

Changer les comportements de santé par des méthodes inspirées du marketing :

*Au delà de la maladie et du patient, entrez en contact avec la personne
et ses émotions pour vendre votre prescription et améliorer l'observance*

Auteurs :

Stéphane Groulx, MD, CCMF, FCMF

Médecin de famille, St-Lambert, Québec, Canada;

Professeur adjoint d'enseignement clinique, Département des sciences de la santé communautaire,
Université de Sherbrooke, Québec, Canada;

Médecin-conseil, Direction de santé publique de la Montérégie,
1255, rue Beauregard, Longueuil, Québec, Canada J4K 2M3.

Téléphone: (450) 928-6777 poste 4356 Télécopieur: (450) 679-6443

Courriel: s.groulx@rrss16.gouv.qc.ca

Philippe Chapuis, AdmA , MBA, PhD

Consultant en formation professionnelle, IDP, Montréal, Québec, Canada;

Professeur: UQAM, UQAH, HEC (Québec), Groupe CÉRAM-Nice, ESIEE-Amiens, ESC-Tours,
ESC-La Rochelle, Groupe ESCMP-Marseille (France) et SIFAM (Tunisie).

Résumé:

Dans la première partie de cet article, on met en évidence le rôle crucial de la communication clinicien-client dans l'enchevêtrement complexe des déterminants de l'observance. On explique comment les modèles affectifs employés en marketing complètent utilement les modèles cognitifs de changement de comportement généralement proposés, pour mieux prédire l'adoption ou le rejet d'une prescription et réorienter les efforts des professionnels.

Dans la deuxième partie, on propose une nouvelle approche clinique centrée sur la personne et ses émotions. Cette approche résulte d'une démarche interdisciplinaire, à l'interface du marketing et des avancées des trente dernières années dans le domaine de la relation clinicien-client. Elle vise à rétablir la personne (client émotionnel) comme acteur prédominant dans l'observance de la prescription. On conclut par une démonstration des techniques de communication persuasive qui permettent la réalisation de cette approche clinique et on en discute les particularités.

Mots clés:

Comportements de santé, observance, communication médecin-patient, counselling, marketing des services de santé

PREMIÈRE PARTIE :

L'observance, un comportement à médiation émotionnelle

Introduction

La réforme actuelle des soins de santé au Canada, comme dans d'autres pays développés, compte s'appuyer sur les soins de première ligne et la prévention comme moyens privilégiés d'améliorer la santé de la population tout en minimisant les coûts.^{1,2} Le succès de cette politique dépend de la quantité et de la qualité des interactions qui s'établissent entre les **cliniciens** disponibles (professionnels de la santé), leurs **clients** éventuels (patients) et **l'organisation des soins et services** où les uns et les autres évoluent.

Pour qu'une intervention thérapeutique ou préventive reconnue efficace atteigne sa cible, **cinq conditions** doivent être réunies :

1. Les personnes malades ou à risque doivent consulter les services offerts (**consultation**)
2. Les cliniciens doivent identifier la maladie ou le risque chez ces personnes (**diagnostic**)
3. Les cliniciens doivent intervenir suffisamment pour contrôler la situation (**prescription**)
4. Les clients doivent adhérer à la prescription ou aux recommandations (**observance**)
5. Les clients convaincus doivent avoir accès aux produits et services prescrits (**accessibilité**)

Les conditions 2 et 3 dépendent des technologies diagnostiques et thérapeutiques rendues disponibles par la recherche, de leur diffusion par l'enseignement et la formation continue et de leur appropriation par les cliniciens. Les conditions 1 et 5 dépendent des politiques publiques et privées contrôlant l'accès aux soins et services de santé. La condition 4 (observance) est la plus intimement liée au processus clinique et la **relation clinicien-client** y joue un rôle central.

Pour expliquer et prédire les comportements reliés à la santé, comme l'adhésion à une prescription, les chercheurs ont jusqu'ici fait appel essentiellement à des **modèles cognitifs**. Quoique ces modèles aient une valeur reconnue pour planifier des interventions à l'échelle d'une communauté, ils sont complexes et trouvent peu d'applications utiles au niveau de la consultation individuelle. En fait, malgré 14 000 publications répertoriées sur l'observance, peu de progrès semblent avoir été accomplis dans ce domaine des soins.³

Nous faisons dans cet essai l'hypothèse que ces modèles échouent fréquemment parce qu'ils ne tiennent pas compte de **la composante affective** (ou émotionnelle), principale motivation interne du client. Les professionnels du marketing utilisent depuis toujours les émotions de leurs clients pour leur faire acheter toute une gamme de produits et services. Pour plusieurs raisons, les professionnels de la santé se sentent mal à l'aise dans un rôle de vendeur, hésitant à mobiliser les sentiments de leurs patients pour leur faire « acheter » leurs prescriptions.

