vous fait des reproches ?

**Troisième situation** Une patiente habituellement suivie par votre associée demande à avoir un rendez-vous avec vous. Au cours de celui-ci, elle vous déclare : « Je ne veux plus être suivie par lui... Il ne m'explique rien... Il s'en fiche de moi. J'en ai assez... »

1. Il ne s'occupe pas de vous comme vous aimeriez, vous souhaitez être suivie par moi.
2. Allons dans son bureau, nous allons régler cette question ensemble.
3. Il ne vous convient pas et vous ne voulez plus être suivie par lui.
4. À votre place, je réfléchirais avant de prendre une décision aussi importante, et j'essayerais de voir s'il n'est pas possible de mieux m'entendre avec lui.
5. Qu'est-ce que vous entendez par « il s'en fiche de moi ? »
6. Je vous comprends, vous vous sentez mal prise en charge. Peut-être est-il stressé en ce moment et cela va sûrement s'arranger.
7. Je trouve votre remarque pas très sympathique. Il est possible qu'il ait des torts, mais vous êtes en train de me demander d'entrer en compétition avec mon collègue.

**Quatrième situation** Un patient traité avec succès il y a 6 mois pour une spondylarthrite ankylosante découverte par vous, vient un soir en consultation. Il vous déclare : « Je ne veux pas faire autant de kiné. Je travaille beaucoup, j'ai une heure de transport aller-retour, et ma femme trouve déjà que je ne passe pas assez de temps avec nos deux jeunes enfants. Je ne comprends pas pourquoi je dois y aller trois fois par semaine et faire en plus des exercices à la maison. »

1. Vivre avec une maladie chronique, ce n'est facile pour personne. Vous verrez, avec le temps, vous y arriverez de mieux en mieux.
2. Pourquoi n'essayez-vous pas d'équilibrer votre vie familiale en fonction de ces contraintes ?
3. Que suggérez-vous pour que nous puissions concilier votre souhait légitime de ne pas trop empiéter sur votre vie privée tout en s'occupant de votre maladie ?
4. Je trouve que vous manquez d'implication : une maladie chronique comporte un traitement de fond, il faut l'accepter.
5. La kiné vous gêne parce qu'elle vous prend du temps. Trouvez un kiné près de votre travail, disponible à la pause déjeuner.
6. Vous avez l'impression que la kiné vous empêche de vivre votre vie tranquillement.
7. Vous vous plaignez de votre traitement qui est pourtant efficace.

**Cinquième situation** Vous suivez une famille dont le fils aîné est décédé brutalement un an plus tôt. Le cadet vient vous voir plusieurs fois pour des douleurs abdominales atypiques. Les explorations ne montrent aucun trouble organique. Vous lui posez quelques questions sur sa relation à son frère et sur ses éventuelles difficultés à faire le deuil de celui-ci. Il réagit avec vivacité : « Je ne comprends pas pourquoi vous voulez que je parle de mon frère, je ne me suis pas plaint et j'essaie de ne pas y penser. »

1. Vous essayer de ne pas y penser, je le vois bien, et c'est justement ce que je vous reproche.
2. Vous êtes fermé en venant ici parce que vous pensez que je ne peux pas vous aider.
3. Allons, allons, ne dramatisons pas : je comprends bien que ces questions soient désagréables pour vous, mais je l'ai justement provoqué parce que je crois que cela est nécessaire et que je peux vous aider.
4. Dans ce cas comment peut-on vous aider à faire le deuil ?

5. Voyez-vous, il me semble que vous auriez intérêt à prendre sur vous et je suis tout prêt à vous aider dans cette voie.
6. Vous êtes très perplexe, vous ne voyez pas l'utilité de parler de votre frère et vous pensez que ne pas y penser est mieux, c'est bien ça ?
7. Calmez vous ! Nous allons faire le point.

**Sixième situation** La nouvelle secrétaire travaille depuis un mois dans votre cabinet de groupe. Un soir, elle vous dit « Je ne suis pas très sûre de savoir comment les choses fonctionnent ici. Il est évident que les différents médecins critiquent mon travail, mais aucun d'eux ne m'informe sur ce qu'il voudrait exactement. »

1. Demandez-leur les informations nécessaires, ils vous répondront.
2. Quelles sont les critiques que vous entendez ?
3. Vous manquez d'aisance dans votre travail, et vous ne comprenez pas ce qu'il faut améliorer.
4. Vous pensez que si vous étiez mieux informée, vous feriez mieux votre travail.
5. C'est en allant à la pêche aux informations qu'on apprend le métier. Dans un peu de temps, ça ira mieux, vous verrez.
6. Et si vous regardiez attentivement les cahiers de rendez-vous d'avant votre arrivée, vous pourriez comprendre la façon de fonctionner des uns et des autres.
7. Les médecins critiquent votre travail parce que vous ne faites pas d'effort pour vous adapter.

**Septième situation** Vous voyez régulièrement une patiente dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour son traitement par AVK. En passant dans le couloir qui mène à la salle d'attente, elle vous entend discuter avec votre collègue à votre insu. Lorsque son tour arrive, elle se met à pleurer et vous dit : « Je n'arrive jamais à bien comprendre tout ce qu'il

faut faire et ne pas faire, et pourtant j'essaye. Il m'est égal que vous deviez tout me répéter plusieurs fois, mais que vous disiez que les patients « ne comprennent rien à ce qu'on leur dit » et que vous en plaisantiez, ça je ne peux pas l'admettre. »

1. Voyons, à votre place je n'y attacherais pas d'importance et il n'y a aucune raison de pleurer comme vous le faites.
2. Il faut toujours que vous preniez les choses au drame. Vous êtes paranoïaque.
3. Cessez toutes ces simagrées et montrez-moi votre dernier INR.
4. J'ai l'impression que voilà une bien grosse peine ; je puis vous affirmer que je n'ai pas eu l'intention de vous blesser. Ce sont là des plaisanteries classiques et vous savez bien que vous avez toute mon estime.
5. C'est parce que vous pensez que c'est de vous qu'il s'agissait dans cette conversation, et là en effet, vous n'avez pas compris !
6. Croyez-vous que je me moquais de vous personnellement en disant cela ?
7. Vous avez l'impression que je ne vois pas vos efforts. Vous acceptez mes répétitions incessantes en privé, mais vous trouvez que je dépasse les bornes à plaisanter sur ce sujet en public. C'est ça qui vous fait pleurer ?

**Huitième situation** Un de vos patients de 35 ans a eu une pose de stent coronarien en urgence suite à un angor de novo il y a 3 mois. Depuis vous insistez pour qu'il arrête de fumer. Il vous dit : « Je ne pense pas que ça m'aide en quoi que ce soit. Cela me stresserait et le stress, c'est mauvais pour le cœur. »

1. Pour que vous décidiez d'arrêter, quelle pourrait être une bonne motivation ?

2. Cela vous paraît inutile et vous pensez que cela vous stresserait en prime.
3. C'est une réaction bien naturelle : il est normal de penser au stress que va générer l'arrêt du tabac, mais vous verrez, je suis persuadé que vous ne regretterez pas de l'avoir fait.
4. Vous pensez que le tabac n'est pas mauvais pour le cœur.
5. Je pense que vous faites erreur ; nous pensons que le stress est mauvais pour le cœur, mais le tabac l'est bien plus encore.
6. Il est indispensable que vous arrêtiez de fumer.
7. Vous ferez ce que vous voudrez, mais je crois qu'arrêter de fumer est pour vous une priorité.

**Neuvième situation** Une patiente vous dit : « Vous me dites de me reposer, mais c'est impossible ! Mon mari se couche tard et il me réveille à chaque fois. Ensuite je ne peux plus me rendormir. »

1. Ne vous en faites pas, vous allez vous adapter à son rythme.
2. Vous avez peut-être besoin de vacances.
3. Vous pensez que votre mari est responsable de vos insomnies.
4. Affirmez-vous et dites-lui de se coucher en même temps que vous.
5. Vous êtes irritée parce qu'il n'a pas envie de se coucher en même temps que vous.
6. Vous manquez d'autorité face aux pressions extérieures.
7. C'est-à-dire, à quelle heure se couche-t-il en général ?

**Dixième situation** Une femme de quarante ans est en rémission d'un cancer du sein depuis quelques mois maintenant. Elle vient vous voir suite à la consultation avec son oncologue : « il ne veut plus me suivre, il m'a dit que ce n'était plus la peine qu'on se revoie... »

1. Il ne veut plus vous voir parce que vous êtes en rémission, et vous laissez supposer que c'est personnel.

2. Vous pensez qu'il ne veut plus vous voir et vous vous sentez abandonnée.
3. Reprenez rendez-vous avec lui dans six mois, il sera bien obligé de vous voir.
4. À votre place, je m'en ouvrirais à lui.
5. Il ne veut plus vous suivre ?
6. Il est normal que vous vous sentiez lâchée, mais vous savez, aller à l'hôpital deux fois par an génère beaucoup plus de stress qu'être suivie par son médecin habituel.
7. Il a dit que ce n'était plus la peine de le revoir et vous en déduisez qu'il ne veut plus vous suivre, c'est ça ?

#### Analyse des réponses à l'exercice n° 1

Cas n°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Ordre	7	4	2	5	7	1	3	6	4	3	
Conseil	3	6	4	2	5	6	1	7	2	4	
Évaluation	4	5	7	4	1	3	2	5	6	1	
Soutien	2	2	6	1	3	5	4	3	1	6	
Interprétation	6	3	1	7	2	7	5	4	5	2	
Questionnement	1	7	5	3	4	2	6	1	7	5	
Reformulation	5	1	3	6	6	4	7	2	3	7	

Il faut cocher pour chaque cas les réponses choisies et faire le total. On considère qu'une attitude est prédominante au delà de quatre réponses totalisées.

L'ordre et le conseil (ou attitude de solution-action dans la grille de Porter) : Vous réagissez par l'action et en poussant à l'action. Vous voyez tout de suite l'issue que vous, vous choisiriez ; vous n'attendez pas d'en savoir d'avantage.

L'évaluation : Vos réponses comportent un jugement (critique ou approbateur) à l'égard d'autrui.

Le soutien : Vous compatissez beaucoup et vous pensez qu'il faut éviter qu'autrui dramatise.

Ces attitudes d'influence immédiate :

- ▷ ne favorisent pas les échanges ;
- ▷ maintiennent et accroissent les systèmes de défense en encourageant le repli sur soi ;
- ▷ augmentent la dépendance et l'assistanat, entretiennent l'assistanat ;
- ▷ diminuent momentanément l'anxiété, mais ne permettent pas la résolution des problèmes.

Le questionnement (attitude d'investigation dans la grille de Porter) : Vous vous empressez d'en savoir d'avantage. Si votre attitude est trop forte ici, vous risquez de bloquer l'autre en lui donnant l'impression que vous le soumettez à un interrogatoire.

La reformulation (attitude de soutien de la grille de Porter) : Vos réponses sont compréhensives et reflètent un effort pour vous introduire sincèrement dans le problème tel qu'il est vécu par l'autre. Cette attitude relance l'interlocuteur et l'entraîne à s'exprimer d'avantage.

Ces attitudes de consultation :

- ▷ favorisent les échanges ;
- ▷ atténuent les systèmes de défense ;
- ▷ développent l'autonomie et responsabilisent ;
- ▷ dirigent vers la solution personnalisée du problème.
- ▷ créent les conditions du dialogue constructif.

