Hélène Givron1, Claude Richard2, Marie-Thérèse Lussier2,3,

1. Coordinatrice pédagogique et Maître de conférences, Département de Psychologie de la Faculté de Médecine de l’Université de Namur, Institut Transitions

2. Chercheur associé Pôle 1 Transformation des pratiques cliniques et organisationnelles, Centre de santé et des services sociaux de Laval, Québec

3. Professeure titulaire, département de médecine de famille et de médecine d’urgence, Université de Montréal, Directrice du Réseau de recherche en soins primaires de l’Université de Montréal (rrspum@umontreal.ca), Chercheuse régulière, Centre de recherche du Centre hospitalier de l’Université de Montréal.

**ATTENTION ! Une émotion passe !**

**« La place des émotions en consultation »**

Les émotions font partie intégrante de nos vies. Qu’elles soient positives ou négatives, d’une faible ou forte intensité, elles colorent nos journées. Lorsque nous quittons notre domicile pour arriver sur notre lieu de travail, elles nous accompagnent (tristesse émanant d’une discussion compliquée avec son partenaire au petit déjeuner ; joie en repensant au sourire béat de son enfant ; etc.). Dans le cadre de ce communiqué pour exercer, ce ne sont pas les émotions « personnelles », mais bien les émotions « professionnelles » ; celles qui émergent de la relation avec le patient, qui sont traitées…

Lorsqu’un soignant annonce une mauvaise nouvelle à un patient, ou lui suggère un changement de comportement (arrêt tabagique par exemple), des émotions vont inévitablement naître chez le patient¹. Qu’il s’agisse d’une absence de réaction apparente (sidération) ou d’une colère véhémente, ces émotions sont normales et même fonctionnelles². Toutefois, le soignant peut lui aussi ressentir plusieurs émotions liées à la situation et à son patient. En fait, il peut ressentir toute une gamme d'émotions : que faire de ces émotions dans un cadre professionnel ?

**« Les émotions, forces ou faiblesses ? »**

« *Il va falloir que tu apprennes à te blinder si tu veux devenir médecin* ! ». Combien de jeunes médecins ont entendu une phrase analogue de confrères expérimentés leur suggérant de se couper de leurs émotions pour mieux exercer ? Si les émotions non régulées peuvent nous submerger, nombre d’ouvrages indiquent que bien utilisées, elles peuvent aussi devenir un formidable *outil* en consultation2. Le *langage* est la clé pour y parvenir.

Prenons l’exemple (tableau 1) d’une entrevue entre un médecin généraliste et un patient diabétique au cabinet du médecin. Le médecin interroge le patient sur son adhésion à son traitement d’insuline. Il est en effet **inquiet** de l’absence d’amélioration de l’état de santé de son patient et se demande si ce statuquo n’est pas dû à la non-prise du traitement. Notons que puisque cet échange porte sur un problème d’adhésion, il pourrait également être analysé sous l’angle des modèles motivationnels -entretien motivationnel- ou des croyances relatives à la santé. Dans le cadre de cette chronique, nous nous intéressons à la place des émotions dans cet échange et l’analysons donc au regard des modèles se centrant sur les émotions et les compétences émotionnelles en consultation.