Toutefois, les systèmes de santé font de plus en plus pression sur les cliniciens pour qu'ils obtiennent des résultats tangibles à moindres coûts, ce qui les amène à rechercher un gain d'efficacité et d'efficience dans leurs interactions avec les clients. Le concept de gestion

thérapeutique (*disease management*): « ...processus continu visant à identifier et fournir à une population sélectionnée de patients la combinaison de ressources la plus efficace pour le traitement et la prévention des maladies »⁴ illustre cette nouvelle tendance.

Dans la première partie de cet article, nous mettrons en évidence la place déterminante de la communication clinicien-client dans la problématique complexe de l'observance. Nous verrons comment des modèles affectifs utilisés en marketing peuvent compléter utilement les modèles cognitifs proposés jusqu'à maintenant, afin de mieux prédire l'adoption ou le rejet de la prescription et réorienter les efforts des professionnels.

Dans la deuxième partie, nous proposerons une nouvelle **approche clinique centrée sur la personne et ses émotions**. Cette approche découle d'une démarche interdisciplinaire située à l'interface du marketing et des avancées des trente dernières années dans le domaine de la relation clinicien-client. Elle vise à reconnaître à la personne (client émotionnel) son rôle prépondérant dans l'adoption de la prescription. Nous concluons par une synthèse des techniques de communication persuasive à l'appui de cette approche clinique et nous discuterons de ses particularités.

Problématique de l'observance

Haynes a défini en 1979 l'observance (adhésion, fidélité – *en anglais : compliance, adherence, concordance*) comme: «...le degré auquel le comportement du patient, en termes de prise de médication, de respect de la diète ou d'exécution d'un changement d'habitude de vie, coïncide avec la prescription clinique».⁵ L'inobservance (*non-compliance*) compromet gravement l'efficacité des soins ambulatoires. Elle est la cause d'une morbidité considérable, d'un excès d'hospitalisations et de décès pour les patients, d'un gaspillage de ressources professionnelles rares ainsi que de coûts astronomiques pour la société.⁶ Les manquements peuvent toucher tous les domaines des soins, les patients refusant de s'engager ou de demeurer dans un programme de traitement, de prendre la médication prescrite en tout ou en partie, de renouveler leur ordonnance, d'adopter un mode de vie approprié à leur maladie, d'éviter des comportements à risque, de venir aux rendez-vous de relance ou de se rendre chez les consultants où ils sont dirigés.⁷

Pour les médicaments, si l'on définit l'observance comme la prise au bon moment d'au moins 80% des doses prescrites, on estime que 50% des patients sont inobservants, chiffre qui pourrait atteindre 70% pour les traitements à visée préventive. Sur 100 patients recevant une ordonnance, 7 ne la remplissent jamais, 4 la commandent au pharmacien mais ne vont jamais la chercher et 18 l'achètent mais n'y touchent pas, pour plus de 25% d'inobservance totale. On estime qu'un autre quart des patients ne respecte pas la posologie ou la durée de traitement requises (inobservance partielle). De plus, de nombreux patients utilisent des médicaments non prescrits, obtenus en vente libre ou auprès de parents et amis, au lieu des médicaments prescrits. Médecins et pharmaciens échouent ainsi dans plus de la moitié de leurs "ventes" de traitements médicamenteux. Pourtant, cette piètre performance est sous-estimée ou passée sous silence, les cliniciens préférant s'imaginer que les échecs n'arrivent qu'à leurs collègues, ou en rejeter la faute sur leurs clients.

Si l'observance du traitement médicamenteux des maladies les plus symptomatiques laisse à désirer, que dire des recommandations visant à modifier les habitudes de vie (alimentation, activité physique, sexualité, tabagisme...), chez des sujets qui ne souffrent d'aucun malaise ? L'adhérence à la prescription, surtout à long terme, semble se situer dans ces conditions à moins de 10%.⁸

Dans un tel contexte, les efforts du système de santé pour développer à grands frais des technologies de pointe dans les domaines diagnostique et thérapeutique sont mis en déroute par l'oubli, la négligence ou le refus conscient ou inconscient des patients de se plier aux recommandations. Paradoxalement, la solution à ce fléau n'a rien de technologique, mais réside en bonne partie dans la qualité du dialogue clinicien-client.

