

Communication thérapeutique

L'impact d'un message dans le processus d'apprendre

- André GIORDAN:** Physiologiste et épistémologue, Professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Genève.,
- Alain GOLAY:** Privat-docent, Médecin Adjoint à la Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Stéphane JACQUEMET:** Pédagogue à la Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève.
- Jean-Philippe ASSAL:** Professeur, Médecin Chef de la Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques, Hôpitaux Universitaires de Genève.

RÉSUMÉ

L'établissement d'une relation d'empathie et d'écoute, entre le soignant et le patient atteint d'affection de longue durée, ne garantit pas que ce dernier puisse acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la gestion quotidienne de sa maladie.

Les auteurs développent une approche globale de la "personne apprenante" et de ses acquis antérieurs, afin de construire un programme d'apprentissage approprié.

Cette approche tient compte des conditions d'apprentissage du patient *et* de sa capacité d'interagir avec ses difficultés et avec la réalité quotidienne de sa maladie.

SUMMARY

Establishing empathetic relationship between the caretaker and long-term afflicted patient, does not insure that the latter will gain the knowledge and the necessary skills to manage his illness on a daily basis.

The authors develop a global approach of the "learning person" and of his previous understanding, to build an appropriate *learning program*.

This approach takes into account the patients learning conditions, and this ability to interact with his difficulties and with the daily realities of his illness.

MOTS-CLÉS

Empathie - Gestion de la maladie - Apprentissage - Réalité quotidienne de la maladie.

KEY-WORDS

Empathy - Management of the illness - Learning - Daily reality of the illness.

Introduction

Dès lors que l'on parle de maladie chronique ou d'une prise en charge thérapeutique sur le long terme, il est souvent question de la relation "soignant-soigné". Facteur de réussite, cette relation peut optimiser de manière significative les effets du traitement et améliorer ainsi la qualité de vie des patients souffrant d'une affection de longue durée. A l'inverse, elle peut aussi être un élément de démotivation et d'échec thérapeutique. Une fois les premières démarches de diagnostic, de contrôles métaboliques et de prescription achevées, les entretiens menés par le soignant peuvent rapidement devenir monotones et non pertinents pour le patient. La maladie dépasse ainsi la simple dimension biologique et touche tout à la fois les aspects psychologiques, familiaux et sociaux. Dès lors, la tâche du soignant est de prendre en compte ces préoccupations et participer à la recherche d'un nouvel équilibre.

Dans ce type de relation, la communication thérapeutique joue un rôle central. Elle permet de recevoir le discours du patient, d'en comprendre les mécanismes et de négocier ensemble des stratégies de régulation et d'adaptation. Cette forme d'enseignement doit pouvoir intégrer les croyances, les attentes et les besoins du patient grâce à une écoute active, prendre appui sur des expériences vécues pour reconstruire une didactique propre à cette situation. Cette démarche peut être déroutante pour le soignant car il est très rapidement confronté à un univers particulièrement différent du sien (représentations du corps, appréciation de la maladie et du traitement, fonctionnement mental). Le soignant doit alors gérer ce "dérapage", cette différence au profit de l'apprentissage du patient.

Plusieurs études ont montré que l'observance thérapeutique se situe aux environs de 50% et les causes en sont multiples (Huxval et Schulz, 1983). L'observation et l'évaluation d'estratégies de prescription démontrent que le médecin

activement le “récepteur” (le patient) (Fig. 1). Cette démarche peut avoir des répercussions bénéfiques majeures sur l'observance thérapeutique de nos patients.



Figure 1: réflexions sur la maladie, le traitement, la santé, la place du soignant, ...

1. Les apports du modèle allostérique

Pour faire passer un message et initier un processus d'apprentissage, A. Giordan développe un nouveau modèle sur l'apprendre intitulé: modèle allostérique (Giordan *et al.*, 1994). Il propose en particulier un système d'éducation comportant six démarches spécifiques. Ces dernières, malgré leur complémentarité, ne sont pas à prendre de manière chronologique mais interactive. Elles nécessitent néanmoins de gérer en parallèle les problèmes de l'acceptation de la maladie (Lacroix, Golay et Assal, 1993) et des croyances de santé (Health Beliefs Model) (Rosenstock, 1988).