Essayez de réfléchir à votre attitude prédominante et de rechercher toutes les manières dont vous l'exprimez autour de vous : avec vos proches, vos amis, vos collaborateurs.

Notez aussi les types de réaction fréquents que vous avez ainsi déclenché sans le savoir et que vous pouvez maintenant rapporter à votre propre attitude comme inductrice de ces réactions.



### Commentaire sur le test de Porter

Ce test peut paraître simpliste de prime abord, rappelant les tests de magazines grand public. Cependant, en illustrant les différentes façons de réagir à des situations concrètes, il permet de mieux comprendre les nuances de réponses possibles à une même plainte. Il me semble plus important de le lire et d'y réfléchir que de réellement compter le nombre de réponses d'une catégorie ou d'une autre.

### Exercice n° 2

Dans leur ouvrage sur l'écoute, Lionel Bellenger et Marie-José Couchaere proposent un autre exercice appelé « Etes-vous un écoutant dans la vie ordinaire ? ». Son but est de s'auto-évaluer sur sa capacité d'écoute générale, et de découvrir si celle-ci est « égocentrée » ou « allo-centrée » [33].

Comme l'indique son titre, il est constitué de situations de la vie quotidienne : je n'ai donc pas besoin de l'adapter à la pratique médicale et les reproduis tels que.

**Consigne** Pour chaque mise en scène, il faut choisir deux réponses sur les quatre, soit en fonction de ce que l'on pense, soit en fonction de ce que l'on ferait dans cette situation.

1. Un collègue vous raconte ses vacances en Corse :
  - a. Ca vous fait penser à vos vacances au pays basque.
  - b. Vous l'interrogez sur les meilleurs endroits car vous avez l'intention de vous y rendre.
  - c. Vous êtes étonné que quelqu'un prenne le risque d'aller en vacances en Corse.
  - d. Vous vous intéressez à ce qu'il a fait et comment ça s'est déroulé.
2. Écouter, pour vous, c'est :

- a. Laisser l'autre parler et l'inciter à en dire plus.
  - b. Chercher à comprendre quelle est sa façon de voir les choses.
  - c. Trouver une résonance entre ce que dit l'autre et ce que vous pensez.
  - d. Aider l'autre à comprendre des incohérences ou ses contradictions.
3. Vous faites la queue chez le boucher. En attendant votre tour, vous pouvez entendre les potins :
- a. Vous prêtez une oreille attentive et vous n'en ratez pas une.
  - b. Vous vous dites que si chacun ne racontait pas sa vie, on serait servi plus vite.
  - c. Vous observez l'étal pour choisir ce que vous allez acheter.
  - d. Vous regardez les personnes pour faire le lien entre ce qui est dit et qui le dit.
4. Écouter, pour vous, c'est :
- a. Faire preuve d'empathie en se mettant à la place de l'autre.
  - b. Se taire par respect pour ce que l'autre peut avoir vécu.
  - c. Comprendre d'abord, conseiller ensuite.
  - d. Être animé d'une bonne dose de générosité.
5. Un de vos collègues vous raconte l'interview télévisée d'un ministre. Vous l'avez aussi regardée :
- a. De ce qu'en dit votre collègue, vous vous demandez si vous avez regardé la même émission.
  - b. Vous suivez attentivement ses propos et vous trouvez intéressant que quelqu'un ait une autre interprétation que vous.
  - c. Vous l'arrêtez dans son élan en lui disant que ce n'est absolument pas ce qui a été dit et vous expliquez pourquoi.
  - d. Vous le laissez parler et vous renforcez certains points.

6. Réfléchissez à ce que dit votre entourage le plus souvent de vous :
  - a. Ce n'est pas la peine de discuter avec toi, tu ne comprends rien.
  - b. T'as tout compris.
  - c. C'est pas ce que j'ai dit.
  - d. Ça fait du bien de parler avec toi.
7. Vous participez à une réunion de travail entre collègues :
  - a. Vous êtes très attentif à ce que vos idées soient prises en compte.
  - b. Vous laissez parler les autres, puis vous intervenez.
  - c. Quand deux collègues dérapent en polémique, vous les aidez à clarifier leurs points de vue respectifs.
  - d. Ceux qui ne parlent pas, c'est qu'ils n'ont rien à dire.
8. L'écoute pour vous, c'est :
  - a. Une pratique pour les assistantes sociales ou les psys.
  - b. Ce n'est pas naturel, ça s'apprend.
  - c. C'est la clé des relations constructives.
  - d. C'est une façon courtoise de cacher son désaccord.
9. Quand vous écoutez :
  - a. Vous avez tendance à couper la parole si ce qui est dit est contraire à vos opinions.
  - b. Vous reformulez de temps en temps pour être sûr que vous avez bien compris.
  - c. Vous laissez parler, mais vous écoutez d'une oreille.
  - d. Vous faites préciser ce que vous ne comprenez pas bien.
10. Vous vous promenez au bord d'une rivière. Soudain, vous apercevez une jeune femme qui s'est suspendue à une branche d'arbre la tête en bas au dessus de l'eau. Un ami est en train de la prendre en photo. En passant, vous pensez :
  - a. Bravo, belle performance !

- b. C'est dangereux, elle pourrait tomber.
- c. Faut pas avoir la tête sur les épaules pour se mettre dans une situation pareille.
- d. Ils sont fous tous les deux !

### Analyse des réponses à l'exercice n° 2

	Écoute égocentrée	Écoute allocentrée
1	a, b	c, d
2	c, d	a, b
3	b, c	a, d
4	b, c	a, d
5	c, d	b, a
6	a, c	b, d
7	a, d	b, c
8	a, b	b, c
9	a, c	b, d
10	c, d	a, b
TOTAL		

Si vous avez un maximum de points en écoute « égocentrée » : On pourrait dire que vous écoutez l'autre à travers votre propre filtre. Vous avez tendance à opérer comme une sorte de sélection dans les propos de l'autre comme pour ne retenir que les morceaux qui vous intéressent ou ceux qui heurtent vos valeurs.

Attention, car l'écoute de qualité exige que vous interrompiez vos propres pensées, sentiments, évaluation et jugements, de manière à vous consacrer exclusivement au message de l'émetteur.

Si vous avez un maximum de points en écoute « allocentrée » : Il semble que vous ayez intégré que, pour vraiment comprendre le message dans le sens de votre interlocuteur, il vous faut partager son cadre de vision.

En faisant l'effort de voir le monde comme l'autre le voit, l'écouteur prend le risque de voir ses propres opinions et attitudes changer. En demeurant ouvert à l'expérience d'un autre, on encourt la possibilité de devoir ré-interpréter sa propre expérience.

### **Commentaire de l'exercice n° 2**

La qualité du test est moins grande que celle du précédent. Cependant, le mérite est le même : ce support nous permet de nous interroger sur nos tendances, et d'en prendre conscience. Plus que les résultats du test, les questions qu'il génère en sont l'apport essentiel.

### **Exercice n° 3**

Jean Artaud propose aussi, pour l'auto-formation à l'écoute, des tests relatifs à la grille de Porter. Il serait redondant d'en ajouter un de plus.

Par contre, il propose aussi un véritable exercice dont le but est de nous aider à se mettre à la place de l'autre. La forme de cet exercice est assez inédite et très intéressante [34].

Je me suis efforcée, comme pour le test de Porter, de « traduire » les situations de management en situations médicales.

### **Première partie**

**Consigne** Après avoir lu une déclaration de l'écouté et une réaction de l'écoutant, vous devez exprimer ce que ressent l'écouté : se sent-il accueilli, incompris, ulcéré ?

Bien entendu, une bonne connaissance de la grille de Porter est une aide précieuse pour ce genre d'exercice.

**Situation n° 1** Patient : « Pour moi la rencontre de l'autre est toujours passionnante . »

Réponse médecin : « J'ai moi aussi toujours une grande joie à rencontrer d'autres personnes, j'ai aussi besoin de l'autre et de l'échange avec l'autre. Pourriez-vous me dire pour quelles raisons cela vous passionne ? »

Effet de cette réponse :

**Situation n° 2** Patient : « Je crains de ne pas pouvoir suivre un traitement aussi lourd. »

Réponse médecin : « Soyez sans crainte, vous y arriverez mieux. Je vais vous aider et nous allons y arriver. »

Effet de cette réponse :

**Situation n° 3** Patient : « J'aimerais pouvoir me détendre le week-end, malheureusement je ne peux jamais le faire, il y a toujours quelque chose qui vient me stresser. Je suis à bout ! »

Réponse médecin : « Pouvez-vous me donner un exemple de ce qui vous empêche de vous détendre ? »

Effet de cette réponse :

**Situation n° 4** Patient : « Mon patron fait tout pour que je parte, et il m'est de plus en plus difficile de gérer cette situation. Mais ma femme ne travaille pas, et je ne peux pas me permettre d'être au chômage. »

Réponse médecin : « Vous êtes embarrassé par cette décision à prendre. »

Effet de cette réponse :

**Situation n° 5** Patient : « Je suis inquiet de la forme des explications – ou plutôt l'absence d'explications de mon oncologue. »

Réponse médecin : « C'est parce que l'évolution de votre santé est bonne. »

Effet de cette réponse :

### **Analyse des réponses à la première partie de l'exercice n° 3**

**Situation n° 1** Effet de cette réponse : l'écouté se sent un peu arrêté par le fait que l'écoutant parle de lui d'abord.

Le fait de s'approprier le message d'autrui, conduit ce dernier à passer du rôle d'écouté à celui d'écoutant.

**Situation n° 2** Effet de cette réponse : l'écouté ne se sent pas compris dans sa crainte de ne pas pouvoir suivre le traitement.

Il eut été judicieux de refléter cette crainte plutôt que d'avoir cette attitude de soutien.

**Situation n° 3** Effet de cette réponse : l'écouté pense que son problème est de ne pas réussir à se détendre et que lui parler de ce qu'il en empêche est sans intérêt.

Rappelons-nous que l'écoute va aux sentiments, pas aux faits secondaires.

**Situation n° 4** Effet de cette réponse : l'écouté a envie d'expliquer la situation, même si le terme « embarrassé » l'agace : ce n'est pas assez fort, il est très ennuyé.

Ici, la reformulation-interprétation montre ses limites ; pour éviter cette erreur, on aurait pu dire : « Vous êtes devant un dilemme difficile à résoudre. »

**Situation n° 5** Effet de cette réponse : l'écouté ne se sent pas rejoint dans son sentiment d'inquiétude.

En opposant à l'inquiétude de l'écouté une justification de la situation, on le conduit à se situer comme objecteur, et non à expliciter son sentiment d'inquiétude.

### **Deuxième partie**

**Consigne** Il va falloir cette fois, réagir à une déclaration de l'écouter en :

1. Donnant sa propre réponse.
2. Se mettant à la place de l'écouter et imaginer la réponse qu'il nous ferait.
3. S'efforçant de traduire le sentiment que notre réponse lui a provoqué.

Difficile n'est-ce pas ?

Voici un exemple avant de commencer :

Patient : « Je fais beaucoup d'effort et pourtant je n'ai perdu qu'un kilo. Je suis déçu »

1. Réponse médecin : « Vous avez fait pour le mieux. »
2. Réponse patient : « Oui, c'est sûr. »
3. Sentiment généré : je ressens son envie de me rassurer mais je me sens incompris par rapport à ma déception.