Déterminants de l'observance

Au moins 200 variables ont été invoquées pour expliquer le devenir d'une prescription.⁷ La figure 1 (le train de l'observance) schématise ces déterminants en **9 composantes fonctionnelles interdépendantes**.

Les variables *reliées au client* (3) ont été les plus étudiées. Si on excepte l'âge, qui peut augmenter la fidélité dans certains cas, et les handicaps sensoriels, cognitifs ou psychopathologiques, qui peuvent la réduire, les autres déterminants individuels comme le sexe, le niveau d'éducation, l'expérience antérieure de la maladie, les connaissances, les croyances, les attitudes, la perception du rapport coût/bénéfice, l'efficacité personnelle perçue et le locus de contrôle ne semblent pas avoir de relation constante avec l'observance.⁶

L'environnement psychosocial du client (4), constitué de la famille, des amis et des pairs mais aussi du milieu socioculturel et des médias, peut exercer une influence appréciable sur l'observance, mais les cliniciens sont peu enclins à s'impliquer pour mobiliser cet allié potentiel. Consolider le réseau social naturel, mettre en contact le client avec une personne ayant vécu la même expérience, créer des réseaux d'aide mutuelle, identifier et supporter les aidants naturels et favoriser l'*empowerment* individuel et communautaire sont des interventions qui dépassent le cadre de la consultation individuelle, mais auxquelles le clinicien peut participer.⁹

Concernant les *variables propres au clinicien* (1) qui affectent l'observance, peu de données sont publiées. On peut supposer que l'âge du professionnel, son expérience, ses qualifications et sa réputation peuvent influencer la confiance de la clientèle. Les interactions entre personnes de même sexe et de sexe opposé ne sont pas équivalentes : des études indiquent que les médecins féminins passent plus de temps avec leurs clients, s'engagent plus volontiers avec eux dans des discussions à caractère psychosocial traitant de sentiments et d'émotions et facilitent davantage la participation du patient et le partenariat.¹⁰ Les patients masculins ont souvent des attentes face à la consultation et des façons de les exprimer différentes des patients féminins.¹¹ Certains cliniciens ont un talent naturel pour la communication, mais cette qualité n'est généralement pas recherchée comme critère d'admission dans les facultés des sciences de la santé. Toutefois, l'habileté à communiquer est de plus en plus considérée comme une "compétence essentielle à l'exercice de la médecine",¹² ou encore "le principal médium des soins".¹³ On a même qualifié la communication de condition *sine qua non* des soins : "si on n'est pas relationnel, on n'est pas

dans le soin ”.¹⁴ Certaines données suggèrent cependant que cette compétence peut être apprise, pratiquée et améliorée en cours d’emploi.¹⁵ Au niveau des attitudes, il semble que les qualités suivantes du clinicien augmentent l’observance : abordable, chaleureux, amical, respectueux, attentif aux attentes et aux sentiments du patient. Sur le plan pratique, **savoir prescrire** implique : 1- produire une information courte, simple et structurée 2- spécifier le nom de la maladie, si elle est traitable ou guérissable, quelle cible est visée 3- décrire le traitement, ses bienfaits, ses effets secondaires, sa durée 4- s’efforcer de simplifier la posologie et d’abrégé la durée si possible 5- s’enquérir des problèmes d’observance déjà éprouvés dans le passé et rechercher l’aide de l’entourage 6- vérifier la compréhension du client, répondre à ses questions, corriger les notions erronées et répéter au besoin 7- renforcer les messages par des instructions écrites 8- faire un suivi de l’observance.⁷

Les déterminants de l’observance *reliés à l’organisation des soins (2)* comprennent leur accessibilité géographique et temporelle, leurs coûts, l’efficacité de la gestion des rendez-vous, les délais (de rendez-vous, d’attente), la qualité de l’accueil, l’engagement et le dynamisme du personnel, la personnalisation et la continuité des soins, le degré de supervision des patients et la coordination entre les établissements. Une excellente organisation des soins peut compenser certains handicaps du client, certaines lacunes de son environnement et résoudre plusieurs difficultés relatives aux particularités de la maladie ou de la prescription.