Tableau 1 : exemple de dialogue symétrique

|  |  |
| --- | --- |
| MD : Vous prenez bien votre traitement à l’insuline tous les jours, n’est-ce pas ?  | Cet énoncé a la forme d'une question, cependant elle énonce aussi un doute sur l’adhésion au traitement à l’insuline. Ceci peut être vécu comme une critique par le patient. Il peut alors se « braquer ». À l’inverse, un énoncé qui suggère la potentielle difficulté à suivre ce traitement atténue l’aspect « critique » de l’énoncé et peut favoriser le dévoilement de soi du patient. |
| Pt : Je fais de mon mieux, vous pensez que c’est facile ?! | Indirectement, le patient informe le médecin que ses doutes sont justifiés. Le patient adopte une posture défensive où il justifie ce comportement par le fait que c’est « difficile ». |
| MD : C’est vraiment très important que vous preniez votre traitement régulièrement, comme prescrit, pour espérer des améliorations de votre état de santé. | MD accentue l’aspect « critique » en insistant. Il est inquiet pour son patient et cette inquiétude s’exprime par son insistance sur « l’importance » d’une adhésion au traitement. De plus, cet énoncé a comme fonction de convaincre le patient de suivre le traitement comme prescrit. Le patient est probablement conscient de la nécessité du traitement, mais il peut être difficile (sinon impossible) pour lui de l’introduire dans son quotidien.  |
| Pt : C’est si facile à dire pour vous ! Avec mon travail, je suis tout le temps sur les routes, il m’est impossible de prendre ce traitement à des heures fixes. Moi je ne passe pas mes journées assis derrière un bureau ! ... | Le patient "critique" à son tour l'attitude du médecin qui ne considère pas SA réalité. Il supporte le fait que ce n'est pas une négligence volontaire, mais une impossibilité "objective".  |

MD : médecin, Pt : patient.

Face à un patient en colère, les soignants peuvent être tentés de rentrer dans une escalade symétrique, c’est-à-dire, surenchérir et contrer chacun des arguments du patient. Si le médecin pense que le patient ne fait que se justifier, il suppose que le patient n'a pas, en fait, l'intention de prendre le médicament. Dans cette situation, le fait de contrer ses arguments devrait le démasquer et l'amener à accepter le traitement à l’insuline. Malheureusement, ce type d’interaction mène bien souvent à une rupture de la relation thérapeutique. Bateson, de l’École de Palo Alto, propose une réaction inverse ; à la symétrie, il oppose la notion de « **complémentarité** »3. Il s’agit d’adopter selon le déroulement une position basse ou haute complémentaire qui va aider à désamorcer le conflit. Reprenons la même situation ; cette fois-ci, le médecin adopte une position complémentaire à celle du patient (tableau 2).

Tableau 2 : exemple de dialogue complémentaire, application du modèle NURSE⁴

|  |  |
| --- | --- |
| MD : Nous n'avons pas les résultats attendus. Comment cela se passe-t-il pour vous avec votre traitement à l’insuline ? Certains patients éprouvent des difficultés à prendre ce traitement quotidiennement.  | Cette fois, MD exprime son inquiétude et il vérifie si le patient a des difficultés à appliquer le traitement à l’insuline. Il atténue l'aspect critique de la question en normalisant la difficulté dans le deuxième énoncé « certains patients... » Cette normalisation légitime la difficulté d’adhérer au traitement, diminue l'aspect "critique" de la question et ouvre la discussion… |
| Pt : J’essaye, mais c’est vraiment difficile avec mon travail. Franchement Docteur, vous trouvez que c’est une vie de se piquer plusieurs fois par jour ?! | Le patient reconnait la difficulté et sa nature : l’incompatibilité du régime thérapeutique prescrit avec sa réalité quotidienne. Il exprime sa frustration et il appelle à la sympathie du médecin. |
| MD : Je vois, ce n'est pas compatible avec votre travail. Ça vous paraît impossible de suivre le traitement. | MD **renomme** la difficulté du patient et la reconnaît.  |
| Pt : Oui, déjà que j’ai dû augmenter mes heures de travail pour subvenir aux besoins de ma famille, ma femme a perdu son emploi, et maintenant l’ajout d’injections supplémentaires d’insuline pour ce diabète en plus, c’est vraiment injuste ! | Le patient dévoile davantage son ressenti et l'ampleur de ses difficultés qui vont au-delà du travail. |
| MD : Je peux imaginer que la nécessité de vous piquer pour contrôler votre diabète et gérer les difficultés financières auxquelles vous faites face sont une épreuve pour vous. | MD **légitime** l’émotion du patient et exprime son empathie. |
| Pt : C’est comme être coincé dans un cauchemar dont on ne peut se réveiller… | Le patient utilise une métaphore pour rendre compte de l'intensité de ses émotions qui semblent se rapprocher davantage du désespoir. |
| MD : Vous avez fait preuve de beaucoup de force et de courage récemment en augmentant vos heures de travail pour compenser la perte d’emploi de votre épouse.  | MD met en évidence ce dont est **capable** ce patient et la force dont il a déjà fait preuve face à d’autres difficultés. MD exprime également son **soutien** pour l’aider à réinjecter cette même énergie face à la maladie. |
| MD : Je ne peux malheureusement pas compenser la perte de revenu, mais on peut voir ensemble ce que l'on peut faire pour que vous puissiez suivre le traitement. Maintenant, expliquez-moi ce qui pose problème avec l’administration de l’insuline ? | MD reconnait les difficultés du patient et identifie ce qui peut être fait ensemble pour l'aider à suivre son traitement. Il énonce explicitement son ouverture à explorer avec le patient des solutions à sa difficulté d'adhésion au traitement.  |