**Situation n° 1** Patient : « J'ai du mal à prendre du recul. Je prends tout très au sérieux, et cela me rend très anxieux. J'aimerais pouvoir être calme. »

1. Réponse médecin :
2. Réponse patient :
3. Sentiment généré :

**Situation n° 2** Patient : « Je suis stressé par ce scanner que je dois passer dans un mois. J'aimerais me reposer et penser à autre chose. »

1. Réponse médecin :
2. Réponse patient :
3. Sentiment généré :



**Situation n° 3** Patient : « Je voudrais vous garder comme médecin traitant, mais je vais déménager. »

1. Réponse médecin :
2. Réponse patient :
3. Sentiment généré :

### **Analyse des réponses à la deuxième partie de l'exercice n° 3**

Il n'y a pas réellement de corrigé pour cet exercice. Tout dépend en effet de la réponse donnée en premier lieu. Il sera donc réalisé préférentiellement en groupe de travail, voire fournira une base à des jeux de rôle.

### **Commentaire de l'exercice n° 3**

Je crois que cet exercice est fondamental. Il est primordial de noter que l'on peut s'en servir dans la vie de tous les jours ! Après une consultation, on peut parfois repenser à plusieurs phrases que nous a adressées le patient au cours du dialogue, se remémorer nos réponses et se demander le sentiment qu'elles avaient généré chez lui. Cela demande une grande capacité d'introspection, mais c'est en forgeant qu'on devient forgeron : à force de se mettre à la place du patient laborieusement, scolairement, on finira par le faire sans même s'en rendre compte.

## **CONCLUSION DU CHAPITRE**

Au final, en intégrant ces difficultés à l'écoute, en réalisant les tests précédents, on devient attentif à la façon qu'on a d'écouter les patients. Avec le temps, nos forces et nos défauts se précisent. Comme les ouvrages sur lesquels je me suis basée pour ce travail, je l'ai présentée en premier.

En effet, c'est à cette lumière qu'on en vient tout naturellement à améliorer son travail. La partie suivante nous fournit une aide concrète grâce à différentes techniques. Là encore, ces techniques ont été ajustées à l'exercice de la médecine générale en ville.



# RÉSULTATS - 2 : L'APPRENTISSAGE PRATIQUE

# 3

## SOMMAIRE

3.1	LA BASE . . . . .	69
3.1.1	Être disponible . . . . .	69
3.1.2	Ne pas fermer la porte . . . . .	70
3.1.3	Accepter les silences . . . . .	71
3.1.4	Bannir la réactivité et la projection . . . . .	72
3.1.5	La projectivité . . . . .	73
3.2	LES QUESTIONS . . . . .	74
3.2.1	Les questions fermées . . . . .	75
3.2.2	Les questions ouvertes . . . . .	76
3.2.3	Questions à effet miroir . . . . .	77
3.3	LES REFORMULATIONS . . . . .	79
3.3.1	La reformulation sur le contenu . . . . .	79
3.3.2	La reformulation sur le processus de l'échange . . . . .	80
3.3.3	La reformulation-interprétation . . . . .	80
3.3.4	La reformulation sur le ressenti . . . . .	81
3.4	ACCEPTATION DE L'INCAPACITÉ . . . . .	81
3.4.1	Formulation du <i>message Je</i> . . . . .	82
3.4.2	Répartir l'écoute sur plusieurs consultations . . . . .	84
	EXERCICES . . . . .	85
	CONCLUSION . . . . .	92



**C**OMME nous venons de le voir, trouver la juste écoute n'est pas inné. Heureusement, il existe des techniques d'écoute active. Elles peuvent être appliquées telles quelles et nous aider dans notre exercice quotidien. Certains appliquent ces procédés de façon intuitive ou les ont appris grâce à leur expérience. Mais cela n'est pas évident pour tous.

### 3.1 LA BASE

La base de l'écoute active est le chapitre qui demande le plus d'investissement de la part du médecin. Mais le gain est à la mesure de cet investissement.

#### 3.1.1 Être disponible

La disponibilité du médecin est essentielle [18, 26].

D'une part, le patient ressent la présence du médecin – car il s'agit bien de cela ! S'il sent qu'il peut être écouté, il sent qu'il peut parler [35].

D'autre part, une disponibilité active facilite la bonne réception et le bon décryptage des messages ; il faut parfois savoir attraper au vol des éléments qui nous échappent si facilement.

Or, il s'agit d'un exercice difficile. La concentration ne vient pas seule. Il faut beaucoup de volonté et de discipline pour la créer. Les organes des sens doivent être en éveil (pas seulement l'ouïe !).

Et une fois concentré, il faut pouvoir le rester !

Les perturbations extérieures, décrites dans la partie matériel et méthodes peuvent parfois être réduites. Mais pas éradiquées.

Il faut donc s'exercer à se recentrer rapidement.

Relancer le patient par les dernières bribes de ce que l'on a pu capter en les répétant simplement (« vous vomissez depuis lundi... »), et pas par une formule passe-partout (« vous me disiez quoi ? ») permet de lui montrer l'attention qu'on lui porte. Non seulement on entend ses paroles, mais elles constituent notre priorité.

Les perturbations intérieures sont d'un ordre différent.

Soit elles sont liées au patient ; elles peuvent être exprimées – cela est abordé plus loin.

Soit elles sont d'ordre personnel ; il est alors inapproprié d'aborder le sujet en consultation. Encore une fois, l'essentiel est alors de rester conscient de notre incapacité temporaire.

C'est très difficile et maintenir ce niveau de conscience demande de la concentration ! Mais si cela ne permet pas de rétablir un état d'esprit adéquat à l'écoute, cela aboutira au moins à une conscience du fait que notre naturel – que l'on connaît bien grâce à la grille de Porter – est probablement revenu au galop. Et ainsi, de minimiser ses effets néfastes.

Ce n'est bien entendu ni simple ni immédiat, nous restons des êtres humains !

La qualité et la durée de la concentration augmentent en les travaillant. Prendre quelques minutes pour cadrer son esprit avant de commencer ses consultations est un bon début [36].

### 3.1.2 Ne pas fermer la porte

Être concentré ne suffit pas à « tout » entendre. Il ne faut pas se laisser entraîner dans la disponibilité centrée uniquement sur la technique. Pour illustrer ce propos, j'emprunte à J.-L. Rouy le concept de portes [4]. Selon lui, au cours d'une consultation, il y a deux portes.

Par la première, le patient se plaint de symptômes somatiques. Il s'agit d'un langage auquel le médecin a été formé. Il est naturel de garder cette porte grande ouverte.

En même temps, à travers la seconde porte, il parle de souffrance, de peur, d'angoisse, de mort, de sexualité. Ce faisant, il entraîne le médecin sur un terrain difficile, mal connu et potentiellement dangereux, car l'homme à travers le médecin peut être touché. Il y a alors un sentiment de perte de contrôle. On comprend dès lors bien que cette porte est souvent gardée plus ou moins fermée.

Or, comme le dit Carl Rogers, « c'est seulement si l'écouter désire pleinement que n'importe quelle issue ou direction puisse être choisie qu'il favorise la capacité et la potentialité de l'écoute pour une action constructive » [8].

Faire l'effort d'ouvrir cette deuxième porte est essentiel. Si un médecin pose des questions sur ces sujets enfouis et lève le tabou, n'offre-t-il pas la possibilité à ses patients de faire de même? Évidemment, pas question de forcer quelqu'un à mettre des mots sur quelque chose qu'il nie. Pas question non plus de parler de mort, de sexualité ou de douleur à chaque consultation! Simplement, ouvrir ses propres barrières, et oser s'aventurer de ce côté quand le besoin s'en fait sentir, autorise le patient à faire de même.

### 3.1.3 Accepter les silences

Le silence est pour certains assez difficile à manier. En général, lorsque deux personnes se taisent au cours d'un dialogue, une gêne s'installe. Pourtant, dans le cadre de l'apprentissage de l'écoute, on peut dompter ces pauses et y gagner [37].

#### Au moment du dialogue

Les échanges rapides se font au détriment de la communication. Lorsque le médecin est dans son rôle de « soignant bio-médical », des séquences de questions-réponses ne sont pas rares, et sont alors tout-à-fait adaptées. C'est l'interrogatoire – il porte bien son nom.

À l'inverse, devant un patient ayant des difficultés à exprimer une souffrance, cela doit être banni. Le médecin est alors dans son rôle de « soignant psycho-social ». Lionel Bellenger, spécialiste de l'écoute, conseille de laisser une ou deux secondes de silence avant de parler, pour vérifier que l'interlocuteur est allé jusqu'au bout de sa pensée et que le tour de parole peut changer de propriétaire. Cela évite d'interrompre la personne qui s'exprime, et introduit du calme et de la tolérance dans l'échange.

Le bénéfice est immédiat.

### **À la fin de la consultation**

Le silence laisse à l'interlocuteur la place de s'exprimer, il permet la réflexion, voire l'introspection.

Qui n'a pas fait l'expérience, au moment de la rédaction silencieuse d'une ordonnance difficile, du patient exprimant ce qu'il n'avait pas encore su dire ?

Ainsi, laisser un temps en fin de consultation (au moment de la rédaction de l'ordonnance, du passage de la carte vitale, ou autre), de façon systématique et même lors de la consultation la plus banale, me paraît un moyen simple et efficace d'offrir au patient un espace de dialogue potentiel.

### **3.1.4 Bannir la réactivité et la projection**

#### **La réactivité**

La réactivité est littéralement la capacité à réagir. Nous l'avons vu, être réactif dans le dialogue avec le patient est parfois nécessaire au moment de l'interrogatoire du patient [37].

Mais parlons maintenant du cas inverse : c'est au tour du patient de poser les questions. Bien entendu, répondre à une question trop rapidement peut amener à répondre à côté. Pis encore, la réactivité favorise les réponses négatives !

Exemple :

- Ah bon Docteur, l'insuline ?
- Oui, je suis désolé, on ne peut plus reculer.
- Mais vous savez, ça m'inquiète parce que...
- Tout va bien se passer Madame Machin, vous allez voir.
- Ça peut tuer l'insuline, non ?
- L'insuline ??? Mais pas du tout !



Pour progresser en la matière, le premier pas est bien évidemment la prise de conscience.

Dans un second temps, vient le travail de déprogrammation. Concrètement, il s'agit de faire reculer la tendance en s'exerçant à questionner là où l'envie est de s'opposer. Ainsi, les chances de bien comprendre son interlocuteur et donc la possibilité de l'aider augmentent.

Exemple :

– Ah bon Docteur, l'insuline ?

– (Temps) Cela vous inquiète ?

– Oh oui, parce que vous savez, ma mère... Eh bien elle en a pris un mois et après elle est morte !

– (Temps) Je comprends que vous soyez inquiète. Quel âge avait-elle ?

– Elle avait quinze ans de plus que moi aujourd'hui. Et puis, c'est sûr, elle n'était pas en très bon état. Oui, c'est vrai... Mais moi j'ai toujours pensé que c'était l'insuline qui l'avait tuée. C'est possible ça Docteur ?

– Vous voulez prendre encore un peu de temps et venir me reparler de tout ça la semaine prochaine ?

### 3.1.5 La projectivité

La projectivité, c'est le fait de voir l'autre à travers soi. D'imaginer que l'autre pense et sent comme soi. La différence avec l'attitude de solution-action de Porter est ténue : dans ce cas, il n'y pas d'ordre, conseil ni menace, mais simplement une trop grande imagination [37].