Certaines *caractéristiques de la maladie (8)* freinent ou accélèrent le mouvement du train de l’observance. Les maladies aiguës ou graves, extérieurement apparentes ou accompagnées de symptômes désagréables facilitent l’adhérence tandis que les maladies chroniques, souvent silencieuses ou présentant une stabilité des symptômes, favorisent généralement l’inertie des patients.

Les variables reliées à la prescription (9) qui peuvent nuire à l’observance sont les régimes médicamenteux complexes (l’habitude d’un premier médicament facilite souvent l’introduction d’un deuxième, mais la multiplication des prescriptions peut favoriser les erreurs, les oublis et les interactions médicamenteuses), les doses multiples et la durée prolongée. Un format et une voie d’administration appropriés (comprimés, liquides, injections, inhalations, timbres cutanés), des étiquettes lisibles, des contenants faciles à ouvrir, des instructions d’accompagnement claires, l’efficacité perçue par le client, les effets secondaires et les coûts peuvent également influencer l’observance.⁷

Toutefois, la plupart des auteurs s’accordent pour dire que *la communication clinicien-client (5)* est le plus important des déterminants de l’observance. Une revue récente des études publiées¹⁶ suggère que la durée de l’entrevue a moins d’impact que la qualité du contact établi. Une **communication de qualité** améliore l’observance par le biais d’un meilleur échange d’information, d’une réduction des divergences de vue, d’un rôle plus actif du patient dans la prise de décision et d’une plus grande prise en considération de son vécu émotionnel. Une telle communication a aussi un impact positif sur d’autres résultats de santé comme la satisfaction du client, la douleur et autres symptômes physiques, l’anxiété, la capacité de fonctionnement et certaines mesures physiologiques comme la glycémie et la tension artérielle. Du point de vue du clinicien, une meilleure communication apporte également des dividendes : une collecte de

données diagnostiques plus complète et précise, plus d'efficacité et de satisfaction,¹³ ainsi qu'une réduction des poursuites pour faute professionnelle.

L'amélioration du contrôle de certaines maladies chroniques (diabète, asthme) par l'intervention de programmes multidisciplinaires d'enseignement confirme l'utilité d'une meilleure communication.¹⁷ Dans ces programmes, l'**éducation à la santé** ne se limite pas à un simple transfert unidirectionnel d'information, mais se définit comme un processus bidirectionnel qui implique un partage variable du pouvoir, des responsabilités et des risques concernant les résultats de santé entre l'enseignant et l'apprenant.

Toutefois, dans les conditions actuelles, plus de la moitié des clients se déclarent insatisfaits de l'**information** reçue du clinicien et il s'agit de leur motif d'insatisfaction le plus fréquent.¹³ De façon alarmante, on estime que près de 50% des nord-américains ne sont pas suffisamment lettrés pour obtenir, comprendre et réagir à l'information verbale ou écrite fournie par les professionnels concernant leur santé.¹⁸ Certaines réalités scientifiques sont difficiles à vulgariser. L'utilisation du jargon médical, une véritable langue de 40 000 mots comprise par un cercle restreint d'initiés, dresse une barrière entre les professionnels de la santé et leurs patients. L'information est trop difficile à retenir et en quantité trop grande pour être transmise dans le peu de temps qu'il reste en fin de consultation. On admet, dans ces circonstances, que les clients ne retiennent que la moitié des renseignements donnés.¹⁹ Il est donc clair que le transfert d'information en lui-même exige des compétences spécifiques et qu'une meilleure formation des professionnels à cet effet est nécessaire. Montrer aux patients à mieux communiquer avec le professionnel pourrait être une autre avenue prometteuse pour améliorer l'observance.²⁰

Mais en bout de ligne, malgré tous les efforts déployés pour transférer l'information, on constate que la connaissance de la maladie ou du traitement s'avère une **condition nécessaire, mais non suffisante** pour amener l'adoption ou le maintien du comportement d'observance.³ Ainsi, on ne peut invoquer le manque de connaissances lorsque des personnes aussi bien renseignées que des médecins ou des infirmières négligent d'adopter pour eux-mêmes les recommandations qu'ils prêchent à leurs patients concernant l'alimentation, l'abus de substances nocives, l'activité physique ou la gestion du stress. Comme seule explication de leurs comportements incongrus, ces professionnels diront qu'ils « se sentent » mieux de cette façon, évoquant des arguments d'ordre émotionnel qui échappent à la logique scientifique.