Tableau I: Faire passer un message.

<p><i>Induire des déséquilibres conceptuel</i></p> <p><i>Confronter ses idées</i></p> <p><i>Schématiser les messages</i></p> <p><i>Intégrer le savoir sur des concepts structurants</i></p> <p><i>Mobiliser le savoir</i></p> <p><i>Travailler le savoir sur le savoir</i></p>
--

1.1. Induire des perturbations

Induire des perturbations, en d'autres termes des déséquilibres conceptuels pertinents, permet par des questionnements, des “ situations-problèmes ” ou des cas concrets, de remettre en question les conceptions que l'apprenant mobilise. Pour apprendre et comprendre, il est nécessaire de déstabiliser les notions, particulièrement fixes chez les malades, pour mieux les renforcer dans un deuxième temps.

Mettre en doute une vérité pousse toujours l'apprenant à se mettre lui-même en question. Dans le cas d'un entretien diététique, la réaction légitime du soignant est de proposer un plan alimentaire déterminé. Les représentations et les croyances alimentaires peuvent bloquer l'adhésion du patient à ce nouveau plan. Il est donc primordial de s'enquérir de ses idées et de les gérer (“ il n'y a pas de graisse dans le fromage, le fromage ne fait pas grossir !”, *aliments contenant des graisses cachées, quel type de graisse, à consommer avec ou sans modération, quel impact pour le corps ...*) .

Le plan alimentaire sera alors négocié en tenant compte de ces obstacles, tout en essayant de déconstruire tranquillement les idées préconçues les unes après les autres.

1.2. Confronter ses idées

Des confrontations multiples sont indispensables pour mieux apprendre. Ces confrontations peuvent se jouer, bien entendu, entre l'élève et l'enseignant, mais également entre les élèves eux-mêmes (dans le cas d'un groupe de patients). Le discours du soignant ne peut exister que s'il est confronté au vécu des apprenants. La valeur du message prend alors sens dans la réalité vécue quotidiennement par le malade.

Dans une relation soignant-soigné (adulte-adulte), la perspective du patient est légitime et logique. Elle repose sur ses expériences et ses influences socio-culturelles. Vouloir corriger ce fonctionnement n'aboutit à rien. Par contre, la confrontation, la discussion, l'explicitation peuvent aider le patient à évoluer (*peur des injections d'insuline: “l'insuline est dangereuse!”*, *croyances en la dépendance à l'insuline*). Des confrontations patients-réalité (observation de cas cliniques personnels ou proposés) ou patients-informations (par le biais des médias) peuvent encore être envisagées avec profit.

véritables modèles et permettent au patient de construire ses expériences futures sur cette nouvelle base structurée (de Vecchi, 1992).

1.4. Intégrer les concepts

Le patient ne comprend pas toujours les tenants et les aboutissants d'un traitement. Au même titre, l'apprenant souvent ne connaît pas le squelette d'un raisonnement et a une grande peine à suivre une formation s'il n'intègre pas le fil conducteur de cette démarche (*passage à l'insuline, pourquoi? quand? comment? à quoi cela sert-il? quels bénéfices?*).

Il faut ainsi que l'enseignant apporte une intégration verticale (une sorte de "colonne vertébrale") dans son enseignement, afin de clarifier et renforcer les concepts structurants de l'apprenant. En matière d'endocrinologie, les concepts de systèmes et de régulation sont particulièrement pertinents (Giordan, 1995). Ils nécessitent toute une réflexion didactique pour devenir opératoires. Ces concepts pourront être repris par la suite dans une deuxième étape de développement de l'apprentissage. Il est bien question ici de codification et de structuration de la pensée opératoire dans une perspective processuelle. Au-delà du vécu de la maladie et des expériences quotidiennes, l'apprentissage du patient nécessite une certaine codification (*hyperglycémie, hypoglycémie, éléments du traitement, dynamique temporelle*). Il n'est pas question ici de connaissances anecdotiques mais d'une certaine maîtrise pratique et personnelle de concepts structurants.