MD : médecin, Pt : patient.

Allant dans le sens de l’École de Palo Alto, ce médecin ne se braque pas et ne cherche pas à se justifier face à la colère du patient. Il se décentre de lui pour rejoindre le patient et essayer de comprendre son quotidien afin d’atteindre leurs buts thérapeutiques. Dans cet échange, le médecin applique également le modèle « **NURSE** » ⁴. Ce modèle propose une structure en 5 étapes permettant de désamorcer les conflits en consultation en adoptant une approche centrée sur l’émotion du patient. Concrètement, il s’agit de nommer (***N****ame*) l’état émotionnel du patient ; comprendre (**U**nderstand) et légitimer son émotion ; témoigner du respect (***R****espect*) ; soutenir (***S****upport*) les efforts du patient ; et explorer (***E****xplore*) l’émotion que le patient vit en lui demandant d’élaborer son ressenti.

Dans cette situation, il est également intéressant de noter que le médecin était *inquiet* de l’état de santé de son patient. C’est certainement cette émotion qui l’a poussé, dans le premier exemple (tableau 1), à vouloir *convaincre* le patient plutôt que de chercher à le comprendre et le rejoindre. S’il est important de réussir à distinguer sa propre émotion de celle de l’autre ; il est aussi important d’identifier les situations et les patients avec lesquels exprimer son émotion pourra aider à l’atteinte des buts thérapeutiques. Sans nécessiter un dévoilement important de soi, exprimer son émotion peut être une stratégie communicationnelle utilisée par le soignant afin d’ouvrir une discussion tout en renforçant la relation thérapeutique ; par exemple en exprimant : « Je suis *inquiet* quant à vos derniers résultats de santé ».

Comme illustré dans cet exemple, utiliser son émotion et/ou celle du patient peut être un levier puissant, permettant de désamorcer le conflit, renforcer la relation thérapeutique et *in fine* améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

**Conclusion**

Les émotions font partie intégrante du travail de soignant. Il est illusoire de vouloir les éviter ou les nier. Dans ce communiqué pour exercer, nous vous avons résumé comment faire des émotions en consultation des *outils* pouvant *faciliter* le processus de soin, et ce, par le biais du *langage*.

**Références**

1. Richard C, Lussier M-T, Firket P. La gestion, par le médecin, des émotions du patient et de ses propres émotions. In Richard C, Lussier M-T (Ed)La communication professionnelle en santé. 2e ed. Montréal (Québec) : ERPI Médecine, 2016.

2. Mikolajczak M, Desseilles M. Traité de régulation des émotions. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2012.

3. Bateson G. Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. 1 ed. Chicago: University of Chicago press, 2000.

4. Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, et al. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2007;25(36):5748-52.