Nous croyons que le train de l'observance ne saurait se mettre en branle et se maintenir en marche sans l'effet promoteur d'une certaine **expertise technique** en communication persuasive (**6**), qui peut être développée par tout clinicien (voir 2^{ème} partie de cet article).

Le train nécessite également une source d'**énergie** thérapeutique ou préventive renouvelable (**7**). Cette énergie découle des **émotions** suscitées par la maladie (désagréments vécus ou anticipés) ou la prescription (bénéfices ressentis ou anticipés) chez le client. Ces émotions sont, comme nous le verrons plus bas, le principal facteur de motivation interne de la personne, et souvent le seul qui soit déterminant. Ces désagréments et bénéfices suscitent aussi des émotions dans l'entourage du patient, chez le clinicien et les autres pourvoyeurs de soins, émotions qui constituent une source d'énergie supplémentaire (motivation externe) pour faire avancer le train vers la santé.

Raison contre émotions dans l'observance

Modèles cognitifs : la raison au pouvoir

Les facteurs psychosociaux menant à l'adoption d'un nouveau comportement comme l'observance d'une prescription ont été étudiés et mis en relation au sein de nombreux modèles théoriques essentiellement cognitifs, permettant d'expliquer et éventuellement de prédire les changements à venir. Chacune de ces théories apporte un éclairage différent aux multiples facettes de l'observance. Une synthèse des principaux modèles est schématisée à la figure 2.

Selon la **théorie des croyances relatives à la santé** (*Health Belief Model*),²¹ l'adoption d'une prescription dépend de quatre croyances : le patient 1-se croit vulnérable ou porteur d'une maladie 2-croit que cette maladie a un impact négatif 3-croit que le traitement a un impact favorable 4-croit que les inconvénients du traitement sont moindres que ses bénéfices. L'évaluation subjective par le client des bénéfices et des risques à changer ou non de comportement semble déterminante.⁹ On reproche toutefois à ce modèle de ne pas tenir compte des facteurs environnementaux qui peuvent influencer le patient.²²

Dans la **théorie de l'action raisonnée**²³ et la **théorie du comportement planifié**,²⁴ le prédicteur immédiat du comportement est l'intention de poser un acte, elle-même expliquée par l'attitude et la norme subjective qui gouverne la situation. L'attitude est déterminée par les croyances quant aux conséquences positives ou négatives que pourrait entraîner la réalisation du comportement. Pour chaque croyance, l'individu estime la probabilité que la conséquence soit liée à la réalisation de l'action et fait une évaluation subjective de l'importance de cette conséquence. La norme subjective réfère à l'approbation ou la désapprobation perçue de la part des proches significatifs, et à la motivation à se conformer à leur opinion.

Pour la **théorie sociale cognitive**,^{25, 26} même si l'intention de changer est présente, l'adoption d'un comportement ne se concrétisera que si l'individu a le sentiment d'être en contrôle, capable à la fois d'acquiescer le nouveau comportement (efficacité personnelle) et de résister aux pressions négatives de l'entourage (habiletés sociales). **La théorie des comportements interpersonnels**²⁷ introduit trois autres principes: la norme morale, qui correspond aux principes personnels de l'individu face à la réalisation d'un comportement, l'habitude déjà acquise et les conditions externes qui facilitent le changement.

Green et Kreuter²⁸ ont décrit un modèle de planification des interventions éducatives (**PRECEDE-PROCEED**) où des facteurs qui prédisposent au comportement (valeurs, croyances, attitudes et perceptions), le facilitent (habiletés et ressources) ou le renforcent (gains ou résultats visibles, support des pairs) sont impliqués. Ce modèle, largement utilisé en santé publique, a été adapté au contexte de la prévention en pratique clinique par Walsh et McPhee.²⁹

Un autre modèle éducatif proposé par Rochon^{22, 30} suggère d'aborder différemment les obstacles au changement de comportement selon qu'ils prédominent dans la sphère du savoir, du vouloir ou du pouvoir changer (**SVP**). Le « sait-il » repose sur la perspective du patient (connaissances, croyances, expériences, valeurs, attitudes, interprétation) et sur la relation clinicien-client

(qualité et quantité des informations transmises, qualité de la relation et type de relation éducative). Le « veut-il » fait référence à la motivation (attitude générale, hiérarchie des besoins, menace de la maladie, locus de contrôle, influence extérieure). Enfin le « peut-il » concerne l'applicabilité de la prescription (coûts / bénéfices, complexité, ressources).