1.5. Mobiliser le savoir

L'apprenant ne part jamais à zéro, il dispose très tôt, en relation avec ses expériences, de savoirs, qui lui permettent d'ajuster ou de dévier son apprentissage. L'élève apprend par adaptations successives de ses savoirs, en confrontant ses ressources potentielles à un environnement agencé par l'enseignant. L'atelier pratique, l'essai, la résolution de problèmes, sont de bons exemples d'activations mentales et gestuelles permettant de renforcer l'impact du message et intégrer sa dimension théorique dans le champ pratique de l'apprenant. Le chapitre de la prévention des hypoglycémies a pour but premier la reconnaissance des symptômes et la correction des signes d'un manque de sucre.

Les notions théoriques n'aident pas suffisamment le patient à agir correctement. Sa maîtrise doit donc s'élaborer autour de comportements identifiés et entraînés (*prise de 15 gr. de sucre, repos, contrôle glycémique, analyse des causes possibles*). Nous retrouvons cette même dialectique théorie-pratique dans l'introduction à un traitement à l'insuline, les gestion des autocontrôles, la prévention du pied diabétique.

1.6. Travailler le savoir sur le savoir

L'apprenant a toujours une vague idée de la matière qu'il va recevoir en relation avec des croyances, des informations sur la maladie ou des expériences antérieures...

Ainsi, nous avons toujours un savoir sur le savoir, ou du moins une opinion plus ou moins éclairée sur la maladie, les soins, les soignants. Ce fait est une des spécificités de l'enseignement aux adultes. Par exemple, un grand nombre d'élèves bloquent sur le raisonnement des mathématiques, car ils se représentent à l'avance la difficulté de cette branche comme insurmontable. Ces savoirs doivent être utilisés et non niés ou critiqués. Il est important de comprendre "sur quel terrain l'on veut bâtir avant de s'attaquer, à proprement parler, à la construction". La maladie chronique est très présente pour son porteur. Au-delà de l'acquisition de connaissances et de compétences (traitement, contrôles, prévention), il est primordial de pouvoir s'entretenir avec le patient de ce qu'il pense de cette situation (difficultés, obstacles, avantages, bénéfices...). Cette approche renforce considérablement l'impact des messages thérapeutiques et ouvre une voie d'indépendance concrète.

2. Conclusions et perspectives

Outre les techniques de communication et les stratégies didactiques classiques (relevant souvent du modèle scolaire), le modèle allostérique (développé par André Giordan et son équipe) met en évidence la nécessité de travailler avec l'apprenant (le patient) afin de s'adapter aux préoccupations mais aussi aux déterminants d'apprentissage de cette personne (questions, modes de raisonnement, cadres de référence, mécanismes de production de sens, ...). La subtilité de cette action peut être résumée par cette phrase paradoxale: "Il faut faire avec et faire contre" (Giordan et de Vecchi, 1989). Un message passera bien chez le patient dès lors qu'il est élaboré et formulé avec adéquation. Néanmoins, il doit posséder en son sein une certaine fonction de déstabilisation qui permette à l'apprenant de se confronter avec une suggestion un tout petit peu différente de sa propre réalité.

Cette confrontation est formatrice, elle entretient un processus d'apprentissage à long terme. Cette visée est incontournable dans le champ de la maladie chronique et des affections de longue durée.

Bibliographie

Aufsesser-Stein M., Rüttimann S., Lacroix A., Assal J.-Ph. (1992): Expérience suisse de formation au dialogue de prescription en médecine ambulatoire. *Praxis*, 6, 142-146.

Giordan A. (1995): *Comme un poisson rouge dans l'homme*. Paris, Payot.

Giordan A., Girault Y., Clément P. (1994): *Conceptions et connaissances*. Berne, Peter Lang.

Giordan A., Vecchi G. de (1987): *Les origines du savoir*. Neuchâtel, Delachaux & Niestlé.

Giordan A., Vecchi G. de (1989): *L'enseignement scientifique, comment faire pour que "ça marche"?*. Nice, Z'édition.

Haynal A., Schulz P. (1983): Compliance: one aspect of the doctor-patient relationship. An overview in Diabetes education, in: Assal J.-Ph., Berger M., Gay N., Canivet J. (eds.): *International Congress Series, No 624: Diabetes Education*. Proceedings of the 2nd