Parfois d'ailleurs, on ne voit pas l'autre à travers soi, mais à travers l'image qu'on a de lui. C'est le problème de l'habitude, une des principales difficultés dans la relation médecin-malade qui s'inscrit dans la durée.

Exemple :

– L'insuline, ça m'inquiète...

– (Elle s'inquiète sûrement à cause des piqûres) Pour l'instant ce n'est qu'une fois par jour !

– Oui. Enfin...

– (Ça lui paraît envahissant, mais une fois l’habitude prise, elle ne s’en préoccupera plus. Elle sera tellement reconnaissante quand son hémoglobine glyquée aura baissé) Un bon équilibre, qu’en pensez vous, c’est une bonne idée ?

– Oui, oui, oui, oui. . .

– (Elle est si raisonnable, quelle patiente adorable) Parfait ! Voilà votre ordonnance de Lantus.

Le risque est de chercher à générer chez l’interlocuteur ce qu’on imagine. Par cette attente, une pression sur l’autre naît. Cela restreint le dialogue : en effet, cela revient à ignorer certaines facettes du patient (celles qui ne nous ressemblent pas, ou celles auxquelles on ne s’attend pas) – et il en a bien conscience. Ne retrouvant ni ses propos ni ses sentiments dans les dires du médecin, le patient se replie alors sur ses défenses. La relation s’en trouve appauvrie. Les conséquences de cette attitude vont de l’approbation feinte – comme dans notre exemple – au rejet brutal.

Cette base est absolument nécessaire à la pratique d’une écoute active de qualité. C’est cela que la maîtrise de techniques de questionnement, de reformulation, va venir renforcer.

### 3.2 LES QUESTIONS

La nature des questions posées est intrinsèquement liée à l’écoute [37]. En effet, ainsi que nous allons le voir, certaines vont inciter l’interlocuteur à s’exprimer, quand d’autres vont au contraire l’inhiber. Poser des questions restreignant le patient dans ses réponses est incompatible avec une écoute de qualité.

À la faculté, on apprend beaucoup sur le travail de questionnement lorsque nous pratiquons l’interrogatoire. Cette étape de l’examen du patient est fondamentale. Poser des questions fait partie du rôle du médecin, cela est naturel. Cependant, à force de s’entraîner à un interrogatoire

« policier », ne tendons-nous pas, à la fin de nos études, à poser toujours le même type de question ?

Apprendre, puis maîtriser, le champ des questions possibles me paraît indispensable sur la route d'une meilleure relation médecin-malade. En restant cependant conscient que, comme le dit Michael Balint, « quand on pose des questions, on n'obtient que des réponses ».

### 3.2.1 Les questions fermées

Celles-ci sont bien sûr incontournables lors d'une consultation médicale « classique » avec plainte somatique au premier plan.

On en distingue trois types :

**Les questions informatives :** « qui... quand... où... combien... laquelle/lequel... ? »

Elles collectent l'information, apportent des éléments factuels : on en use plutôt deux fois qu'une, notamment en début de consultation (« Quand a commencé la douleur ? », « Combien de fois avez-vous été à la selle depuis ce matin ? »).

Tout en étant fermées, elles sont peu restrictives. Par conséquent, si la requête du questionneur ne coïncide pas avec le ressenti du questionné, celui-ci peut alors aisément déborder de la question et digresser. Il suffit en générale de reposer la question telle quelle pour obtenir une réponse.

**Les questions alternatives :** « est-ce que... êtes-vous... avez-vous... ? »

Elles amènent à affirmer ou refuser (« Avez vous pris un antalgique ? », ou même « Avez-vous, oui ou non, pris un antalgique ? »). Plus restrictives que les questions alternatives, elles permettent par exemple de clarifier une situation. Elles peuvent par contre être un peu brutales, donc à utiliser avec mesure.

**Les questions à choix multiples** Elles offrent plusieurs réponses et cantonnent donc le cadre de la réponse (« Vous avez mal plutôt le matin

ou plutôt le soir ? », « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? Dix ? Vingt ? Trente ? »). Attention à la projection, évoquée au chapitre précédent : à donner des propositions, on risque bien sûr de ne pas laisser la place à une autre réponse, peut-être plus juste.

Cependant elles guident les réponses. Et peuvent être très utiles dans les cas particuliers comme celui où le patient ne parlant pas la même langue que le médecin.

Bien entendu, ces questions fermées sont extrêmement utiles dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Bien les manier permet un interrogatoire cadré, apportant au médecin les éléments dont il a besoin. Il faut cependant être capable de passer aux questions ouvertes lorsque créer le dialogue est opportun.

### 3.2.2 Les questions ouvertes

Les questions ouvertes donnent la parole. Le temps de la consultation étant limité, ces questions devront être choisies avec soin. En effet, les poser sans écouter la réponse est dommageable. Cela génère une situation de frustration chez l'interlocuteur qui se croyait autorisé à se livrer et on obtient l'effet inverse de celui recherché. Poser une question ouverte, c'est être prêt à recevoir la réponse.

**Le registre « que... quel... qu'est-ce que...? »** Ces questions appellent une explication, une description (« Que ressentez-vous dans ces moments-là ? », « Qu'est-ce que vous avez compris des explications que vous a données le gastro-entérologue ? »). Elles sollicitent une réponse développée, sans restriction. C'est un registre d'interrogation vraiment fécond, et presque toutes les autres questions peuvent si nécessaire être refondues pour en faire partie.

**Le registre « comment...? »** En favorisant l'expression du vécu du patient, et éventuellement des commentaires associés, ce registre permet de récolter beaucoup de renseignements précieux et souvent authentiques car

non générés par un interventionnisme suggestif (« Comment s'est passé le traitement? », « comment avez-vous fait face à l'annonce de votre cancer? »).

Par contre, face à une personne ayant des difficultés à s'exprimer, soit parce que le sujet est sensible, soit parce que la langue n'est pas parfaitement maîtrisée, le registre « comment...? » n'est pas le plus adapté. En effet, en réclamant une réponse structurée et développée, il peut en décourager certains, qui couperont alors court en répondant laconiquement. Dans ce cas, on pourra essayer de s'aventurer un peu plus loin, en utilisant des questions un peu plus directives.

**Le registre « pourquoi...? »** Ces questions appellent des explications, des justifications. De cette façon, dans certains contextes et avec l'intonation appropriée, elles ouvrent le dialogue, incitent à l'approfondissement de l'échange.

Il faut rester vigilant car elles sont très difficiles à maîtriser. En effet, la demande sans détour de fournir une explication peut être vécue comme très agressive – attention notamment à l'enchaînement de questions du registre « pourquoi...? ». Pire encore, le « pourquoi...? » dans la tournure négative retentit souvent d'emblée comme un reproche (« pourquoi n'avez-vous pas pris les médicaments? »).

On pourra relativiser ou nuancer cette forme de questionnement par l'usage d'autres tournures comme « pour quelles raisons...? », « selon vous, qu'est-ce qui explique...? », etc.

Les questions ouvertes sont riches. Il faut les manier avec savoir-faire, mais sans compter.

### 3.2.3 Questions à effet miroir

Elles ne peuvent pas être utilisées pour initier un questionnement, mais servent à travailler sur les réponses reçues afin de les approfondir. Pour cela, elles vont refléter les propos de l'interlocuteur, d'où leur nom.

**Les questions relais** Elles guident la conversation dans la direction voulue par celui qui interroge, en étayant ce qui a été dit. De nombreuses tournures peuvent être employées : « C'est-à-dire ? », « À quel niveau ? », « En quel sens ? », « Dans quelle mesure ? ».

Leur utilité est de préciser des informations factuelles, initialement vagues. Elles sont très fréquemment utilisées à bon escient lors d'une consultation.

Là encore, attention à ne pas aller trop loin, si on sent que l'interlocuteur ne veut pas trop en dire – il peut se sentir acculé.

**Les questions écho** En répétant une partie ou tout ce qui vient d'être entendu, les questions écho invitent à en dire plus, sans orientation particulière. Elles permettent ainsi de découvrir ce qui se cache derrière des mots parfois ordinaires. Répéter simplement les derniers mots de l'interlocuteur peut paraître gênant de prime abord ; cela est pourtant étonnamment efficace.

Elles facilitent le dialogue, favorisent l'expression de non-dits mais attention à l'excès lors d'une consultation où le facteur temps ne peut pas être négligé : leur efficacité peut se retourner contre nous. Il n'est donc pas conseillé d'utiliser ce registre en fin de consultation (ou pire, sur le pas de la porte) sous peine de se retrouver piégé.

Les questions à effet miroir sont très rarement utilisées par les médecins. Il est vrai qu'elles sont peu directives, donc pas toujours fructueuses à proprement parler. Cependant elles peuvent être appliquées de façon extrêmement avantageuse en début de consultation, notamment avec un patient exposant de façon laconique son motif de consultation. Répéter la fin de sa phrase pour le relancer de façon ouverte l'invitera à se confier. Cela facilitera le travail du praticien consistant à s'adapter à son patient.

En conclusion, il est important de noter que, si la nature et la qualité des réponses données dépend du type de question posée, elles dépendent

aussi de l'intonation, de la mimique ou du geste qui accompagnent la parole.

Prendre conscience de la fonction des questions amènera peu à peu à :

- ▷ varier les registres ;
- ▷ veiller au dosage de chaque registre ;
- ▷ tenir compte de la situation et de la personnalité de l'interlocuteur.

Ainsi, l'écoute questionnante pourra être une aide dans la pratique quotidienne, tant pour faire un diagnostic précis que pour aider quelqu'un à exprimer un message enfoui.

### 3.3 LES REFORMULATIONS

La reformulation est un outil de régulation. Il s'agit cette fois, non de favoriser le dialogue, mais d'assurer que ce qui a été dit a été entendu. Et ce faisant, de moduler le flot de la conversation [37, 38].

C'est un outil fondamental de l'exercice médical. Il permet notamment de cadrer un interrogatoire qui part sur plusieurs pistes, ou au contraire se répète sans avancer.

Comme le questionnement, on peut reformuler de différentes façons, avec différents résultats :

#### 3.3.1 La reformulation sur le contenu

**La reformulation-résumé** Il s'agit de faire un résumé concis et objectif de ce qui a été dit. C'est la plus fréquente. L'exercice n'est pas si simple qu'il y paraît à première vue !

**La reformulation-clarification** Il s'agit de clarifier un propos flou ou incomplet.

Ce type de reformulation garantit un bon résultat par sa volonté d'être au clair et en accord. Le patient est en effet plus habitué à être contredit et critiqué dans ses vues (le traditionnel « Vous êtes inquiet ? Mais non, il ne

faut pas ! ») qu'à faire l'expérience d'être écouté au cœur de son problème et de son sentiment.

Dans ce cadre, une attention toute particulière doit être portée à l'objet de la reformulation. En effet, une même intervention peut générer plusieurs reformulations différentes. La reformulation la plus juste concerne le problème ressenti par le demandeur, et ainsi, l'aide à se sentir écouté et à s'exprimer. Nous recoupons ici le domaine de l'écoute empathique.

Prenons un exemple :

« Mon patron me dénigre, il me dit sans arrêt que je devrais travailler plus, alors j'essaye mais du coup, je n'en peux plus ! »

- ▷ Reformulation sur le contenu centrée sur le problème ressenti :  
« Votre patron vous pousse à bout. »
- ▷ Reformulation sur le contenu centrée sur la personne : « Vous êtes à bout. »
- ▷ Reformulation sur le contenu centrée sur le patron : « Votre patron doit être très stressé. »

La différence paraît subtile, mais elle est de taille pour l'écouter.