Pour recadrer la problématique de l'observance du point de vue du client, Donovan considère que le patient effectue, suite à la prescription, sa propre analyse décisionnelle (*Patient Decision Making*).³¹ Dans ce processus, le patient est décrit comme un être rationnel qui s'appuie sur son bagage de connaissances et de croyances pour prendre des décisions. Le patient analyse le rapport coûts/bénéfices en fonction de ses propres critères: efficacité perçue, effets secondaires, crainte de dépendance et autres croyances, coût, faisabilité. Du point de vue du patient, l'observance n'est pas un but, mais une option. La prescription n'étant pas une science exacte, elle peut tout au plus être « rationnelle » (scientifique), minimiser les coûts et s'adapter aux besoins. Le client est devenu un consommateur exigeant qui réclame plus d'information et veut participer aux décisions. L'inobservance dans ce contexte pourrait représenter une tentative du patient de reprendre le contrôle sur sa maladie.³²

Bien que ces modèles cognitifs aient leur utilité pour planifier ou évaluer certaines interventions menées à l'échelle communautaire, on comprend facilement que leur lourdeur et leur complexité limitent leur utilité dans le contexte instantané de la consultation clinicien-client. De plus, les modèles cognitifs passent sous silence le rôle majeur joué par les émotions du client et celles du clinicien dans la concordance thérapeutique.

Modèles affectifs : les émotions au pouvoir

Les modèles précédents présentent le comportement des individus comme un processus logique, modifiable par l'information et le raisonnement. Les progrès récents de la psychologie et des neurosciences viennent cependant remettre en question le rôle déterminant traditionnellement attribué au cortex cérébral, siège de la pensée réfléchie, dans les comportements des êtres humains. Ces recherches viennent redonner leur importance à des structures du cerveau plus primitives, siège des émotions.³³ Ce n'est qu'au cours des derniers 50 000 ans que l'espèce Homo Sapiens a connu le fulgurant développement de son néo-cortex menant à sa suprématie sur les autres espèces. Au cours des millions d'années qui ont précédé, la survie de ses ancêtres était essentiellement assurée par des structures du cerveau olfactif comme l'amygdale et l'hippocampe, dotées de la capacité d'apprendre à partir des expériences sensorielles et de déclencher des réactions immédiates, structures que nous désignons sous l'appellation **de système limbique ou «cerveau émotionnel»**. L'ancienneté de ce système lui a permis de développer des circuits neuronaux qui réagissent à l'environnement de façon beaucoup plus efficace et rapide que les circuits modulateurs du cortex destinés à inhiber ou confirmer la réaction. Le système limbique est ainsi en mesure d'effectuer à l'occasion de véritables “ coups d'état émotionnels ”, amenant l'individu à agir contre toute logique corticale.

Les clients et les cliniciens, comme tous les êtres humains, obéissent à une tendance naturelle à satisfaire leurs besoins émotionnels. Ainsi, les décisions les plus importantes de leur vie personnelle ou professionnelle (choix d'une carrière, d'un conjoint, d'un milieu de vie...) sont

souvent prises sous l'impulsion du moment, un choix émotionnel que la logique se charge ensuite de rationaliser rétroactivement.³⁴

Dans un modèle affectif employé en marketing que nous appellerons **traitement émotivo-rationnel de l'information** (figure 3), le hasard ou les circonstances mettent la personne en présence d'un stimulus qui pourrait répondre à un besoin (organes des sens). Si cet objet ou « produit » n'éveille pas son intérêt émotionnel (système limbique), la personne passe son chemin (interrupteur « fermé »). S'il éveille un besoin affectif, la personne décide d'aller plus loin (interrupteur « ouvert ») et procède à l'analyse rationnelle (cortex) d'un « achat » éventuel. Mais avant de prendre une décision définitive, l'information repasse par un deuxième interrupteur émotionnel (système limbique), qui donne ou non son aval à l'action. Ce modèle décrit la prise de décision comme un processus où les émotions jouent un rôle déterminant et où le raisonnement occupe une place beaucoup plus modeste que présumé. La connaissance des motivations émotionnelles de la personne devient donc la clé qui permet au vendeur, comme au clinicien, d'ouvrir les interrupteurs affectifs pour mettre en marche et conclure le processus de vente.

La **balance émotionnelle de la décision** est une méthode rapide d'évaluation des motivations affectives du client, mise au point lors de l'expérimentation de techniques de persuasion dans le domaine de la prévention clinique.³⁵ Le clinicien pose quatre questions à formulation émotionnelle concernant un comportement dont on souhaite l'adoption (ex : allaitement maternel) ou l'abandon (ex : tabagisme) : 1- *Qu'est-ce que vous aimez dans...*(AIME) 2- *Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans...*(N'AIME PAS) 3- *Qu'est-ce qui vous retient dans... ou vous attire dans...* (IN) 4- *Qu'est-ce qui vous déciderait à sortir de...ou vous ferait abandonner...* (OUT). Les réponses du patient sont déposées dans les plateaux de gauche et de droite d'une balance virtuelle. Le poids des arguments du client fait habituellement pencher le balancier d'un côté ou de l'autre. Le clinicien peut alors estimer jusqu'à quel point le client est prêt à changer, et savoir sur quel argument plus pesant il pourra s'appuyer pour initier éventuellement le changement. De fait, les arguments du client s'avèrent en général beaucoup plus déterminants que ceux du clinicien. Pour le patient, la décision de changer ou non dépend de cet équilibre entre plaisirs ou frustrations qu'il associe à la situation présente ou à la situation future. Lorsqu'on veut promouvoir l'adoption d'un nouveau comportement souhaitable, c'est ce bon comportement qu'il faut mettre en balance. Lorsqu'on veut faire cesser un comportement actuel néfaste, c'est ce comportement indésirable qu'il faut mettre en balance. Applicable à n'importe quelle situation où le changement suscite de l'ambivalence, la balance émotionnelle de la décision rejoint les émotions du client en utilisant une formulation des questions qui s'adresse à ce «...coeur qui, selon Pascal, a ses raisons que la raison ne connaît pas...». Ainsi, au lieu de demander au client fumeur « pourquoi » il fume, ce qui appelle une réponse rationnelle « présentable » du point de vue du professionnel de la santé, on lui demande « ce qu'il aime » de la cigarette, ce qui fait appel à des émotions plus sincèrement ressenties.

La figure 4 décrit les réponses fournies par les patients aux quatre questions posées, dans le cas d'un comportement favorable à la santé dont on souhaite l'adoption (allaitement maternel) et dans le cas d'un comportement néfaste dont on souhaite l'abandon (tabagisme).

Toutefois, pour accéder aux émotions du client, il ne suffit pas de bien poser les questions. Il faut faire preuve d'**empathie**, cette capacité de percevoir les émotions du client et de se mettre sur la même longueur d'onde affective que lui. Plus de 90% de ces émotions sont exprimées de façon non-verbale, particulièrement par le contact visuel, la position du corps ou le ton de la voix,³⁶ sans que les interlocuteurs en soient toujours conscients. Selon Gardner,³⁷ la capacité de reconnaître ses propres émotions et celle de comprendre ce que ressentent les autres sont étroitement liées au sein du concept d'intelligences « personnelles », par opposition aux intelligences logico-mathématique et langagière que mesurent habituellement les tests de quotient intellectuel. Ces intelligences « émotionnelles », qui semblent innées chez certains individus mais sont susceptibles d'être développées chez la plupart, constituent un atout considérable dans toute forme de relation humaine et sont la clé du succès des bons vendeurs...comme des meilleurs cliniciens !

Fin des hostilités : raison et émotions réconciliées

Dans le train de l'observance (figure 1), nous avons fait des émotions de tous les acteurs impliqués (le patient et son entourage, le clinicien et les autres prestataires de soins) la source d'énergie essentielle pour initier le mouvement. Sans nos émotions, que serions-nous en effet, sinon des machines paralysées et sans but ? À l'opposé, le règne de l'émotion aveugle est incompatible avec les lumières de la raison. Comme dans la parabole de l'aveugle et du paralytique qui découvrent une association fructueuse, l'aveugle peut fournir le mouvement, et le paralytique la direction. C'est seulement en tenant compte de ces deux composantes indissociables de la personne que sont la raison et les émotions que la communication clinicien-client peut progresser.