### 3.3.2 La reformulation sur le processus de l'échange

Elle ne porte pas sur le contenu de ce qui se dit, mais sur l'organisation de l'interaction. Cela permet de recentrer le dialogue.

Cela est essentiel, pour une écoute de qualité, de pouvoir - dans la mesure du possible- se situer : où en est-on et vers quoi va-t-on ?

### 3.3.3 La reformulation-interprétation

Il faut apprendre à bien distinguer ce qui est communiqué (dit explicitement et consciemment) de ce qui est révélé. Ce type de reformulation permet en effet de travailler sur le non-dit du discours, en reformulant ce qui n'a pas été dit en mots, mais qu'on croit comprendre.



Si cela fonctionne, le bénéfice est important : l'interlocuteur peut se sentir soulagé et compris, la situation est « mise à plat ».

Par contre, le dialogue peut parfois s'enliser dans la mauvaise foi quand la reformulation-interprétation est vécue comme une intrusion.

Par conséquent, ce type de reformulation doit être assez rare, car réservé aux situations de forte présomption de non-dit. Dans ces cas-là, elle sera précédée d'une formule du type « En d'autres termes... », de manière à montrer que l'on a conscience d'interpréter et donc de pouvoir se tromper.

#### 3.3.4 La reformulation sur le ressenti

Elle porte sur l'expression non verbale : posture, gestes, mimiques. Il s'agit d'observer le corps qui traduit les émotions et de décrypter ce langage : cela aussi fait partie d'une écoute active.

Une reformulation, verbale elle, de cette expression non verbale est très délicate : elle prend en compte le ressenti de la personne parfois à son insu. Le risque de manipulation de l'autre est alors important. Il est donc nécessaire de se demander pourquoi on la pratique. Pour montrer une volonté de communication authentique, pour soulager l'interlocuteur... ou pour le déstabiliser voire l'affaiblir ? Comme le dit Jean Artaud dans son ouvrage sur l'écoute : « Écouter, c'est aussi accepter les limites de celui qui dit et ne forcer en rien car ce qui frappe l'écouter peut ne pas être encore reconnu par le narrateur ».

La reformulation est très peu enseignée. Pourtant son champ d'action est aussi large que celui du questionnement. Son intérêt dans la consultation de médecine générale est réel.

### 3.4 ACCEPTATION DE L'INCAPACITÉ

Nous abordons là une partie assez délicate de l'écoute : la formulation de l'incapacité à écouter.

Les raisons en sont extrêmement diverses, elles font partie des contraintes détaillées dans la première partie. Nous ne reparlerons pas ici de cet aspect, mais de la conduite à tenir quand cela arrive.

Bien entendu, il est aisé de faire semblant d'écouter [26]. Regarder la personne, l'entendre, et réagir quand c'est nécessaire est possible. . . tout en pensant à une préoccupation personnelle, en réfléchissant à une question médicale, en râlant intérieurement. Mais nous l'avons vu, cette attitude qui peut donner le change n'est pas une bonne base pour une écoute de qualité.

Comment faire alors ? Eh bien, il est possible d'accepter l'incapacité momentanée à écouter avec attention. Cela nécessite bien entendu un travail d'introspection, et demande de l'entraînement. Ensuite, on peut en informer le patient. La relation gagne ainsi en authenticité. Mais il y a la manière de le faire.

### 3.4.1 Formulation du *message Je*

Il s'agit d'une façon bien codifiée d'exprimer son incapacité [13].

Comme le terme l'indique, le *message Je* est formulé à la première personne pour une véritable implication de l'écouter dans l'expression de son sentiment. L'utilisation de la deuxième personne pourrait être perçue comme un reproche.

Il comprend :

- a. la description de la difficulté empêchant l'écouter de faire son travail ;
- b. l'expression du sentiment qu'il éprouve ;
- c. la conséquence du problème sur la relation.

L'ordre des trois éléments peut varier.

S'il est certain que cette attitude peut contrarier quelque peu le demandeur, elle sera toujours préférable à une écoute forcée ou un refus net (exprimé ou non).

Un exemple :

Un homme de 55 ans, sans antécédent particulier hormis une hypercholestérolémie, vient consulter sans sa femme – ce qui est inhabituel – âgée de 50 ans et en bonne santé elle aussi.

« De plus en plus souvent, je ne peux pas bouger mon bras droit. Du coup, ça me limite dans mon autonomie et ma femme le supporte mal. Elle s'énerve tout le temps contre moi et fait de plus en plus de choses de son côté. Je me sens rejeté, je dors mal, je n'ai plus goût à rien ».

Bien sûr, la réaction basique est de penser à la pathologie organique d'abord, ce qui est juste, étant donné qu'il s'agit probablement d'AIT à répétition, et qu'il y a urgence à s'en occuper. Mais cela peut être assez mal vécu par le patient, qui se sent encore plus rejeté.

**Écoute forcée :** « Ah oui ? Eh bien, ça ne doit pas être facile. Ah la la ! Venez vite, je vais vous examiner »

**Refus net non exprimé :** « Vous ne pouvez plus bouger le bras droit ? Mais depuis quand et combien de temps ça dure ? »

**Refus net exprimé :** « Ah mais là, les problèmes avec votre femme sont secondaires, c'est du reste qu'il faut s'occuper. »

**Message Je :** « Il y a deux problèmes distincts : celui concernant le bras et celui concernant votre épouse (a). Je suis inquiet pour votre bras (b). Du coup il m'est difficile d'écouter ce que vous avez à dire sur vos relations conjugales même si j'ai compris que cela est important pour vous (c). Peut-on remettre cette partie de la discussion à plus tard ? »

Certes, c'est un exemple théorique, mais il montre bien à quel point exprimer un refus à l'aide du *message Je* va dans le sens d'une relation authentique, et estompe le sentiment de rejet du patient.

### 3.4.2 Répartir l'écoute sur plusieurs consultations

Nous avons déjà souligné que lors d'une consultation d'une vingtaine de minutes en moyenne, le temps est souvent un cadre. Des problèmes parfois enfouis ne peuvent pas facilement s'exprimer en une si courte durée.

Chaque médecin exerce bien entendu la médecine comme il l'entend et des exceptions peuvent toujours venir confirmer la règle. Cependant, en principe, le médecin généraliste s'en tient à sa consultation de médecine générale.

Comment faire lorsqu'un sujet est soulevé en consultation et qu'il mérite d'être ré-abordé ?

Il est alors possible de répartir l'écoute sur plusieurs consultations. Deux modes sont possibles :

Le mode « aigu » : il intervient notamment en cas de souffrance intense. Le mieux est de donner au patient un rendez-vous dans les jours suivants, pour une consultation dédiée. Cela peut-être répété plusieurs fois sur quelques jours. Bien sûr, cela est plus aisé lorsque le patient a une volonté de s'exprimer consciente et assumée. Mais ce n'est pas toujours le cas, et on peut, tout en respectant les non-dits, proposer cette consultation sans expliciter son but ; elle viendra simplement compléter celle en cours.

Le mode « chronique » : il intervient notamment en cas de pathologie au long cours ; en effet, permettre au patient de dire son ressenti par rapport à la maladie, pas seulement au moment du diagnostic, mais aussi plus tard, est fondamental. Il s'agit d'aider le malade à avoir une relation saine avec sa maladie. Cela permet de modeler l'alliance thérapeutique peu à peu.

Répartir l'écoute sur plusieurs consultations n'est que rarement effectué en pratique. Pourtant, en général, les patients acceptent la proposition avec soulagement.

Comme pour l'adaptabilité au patient, on peut se servir avantageusement du dossier médical et noter précisément où la conversation s'est

arrêtée. Ce système permet une réelle progression dans ce qui peut être formulé et exploré.

Accepter l'incapacité à écouter, c'est aussi être à l'écoute.

Cela représente bien des techniques à assimiler ! La plupart exigent un entraînement avant de pouvoir être appliquées spontanément. Cependant, cet entraînement est à la portée de tous.

## EXERCICES

Il existe de nombreux exercices pour s'entraîner à poser les questions adaptées à certaines situations, à analyser des interrogations ou des reformulations d'un interlocuteur, à résumer un texte. C'est le cas des exercices n° 1 et n° 2. Ils constituent une bonne introduction à l'exercice n° 3 qui est, à l'inverse, tout à fait pratique.

Comme pour la première série d'exercices, il peut être intéressant d'en discuter lors d'une formation en petit groupe.

### Exercice n° 1

Cet exercice est proposé par Jean Artaud dans son ouvrage sur l'écoute. Il est très court, mais il s'agit seulement d'être sûr que la théorie est bien comprise. Ce n'est qu'une introduction à l'entraînement pratique.

Comme il concerne des situations non professionnelles, je le reproduis tel que.

**Consigne** Voici plusieurs déclarations. À chaque fois, plusieurs questions posées par l'écouter sont proposées. Pour chacune d'entre elles, il faut dire si elle est centrée sur le questionné ou sur le questionneur.

**Situation 1** J'avais organisé avec un groupe d'élèves un stage en informatique. À côté de la technique, l'objectif était d'apprendre à vivre en groupe. Or, un soir, ils ont été odieux, et nous sommes partis brouillés et agressifs les uns par rapport aux autres. Je n'en suis pas fier.

Réactions :

1. De quel niveau était ton stage d'informatique ?
2. De quoi n'es-tu pas fier ?
3. Pourquoi avais-tu choisi cet objectif ?
4. Comment as-tu réagi à leur comportement ?
5. Souhaiterais-tu en parler ?
6. Est-ce que tu organiseras un nouveau stage ?

**Situation 2** Ce matin, en venant, j'ai arrêté la radio pour contempler le soleil levant en silence : j'étais émerveillé.

Réactions :

1. Tu n'aimes pas la radio ?
2. Le temps était découvert au petit matin ?
3. C'était donc si beau ?
4. Tu aimes les levers de soleil autant que moi ?
5. Tu ressentais de l'émerveillement ?
6. Le silence t'était agréable ?

**Situation 3** J'en ai marre de cette maison, il n'y a pas moyen de travailler sérieusement.

Réactions :

1. Qu'est-ce que tu reproches à notre maison ?
2. Tu n'arrives plus à travailler ici sérieusement, c'est ça ?
3. Tu comptes partir d'ici ?
4. Pourquoi me le reproches-tu ?
5. Tu es vraiment excédé ?
6. Peux-tu me dire de quoi tu as marre ?

## Analyse des réponses à l'exercice n° 1

### Situation 1

- ▷ Questions centrées sur le questionneur : 1, 3, 6.
- ▷ Questions centrées sur le questionné : 2, 4, 5.

### Situation 2

- ▷ Questions centrées sur le questionneur : 1, 2, 4.
- ▷ Questions centrées sur le questionné : 3, 5, 6.

### Situation 3

- ▷ Questions centrées sur le questionneur : 1, 3, 4.
- ▷ Questions centrées sur le questionné : 2, 5, 6.

## Commentaire de l'exercice n° 1

Le problème des questions centrées sur le questionneur, en dehors des cas où elles sont carrément hors contexte, est d'amener l'entretien sur un terrain qui ne concerne plus le questionné. Cela a lieu sans arrêt et sans dommage dans la vie quotidienne, mais n'a pas sa place dans un échange avec une écoute profonde et privilégiée.

## Exercice n° 2

Proposé par le même auteur, l'exercice n° 2 est à peine plus long que l'exercice n° 1. Là aussi, il s'agit juste d'un liminaire à la mise en pratique, mais concerne cette fois la reformulation.

**Consigne** Voici plusieurs déclarations. À chaque fois, plusieurs reformulations suggérées par l'écouter sont proposées. Pour chacune d'entre elles, il faut trouver l'objet sur laquelle elle est centrée : les faits, le problème, la personne, les sentiments.

**Situation 1** Mon père ne veut toujours pas rencontrer mon mari. Il n'a jamais accepté mon mariage. Mon mari souhaite « faire la paix », moi aussi car je suis déchirée par cette situation. Mais je ne sais que faire.

Réponses :

1. Votre père n'accepte pas votre mari.
2. Vous ne pouvez pas satisfaire votre mari et votre père.
3. Vous aimeriez qu'ils puissent se rencontrer.
4. Vous êtes déchirée dans cette situation.
5. Votre mari souhaite « faire la paix ».
6. Vous ne savez que faire.
7. Entre votre mari et votre père, vous êtes déchirée.
8. Le problème est la position de votre père.

**Situation 2** Je serais bien allée à ce week-end, le sujet m'intéressait beaucoup, mais je n'ai pas trouvé de solution pour faire garder les enfants. Je suis très déçue.

Réponses :

1. Il n'y avait pas de solution.
2. Vous n'avez pas pu aller à ce week-end.
3. Vous n'avez pas pu faire garder les enfants.
4. Le sujet était très intéressant.
5. Vous êtes très déçue.
6. Vous auriez aimé aller à ce week-end.

**Situation 3** J'ai des exigences vis-à-vis de moi-même et j'ai toujours peur d'exiger trop des autres.

Réponses :

1. Vous avez des exigences pour vous-même.
2. Les autres peuvent-ils accepter les mêmes exigences ?



3. Vous avez peur de trop exiger.
4. Les exigences que vous acceptez, sont-elles trop pour les autres ?

**Situation 4** Je ne supporte pas la solitude, mais mon ami n'est pas tendre avec moi. Je suis désespérée et ne sais que faire.

Réponses :

1. Vous ne supportez pas la solitude.
2. Votre ami n'est pas tendre avec vous.
3. Dans cette situation, vous êtes désespérée.
4. La décision est difficile à prendre.
5. Vous regrettez le manque de tendresse de votre ami.
6. Cette situation vous plonge dans le désespoir.
7. Quitter votre mari, c'est affronter la solitude.

### **Analyse des réponses à l'exercice n° 2**

#### **Situation 1**

- ▷ Reformulation sur les faits : 5
- ▷ Reformulation sur le problème : 1, 8
- ▷ Reformulation sur la personne : 2, 3, 6
- ▷ Reformulation sur le sentiment : 4, 7

#### **Situation 2**

- ▷ Reformulation sur les faits : 1, 4
- ▷ Reformulation sur le problème : 3
- ▷ Reformulation sur la personne : 2, 6
- ▷ Reformulation sur le sentiment : 5

#### **Situation 3**

- ▷ Reformulation sur les faits : 2
- ▷ Reformulation sur le problème : 4

- ▷ Reformulation sur la personne : 1
- ▷ Reformulation sur le sentiment : 3

#### **Situation 4**

- ▷ Reformulation sur les faits : 2
- ▷ Reformulation sur le problème : 4, 7
- ▷ Reformulation sur la personne : 1, 5
- ▷ Reformulation sur le sentiment : 3, 6

#### **Commentaire de l'exercice n° 2**

Comme il est dit plus haut, la reformulation aidant le mieux l'écouter en reflétant sa pensée profonde, est la reformulation sur ses sentiments.

L'auteur de cet exercice y ajoute un « corrigé ». Pour ne pas le trahir, je l'ai reproduit ici. Cependant, on constate rapidement que plusieurs réponses paraissent possibles à chaque item. Cela ne rend que l'exercice plus intéressant.

#### **Exercice n° 3**

Comme il est dit dans l'introduction, cet exercice est le plus important de toute cette série. En dehors de son aspect pratique, il a pour qualité de pouvoir être recommencé à l'infini.

#### **Première partie**

Voici la version originale, destinée à être mis en place dans la vie quotidienne, proposée par Lionel Bellenger et Marie-José Couchaere [33].

**Consigne** Le but de cet exercice est de se servir de situations du quotidien pour pratiquer son écoute active. En effet, l'entraînement régulier est le meilleur moyen de devenir familier de toutes les techniques présentées dans ce chapitre.

Voici les règles du jeu que vous allez successivement vous imposer

(au restaurant avec des amis, à la cafétéria avec des collègues, à table lors d'une réunion de famille, etc.) :

1. Lancez une conversation, et obligez-vous à ne jamais donner votre avis.
2. Lancez une conversation et obligez-vous à ne poser que des questions ouvertes.
3. Lancez une conversation et obligez-vous à reformuler toutes les trois minutes.
4. Lancez une conversation et obligez-vous à laisser deux secondes de silence avant d'enchaîner.
5. Lancez une conversation et interdisez-vous de poser une question sous la forme « est-ce que... ? ».
6. Lancez une conversation et jouez à résumer les propos des uns et des autres pour montrer qui est d'accord avec qui.

Bien entendu, cet exercice suppose de disposer d'un sujet un tant soit peu polémique... et de prendre son entourage comme outil d'entraînement !

### **Deuxième partie**

Cette fois, mettons-nous en situation au cabinet !

Cela est relativement difficile à faire, donc on n'y songera qu'après avoir fait plusieurs fois la première partie en dehors de consultations. Et encore, on peut décider de ne voir là que de la théorie.

1. Laissez parler un patient sans intervenir pendant les trois premières minutes de la consultation.
2. Répétez les derniers mots du patient en question écho lors de ses quatre premières interventions de début de consultation.
3. Lors d'un renouvellement d'ordonnance, obligez-vous à ne poser que des questions ouvertes.

4. Formulez à voix haute, en reformulation-interprétation, ce qui est habituellement non dit.

### **Analyse des réponses à de l'exercice n° 3**

Ce difficile travail ne peut être réalisé que par celui qui réalise l'exercice.

### **Commentaire de l'exercice n° 3**

Non seulement, cet exercice peut être réalisé dans tout contexte d'interaction, et autant de fois que l'on veut, mais il peut être décliné selon vos envies ou les points faibles que vous désirez travailler.

## **CONCLUSION DU CHAPITRE**

Voici terminée la partie la plus technique de l'apprentissage à l'écoute. Contrairement à ce qui pourrait être perçu, la spontanéité n'est pas mise de côté. En s'articulant à loisir sur la charpente d'un technique solide, elle n'en sera que meilleure.

# DISCUSSION

# 4

L'ÉCOUTE est fondamentale dans l'exercice de la médecine générale, et ce, à de multiples niveaux. Or, l'enseignement de l'écoute, que ce soit dans le cursus universitaire ou lors de la formation continue, fait encore défaut. Apprendre en pratiquant, sans base théorique, est possible mais risqué.

Des ouvrages de formation ou d'auto-formation à l'écoute existent. Ils concernent des domaines variés, tels que la psychologie, le management, le commerce, l'enseignement. Tous ces ouvrages reposant sur les mêmes bases, une nouvelle version conservant la même structure mais adaptée à la médecine générale, peut être créée.

Les contraintes en matière d'écoute propres à l'exercice de la médecine de ville ont été dégagées et analysées (partie matériel et méthodes). Le travail d'adaptation a proprement parler est présenté (partie résultats) en deux pôles : l'écoute empathique (et l'écoute de soi) d'une part, l'écoute active d'autre part.

On aboutit finalement à l'ébauche d'un programme de formation à l'écoute des omnipraticiens.

Peut-on évaluer le bénéfice d'un tel travail sur l'écoute ?

Assister à des consultations est difficilement concevable (la présence physique d'une tierce personne modifie les échanges, et l'enregistrement audio ou vidéo, s'il diminue ce biais sans l'annihiler toutefois, pose le problème majeur de la confidentialité). On peut envisager une procédure tournée d'une part vers le praticien, d'autre part vers le malade.

Côté praticien, un questionnaire. Il pourrait lui être demandé s'il se sent concerné par le sujet. Et, si oui, après lecture et réflexion sur les tests proposés, s'il considère que sa capacité d'écoute s'en trouve améliorée.

Côté patient, un entretien. Celui-ci porterait sur sa satisfaction et aurait lieu avant et après la formation à l'écoute de son médecin traitant. Avec un bras où la formation à l'écoute aurait lieu, et un bras contrôle où elle serait inexistante, par exemple.

Il s'agit d'un travail complexe et long sur le plan méthodologique : expérimentation préalable sur un petit groupe, préparation de questionnaires et d'entretiens, recrutement de médecins et de patients (en évitant les biais au maximum), exploitations des questionnaires et réalisation des entretiens puis compilations des résultats, et seulement alors, l'analyse des données. Une telle étude ne pouvait être incluse dans ce qui est présenté ici.

La finalité de mon travail était de proposer les bases d'un apprentissage de l'écoute destiné aux médecins généralistes. D'autres étapes sont à concevoir pour valider la nécessité d'une formation s'appuyant sur ces bases.

Indépendamment même de l'évaluation d'une telle formation à l'écoute, les applications de ce travail se heurtent à certaines limites.

La première est liée au rôle du médecin.

Notre métier consiste à soigner des individus. Cela est très vaste et requiert à la fois une large compétence et une excellente capacité de jugement : il s'agit de traiter des symptômes ou des pathologies, de dépister des maladies, de conseiller, d'expliquer etc. Pour chaque patient, il faut hiérarchiser les problèmes afin de les gérer en fonction de leur gravité [1].

La place de l'écoute dans ce processus n'est pas aisément définie.

Ce manuel ne cherche pas à transformer la consultation de médecine générale en psychothérapie. Si un patient ressent le besoin de parler de ses soucis, il peut consulter chez un psychologue, qui est l'acteur de santé dédié à cela.

Au contraire, ici, l'approche se veut concrète : une écoute de qualité est considérée comme une aide au diagnostic en améliorant la capacité à « grapiller » des éléments anamnestiques ; une aide à la mise en place d'un contrat thérapeutique souple et donc efficace pour le patient ; une aide à la construction d'une relation médecin-malade de qualité, grâce à laquelle le bénéfice de toute thérapeutique est majoré.

C'est un outil. Cet outil n'a pas pour ambition de remettre en cause le rôle des médecins qui le liront.

La deuxième est la conviction du praticien.

Avant de chercher à maîtriser les techniques présentées dans les résultats, il faut déjà être convaincu de l'utilité de l'écoute. On peut parfaitement être un bon médecin tout en restant sceptique quant aux bienfaits d'une écoute ajustée du patient, et, dans ce cas, ne pas voir l'intérêt de chercher à maîtriser les techniques présentées dans ce travail.

Par ailleurs, tout en étant persuadé de l'importance de l'écoute, il faut aussi penser que l'on peut individuellement bénéficier d'un apprentissage de l'écoute sous cette forme. Certains sont satisfaits de leur façon d'écouter leurs patients, d'autres croient qu'on ne peut pas apprendre l'écoute sous forme d'un enseignement théorique.

Cette limite est sans doute inévitable. Tous les concepteurs de tels programmes de formation la rencontrent. Il faut accepter que, dans un premier temps, les outils élaborés dans ce travail ne concernent qu'une faible part des médecins généralistes.

La troisième est la difficulté de l'entraînement proposé.

En effet, pour chaque notion abordée, la compréhension est immédiate ; l'intégration à la pratique, elle, ne se fait qu'au prix d'un effort important et répété inlassablement. C'est la même chose lorsque l'on apprend une langue étrangère : la grammaire peut être tout à fait acquise, si l'on ne converse pas dans cette langue on ne la retiendra pas – et pire, elle ne servira à rien. Cela est un problème dans notre profession où la formation continue prend déjà beaucoup de place.

C'est pourquoi je pense qu'à terme, il faut espérer que, tout comme certains cours d'annonce diagnostique, cette formation à l'écoute soit faite dès le début des études médicales. Elle pourra ainsi être intégrée pleinement et mise en pratique tout naturellement.

En attendant, il s'agit modestement d'une première étape, basée sur une adaptation d'ouvrages pré-existants, qui propose une formation à ceux qui le désirent.

La quatrième est le risque de l'excès [4].

Prendre les conseils de communication au pied de la lettre, en maîtrisant en permanence chacun de ses propos et de ses attitudes peut faire naître un médecin-machine. Il faut prendre garde à ne pas essayer de devenir « rentable ».

Bien entendu, ce n'est pas le but de ce travail, qui se veut plutôt être un guide vers l'amélioration qu'un mode d'emploi strict. Chacun doit garder sa spontanéité et sa personnalité. Ici, la communication parle de l'échange entre deux êtres humains. Cela ne tolère aucun formatage.

Les sportifs commencent souvent par s'imprégner de la techniques de grands champions de leur discipline, puis laissent parler leur instinct le jour de la compétition. Les peintres commencent tous par copier les tableaux de grands maîtres. Je crois que c'est de cette façon qu'il faut envisager cette démarche. Lire, s'entraîner – un peu scolairement, puis laisser libre cours à ce que nous sommes.

Les extrêmes sont rarement à conseiller.

Avec ces réserves, cette ébauche de manuel peut être consultée avec profit par tout médecin généraliste désireux de se former à l'écoute – soit pour une seule lecture si le sujet l'intéresse, soit pour des relectures régulières s'il sent un manque à gagner et constate les progrès dans sa pratique quotidienne.



# CONCLUSION

L'ASPECT technique de la médecine moderne prend de plus en plus de place. Pourtant cet aspect ne peut résumer notre exercice au quotidien. La part humaine, vaste et complexe, est toujours aussi fondamentale.

L'interaction entre le médecin et le patient va se faire à de nombreux niveaux. Parmi les plus importants, il y a l'échange verbal. Lors de cet échange, chacun des interlocuteurs va être tour à tour « émetteur » et « récepteur ».

Ce travail est centré sur la fonction « réceptrice » du médecin : l'écoute du malade. Il repose sur une conviction et une hypothèse. La conviction est que les enjeux de cette écoute sont décisifs dans notre pratique quotidienne. L'hypothèse est que les écrits théoriques et pratiques sur la communication et l'écoute, destinés à des professionnels d'autres domaines peuvent, moyennant adaptation, être à la base d'une formation destinée spécifiquement aux médecins généralistes.

Les résultats de cette adaptation ont été présentés, leurs limites discutées.

Pour une application ayant un réel impact, trois pistes sont proposées.

La première reste dans le cadre de l'auto-formation. Les outils ici présentés pourront être enrichis et d'autres élaborés de façon à aboutir à un véritable manuel de travail : présentation théorique, tests et outils d'analyse du comportement face au patient, entraînement à développer sa capacité d'écoute. Un manuel de ce type pourrait être un document auquel se référer tout au long des études puis dans les premières années d'exercice du métier, voire au-delà.

La deuxième entre dans un dispositif de travail collectif. L'approche

proposée, articulée autour d'une discussion en groupe de pairs, pourrait donner lieu à des séances de formation médicale continue. Tout médecin intéressé pourrait y participer. Peu à peu, en confrontant la pratique à la théorie, ces outils s'amélioreraient, deviendraient plus pertinents et donc plus utiles.

La troisième concerne le cursus universitaire. En s'y intégrant, ce programme toucherait à son but le plus ambitieux. Le temps d'enseignement à consacrer à l'écoute du malade n'est pas nécessairement très long ; l'essentiel est d'aborder le sujet régulièrement (lors de cours magistraux sur la relation médecin-malade, lors d'ateliers en petits groupes, pendant les stages hospitaliers), et ce, dès le début des études de médecine. Ainsi les futurs praticiens se trouveraient-ils moins démunis lors de leurs premiers pas professionnels.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Tate P. Les ambitions d'une consultation. In : Soigner (aussi) sa communication. De Boeck ; 2005. p. 63-87.
- [2] Informer et négocier. In : Collège national des généralistes enseignants, editor. Médecine générale, concepts et pratiques. Masson ; 1996. p. 144-147.
- [3] Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations : what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction ? *Fam Pract.* 1995 ;12 :7193-201.
- [4] Rouy JL, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. In : La relation médecin-malade. Elsevier ; 2004. p. 37-53.
- [5] Écouter les malades. In : Collège national des généralistes enseignants, editor. Médecine générale, concepts et pratique. Masson ; 1996. p. 137-144.
- [6] Gagnayre R, Traynard PY. Éducation thérapeutique du patient. In : La relation médecin-malade. Elsevier ; 2004. p. 127-153.
- [7] Tate P. Pourquoi et comment les médecins parlent à leurs patients ? In : Soigner (aussi) sa communication. De Boeck ; 2005. p. 21-32.
- [8] Rogers C. Le développement de la personne. Dunod ; 2005.
- [9] Consoli SM. Relation médecin-malade. In : La relation médecin-malade. Elsevier ; 2004. p. 15-36.
- [10] Plutarque. Sur la manière d'écouter. In : Comment écouter. Payot ; 1995. p. 13-17.
- [11] Haxaire C, Richard E, Dumitru-Lahaye C, Bail P, Bodénez P, Genest P. Représentation de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (du Finistère et des Côtes d'Armor) ; 2005.
- [12] Canasse S. Souffrance psychique : une catégorie par défaut, entretien avec Claudie Haxaire. *La Revue du Praticien Médecine Générale* ;24(842) :402-403.
- [13] Artaud J. Les limites de l'écoute. In : L'écoute, attitudes et techniques. *Chronique Sociale* ; 2006. p. 60-71.
- [14] Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes ; 2006. Available from : <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>.
- [15] Le non-dit dans la relation. In : Collège national des généralistes enseignants, editor. Médecine générale, concepts et pratiques. Masson ; 1996. p. 148-154.
- [16] Bellenger L, Couchaere MJ. Connaître les applications de l'écoute. In : L'écoute, osez l'empathie pour améliorer vos relations. ESF éditeur ; 2007. p. 87-108.

- [17] Tate P. Ce que vous ressentez est aussi important que ce que vous savez. In : Soigner (aussi) sa communication. De Boeck ; 2005. p. 49–62.
- [18] Artaud J. Les fondements de l'écoute. In : L'écoute, attitudes et techniques. Chronique Sociale ; 2006. p. 46–51.
- [19] Tate P. Quelques vérités utiles à rappeler. In : Soigner (aussi) sa communication. De Boeck ; 2005. p. 1–9.
- [20] Tate P. Circonstances particulières, patients singuliers. In : Soigner (aussi) sa communication. De Boeck ; 2005. p. 171–188.
- [21] Artaud J. Perspective générale. In : L'écoute, attitudes et techniques. Chronique Sociale ; 2006. p. 16–21.
- [22] Tate P. Stratégies tuiles et techniques. In : Soigner (aussi) sa communication. De Boeck ; 2005. p. 123–145.
- [23] Les théories de la communication. In : Collège national des généralistes enseignants, editor. Médecine générale, concepts et pratiques. Masson ; 1996. p. 124–128.
- [24] Sémiologie médicale et sémiotique. In : Collège national des généralistes enseignants, editor. Médecine générale, concepts et pratiques. Masson ; 1996. p. 128–132.
- [25] Balint M. Niveau de diagnostic. In : Le médecin, son malade et la maladie. Payot ; 1988. p. 65–79.
- [26] Bellenger L, Couchaere MJ. Prendre de la faculté d'écouter. In : L'écoute, osez l'empathie pour améliorer vos relations. ESF éditeur ; 2007. p. 13–38.
- [27] Porter H. Introduction to therapeutic counselling. Houghton Mifflin Harcourt ; 1950.
- [28] Artaud J. Les techniques et attitudes de l'écoute. In : L'écoute, attitudes et techniques. Chronique Sociale ; 2006. p. 22–28.
- [29] Muchielli R. L'entretien de face à face dans la relation d'aide. ESF éditeur ; 2005.
- [30] De Peretti A. Liberté et relations humaines. EPI ; 1968.
- [31] M P. L'orientation non directive. Dunod ; 1965.
- [32] Balint M. La fonction apostolique. In : Le médecin, son malade et la maladie. Payot ; 1988. p. 227–253.
- [33] Bellenger L, Couchaere MJ. Mise en pratique. In : L'écoute, osez l'empathie pour améliorer vos relations. ESF éditeur ; 2007. p. 113–150.
- [34] Artaud J. Exercices d'autoformation. In : L'écoute, attitudes et techniques. Chronique Sociale ; 2006. p. 133–170.
- [35] Artaud J. Des applications de l'écoute. In : L'écoute, attitudes et techniques. Chronique Sociale ; 2006. p. 53–58.
- [36] Plutarque. Des fautes que l'on commet en écoutant. Payot ; 1995.
- [37] Bellenger L, Couchaere MJ. Assimiler les techniques d'écoute active. ESF éditeur ; p. 63–86.
- [38] Artaud J. La reformulation. In : L'écoute, attitudes et techniques. Chronique Sociale ; 2006. p. 32–45.

# ANNEXE : TEST DE PORTER



## Cas n° 1

Vous avez un(e) nouveau(elle) collaborateur(trice) depuis 3 mois dans votre service. Au cours d'une conversation, il (elle) déclare : « Je ne comprends pas pourquoi, mais j'ai l'impression de ne pas faire partie de l'équipe. Ils sont tous très « chics » mais ils semblent former un cercle fermé dans lequel je me sens étranger. C'est peut-être ma faute, je n'en sais rien. »

1. Un cercle fermé, c'est-à-dire ?
2. Non, ne vous en faites pas, c'est une chose courante lorsqu'on arrive dans un groupe qui est déjà constitué ; quelques mois encore et tout va s'arranger, vous allez vous intégrer.
3. Pourquoi n'essayez-vous pas de rendre service à la première occasion ?
4. Je vous trouve bien pessimiste, c'est peut-être votre attitude qui n'est pas encourageante.
5. Vous avez l'impression de mal vous intégrer dans l'équipe. Vous vous demandez si cela provient de leur attitude ou si vous en êtes responsable.
6. Vous avez l'impression de mal vous intégrer dans l'équipe et il est vraisemblable que le petit cercle qu'ils constituent ne facilite pas votre travail.
7. Prenez rendez-vous avec eux et parlez-en franchement.

## Cas n° 2

Vous êtes en poste depuis 6 mois. Un(e) agent(e) qui a 10 ans d'expérience vous déclare : « Je fais ce travail depuis 10 ans, personne ne s'est jamais plaint. Aujourd'hui vous me renvoyez mon travail pour que je le refasse. Je ne vois pas pourquoi. Il m'arrive sans doute de faire quelques erreurs, mais personne n'est parfait et je ne comprends pas ces reproches. »

1. Vous avez du mal à comprendre pourquoi je vous ai renvoyé votre travail et vous pensez que je vous reproche de ne pas être parfait.
2. Ne vous inquiétez pas ainsi, je suis content de votre travail en général, je voudrais simplement que vous corrigiez certains points.
3. Vous pensez que je vous fais des reproches parce que votre travail n'est pas parfait.

4. Ce que je vous demande, c'est de refaire ce travail.
5. Depuis quelques temps, votre travail n'est plus aussi bon et je m'étonne que le sachant très bien, vous veniez vous plaindre.
6. Vous devriez faire plus attention avant de me remettre votre travail.
7. Qu'est-ce qui vous fait penser que je vous fais des reproches.

### Cas n° 3

Une secrétaire vous a dit : « Je ne veux plus travailler avec Eliane. Elle est paresseuse et nous considère avec des airs supérieurs... Elle se plaint toujours en disant qu'elle n'est pas aidée. C'est une fille qui se considère très au dessus de nous et ce genre de fille... J'en ai assez. »

1. Eliane ne vous est pas sympathique et vous souhaitez que je la mute.
2. Dites à Eliane de venir et nous allons régler cette question ensemble.
3. Eliane se considère, à tort, comme supérieure aux autres et vous pensez qu'il vous est impossible de continuer à travailler avec elle.
4. A votre place, je réfléchirais avant de prendre une décision aussi extrême et j'essayerais de voir s'il n'est pas possible de m'arranger avec Eliane.
5. Qu'est-ce que vous entendez par « paresseuse » ?
6. Je vous comprends bien, vous êtes irritée par la conduite d'Eliane. Peut-être a-t-elle quelque déception sentimentale et cela va sûrement s'arranger.
7. Je trouve que votre intervention n'est pas très sympathique vis-à-vis de votre collègue. Il est possible qu'elle ait des torts mais vous êtes en train de me conseiller de la renvoyer.

### Cas n° 4

Vous êtes chef d'unité, vous recevez un de vos administrateurs. Il vous déclare : « Je ne veux pas travailler aussi tard tous les jours. J'arrive très tôt le matin et je travaille en moyenne 9 heures par jour. Je suis conscient qu'il y a beaucoup de travail, mais j'ai également des enfants et une vie privée. Je ne comprends pas pourquoi le travail ne peut se faire que le soir. »

1. Concilier vie privée et vie professionnelle, ce n'est facile pour personne.
2. Pourquoi n'essayez-vous pas d'équilibrer votre vie privée en fonction de ces contraintes ?
3. Que suggérez-vous pour que nous puissions concilier votre souhait légitime de vie privée et les obligations du fonctionnement de l'unité ?
4. Je trouve que vous manquez de disponibilité au regard de votre niveau de responsabilité.
5. La coordination se fait le soir. Trouvez un autre moyen d'y participer activement.

6. Vous avez l'impression que dans ce service on vous oblige à rester travailler tard le soir.
7. Vous vous plaignez des longues journées de travail qui font l'efficacité de ce poste.

### Cas n° 5

Vous avez dans votre équipe un(e) jeune juriste dont la qualité de travail laisse à désirer. Vous l'appellez dans votre bureau. Il (elle) réagit avec vivacité : « Je ne comprends pas pourquoi vous voulez que je parle de moi travail, je ne me suis pas plaint et j'essaie de me débrouiller. »

1. Vous vous débrouillez, je n'en disconviens pas, mais vous vous débrouillez mal et c'est ce que je vous reproche.
2. Vous êtes gêné en venant ici parce que vous pensez que je ne peux pas vous aider.
3. Allons, allons, ne dramatisons pas ; je comprends bien que cet entretien soit désagréable pour vous, mais je l'ai justement provoqué parce que je crois que nous pouvons nous entendre et que je peux vous aider à réussir.
4. Alors, comment peut-on qualifier votre travail ?
5. Voyez-vous, il me semble que vous auriez intérêt à faire un effort et je suis tout prêt à vous aider dans cette voie.
6. Vous êtes très perplexe, vous ne voyez pas l'utilité de parler de votre travail et vous pensez que vous pouvez continuer à vous débrouiller tout seul. C'est bien ça ? »
7. Calmez-vous ! Nous allons faire le point.

### Cas n° 6

Vous êtes chef de service et l'un(e) de vos nouveaux(elles) collaborateurs(trices) de Moldavie vous dit : « Je ne suis pas très sûr(e) de savoir comment les choses fonctionnent ici. Il est évident que les gens critiquent mon travail mais personne ne m'informe sur ce que je devrais faire exactement. »

1. Demandez-leur les informations nécessaires, ils vous répondront.
2. Quelles sont les critiques que vous entendez ?
3. Vous manquez d'aisance dans votre travail et vous ne comprenez pas ce qu'il faut améliorer.
4. Vous pensez que si vous étiez mieux informé(e), vous feriez un meilleur travail.
5. C'est en allant à la pêche aux informations qu'on apprend le métier. Dans peu de temps ça ira mieux, vous verrez.
6. Et si vous regardiez attentivement ce que font les autres, vous pourriez prendre exemple sur eux .
7. Les gens critiquent votre travail parce que vous ne faites pas d'effort pour vous adapter.

### Cas n° 7

Vous avez demandé à votre secrétaire de taper la première partie d'une conférence que vous devez faire. Vous l'interrogez pour savoir si c'est fait. Elle se met à pleurer et vous dit : « Tout ce que je fais est mal, je ne vois vraiment pas comment faire un travail qui vous satisfasse. Il m'est égal que vous me critiquiez de vive voix, mais que, dans votre conférence, vous traitiez les secrétaires de « nerveuses » et que vous en plaisantiez, ça, je ne peux pas l'admettre. »

1. Voyons, à votre place je n'y attacherais pas d'importance et il n'y a aucune raison de pleurer comme vous le faites.
2. Il faut toujours que vous soyez en train de vous plaindre. Vous avez la maladie de la persécution.
3. Cessez toutes ces simagrées et faites votre travail comme d'habitude.
4. J'ai l'impression que voilà une bien grosse peine ; je puis vous affirmer que je n'ai pas eu l'intention de vous blesser. Ce sont là des plaisanteries classiques et vous savez bien que vous avez toute mon estime.
5. C'est parce que vous pensez que c'est de vous qu'il s'agit dans cette conférence que vous êtes si nerveuse !
6. Croyez-vous que je me moque personnellement de vous dans cette histoire ?
7. Vous avez l'impression que je ne suis jamais satisfait de votre travail. Vous acceptez les critiques en privé, mais vous trouvez que je dépasse les bornes de faire allusion en public à la nervosité des secrétaires. C'est ça qui vous fait pleurer ?

### Cas n° 8

Vous voulez envoyer un(e) agent(e) en formation sur l'organisation du travail et la gestion du temps et il(elle) vous dit : « Je ne pense pas que ces cours sur la simplification du travail m'apportent quelque chose. Ces formateurs en organisation ne peuvent pas connaître mieux que moi un travail que je fais depuis 12 ans. »

1. Pour que ça vous intéresse, il faudrait qu'il y ait quoi exactement dans le contenu du stage ?
2. Les stages de gestion du temps vous paraissent inutiles à votre niveau et vous pensez que la connaissance de votre travail est supérieure à celle que pourront vous enseigner les formateurs.
3. C'est une réaction bien naturelle de votre part : nous considérons tous notre travail comme notre propriété exclusive, mais je suis persuadé que vous ne regretterez pas d'avoir étudié des techniques.
4. Vous pensez que ces formateurs seront là pour vous apprendre votre travail .
5. Je pense que vous faites erreur ; nous pensons toujours bien connaître notre travail et lorsqu'on nous apprend des méthodes nouvelles pour l'analyser, nous découvrons alors une foule d'aspects que nous avions négligés.



6. Il est indispensable que vous suiviez ce stage.
7. Vous ferez ce que vous voudrez, mais je crois que votre stage peut vous être plus utile que vous le pensez.

### Cas n° 9

Vous êtes chef de division et une des secrétaires vous dit : « Vous me critiquez mais c'est impossible de travailler correctement ici ! Les grades A me prennent pour leur bonne et m'interrompent tout le temps. Je n'ai plus la possibilité de me concentrer sur mon travail. »

1. Ne vous en faites pas, ils sont juste en train de tester votre bonne volonté.
2. Vous avez peut-être besoin d'un séminaire de formation à la gestion des priorités.
3. Vous pensez que les grades A sont responsables du retard que vous prenez dans votre travail.
4. Affirmez-vous et dites-leur franchement ce que vous en pensez.
5. Vous êtes irritée parce que vous ne supportez pas qu'on vous prenne pour une bonne.
6. Vous manquez d'autorité et d'organisation personnelle face aux pressions extérieures.
7. C'est-à-dire, quelles sont les demandes qu'ils vous font exactement ?

### Cas n° 10

Vous êtes chef de service et lors d'une entrevue périodique, un(e) jeune administrateur(trice) vous dit : « Mon chef ne me fait que des reproches, je n'ai pas l'impression qu'il souhaite me garder... »

1. Vous passez votre temps à vous plaindre et vous laissez supposer que votre chef est injuste.
2. Vous pensez que votre chef ne vous aime pas et qu'il veut se débarrasser de vous.
3. Faites donc des efforts et soignez votre travail.
4. A votre place, je m'ouvrirais à lui.
5. Il ne vous fait que des reproches ?
6. Il est normal que vous soyez désemparé(e), mais vous verrez, « en prenant de la bouteille », qu'il vaut mieux avoir un chef qui s'occupe de vous même pour des reproches, que quelqu'un qui ne dit jamais rien.
7. Votre chef ne vous fait que des reproches et vous pensez qu'il veut se séparer de vous. C'est ça ?



## RÉSUMÉ

L'écoute du patient en médecine générale est très importante. Ses enjeux se situent au niveau du diagnostic, de l'information et de l'éducation du patient, de la création avec lui d'une alliance thérapeutique. Or, notre formation initiale ne nous apprend guère à écouter en pratique. Cette carence n'est que peu compensée ensuite par la formation médicale continue.

**Objectif** Mon travail se base sur des ouvrages de référence sur l'écoute, appartenant à des domaines éloignés de la médecine comme le marketing et la psychologie. L'objectif est d'adapter les méthodes présentées dans ces ouvrages à l'exercice de la médecine générale.

**Méthode** Lecture et synthèse d'ouvrages de référence sur l'écoute, d'une part. Recueil et analyse des facteurs limitant l'écoute dans la consultation de médecine générale, d'autre part. Ces facteurs seront la base sur laquelle viendront s'ajuster les techniques d'apprentissage de l'écoute.

**Résultats** Les méthodes d'apprentissage de l'écoute s'articulent toutes selon le même schéma ; je l'ai respecté. L'écoute empathique et la grille de Porter viennent en premier. Nos difficultés personnelles à l'écoute sont cernées pour être mieux surmontées. L'apprentissage de l'écoute active vient en second. Il s'agit notamment de maîtriser les questionnements et la reformulation. Pour chacune de ces deux parties distinctes, des exercices sont proposés au lecteur désireux s'entraîner.

Cette ébauche de manuel d'apprentissage à l'écoute est destinée aux médecins généralistes désireux d'améliorer leur écoute. À terme, cela pourrait être la base d'un enseignement dispensé dès le deuxième cycle des études médicales.

## MOTS-CLÉS

Écoute (psychologie), Patients-coopération, Empathie, Relations médecin-patients