Comment se déplace la cible et quelle flèche employer: le modèle transthéorique

Ayant reconnu chez son client la coexistence de deux systèmes interdépendants de changement de comportement, le cognitif et l'affectif, le clinicien doit maintenant déterminer si son patient est prêt à changer (*readiness for change*) en rapport avec un problème clinique donné. Quelle est son intention ? La réponse à cette question est difficile à trancher, car le client est souvent ambivalent. Il se retrouve quelque part dans un continuum de changement où il peut être touché par les interventions ou demeurer hors d'atteinte. Dans le **modèle trans-théorique** de Prochaska, Norcross et DiClemente,³⁸ le changement de comportement est décrit comme une spirale passant par des étapes successives (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien, terminaison) au cours desquelles les individus rencontrent des obstacles qui peuvent être franchis grâce à des interventions spécifiques. Comme pour le développement d'un enfant, qui commence par ramper pour ensuite se tenir debout et marcher, les étapes suivent un ordre logique et prévisible : on ne peut en sauter aucune, sous peine d'échouer et de régresser. À chaque étape correspondent des tactiques cliniques efficaces pour amener le client à franchir le pont étroit qui conduit à l'étape suivante.

Au stade de la pré-contemplation, la personne nie ou n'a pas conscience du problème. Au stade de contemplation, elle est ébranlée dans ses convictions, reconnaît le problème, mais ne voit pas de solution immédiate. Au stade de préparation, l'individu est décidé à changer et recherche activement les moyens de réussir. Au stade de l'action, la personne effectue le changement avec

toutes les difficultés qu'il comporte. Au stade de maintien, elle tente de consolider sa décision, mais demeure sujette aux rechutes. Enfin, si jamais elle atteint le stade de terminaison, elle aura définitivement adopté le nouveau comportement.

Le diagnostic de stade est souvent difficile, mais il permet d'utiliser plus judicieusement les ressources cliniques. Les clients qui sont véritablement prêts à passer à l'action (stade de préparation) sont peu nombreux mais méritent un investissement maximum, car ils sont les seuls en position de conclure la transaction. Avec les autres stades, le clinicien doit initier ou maintenir un mouvement le long du continuum, tout en se montrant réaliste et patient. Le temps de changement psychologique et pédagogique n'est pas un temps mort, mais un temps de maturation nécessaire.¹⁷ Un aspect constructif du modèle trans-théorique est de considérer la rechute comme un épisode attendu et « recyclable » du changement plutôt que comme un échec.¹³

Conclusion

Le clinicien tient maintenant en mains les nombreuses ficelles du comportement d'observance de son client, dont les principales sont de nature émotionnelle. Il lui reste à découvrir les délicats secrets de leur manipulation, qui doit se faire dans le respect du client, en scellant avec lui une relation de confiance à long terme. C'est le but de la deuxième partie de cet article.

DEUXIÈME PARTIE :

Comment convaincre son client d'acheter la prescription et...de revenir !

Introduction

Dans la première partie de cet article, on a vu que le mandat des cliniciens dans l'amélioration de la santé de la population ne se limitait plus à diagnostiquer et prescrire, mais consistait également à s'assurer que la prescription atteigne avec efficacité les cibles thérapeutiques ou préventives fixées, en améliorant l'observance par une meilleure communication avec le client. On a démontré l'importance de la composante émotionnelle dans la décision du patient de changer son comportement. Les émotions font ainsi équipe avec les cognitions pour amener le client, étape par étape vers un comportement favorable à la santé.

Au cours de cette deuxième partie, on verra que les nouvelles exigences de la tâche du clinicien imposent une redéfinition de son rôle et de ses compétences. Les techniques de négociation-vente développées en marketing peuvent apporter des solutions valables aux résistances rencontrées quotidiennement avec les clients, dans la mesure où on respecte certaines balises déontologiques. Notre réflexion nous amène à proposer une **nouvelle approche clinique centrée sur la personne et ses émotions**, qui intègre aux avancées des dernières décennies dans le domaine de la communication clinicien-client, certaines techniques de persuasion empruntées au marketing, dans un contexte de counselling court. Les particularités de ce modèle seront discutées.

Nouveaux rôles et compétences du clinicien

Au cours des trente dernières années, on a vu la relation clinicien-client prendre de nouveaux visages. L'ancien modèle de soins consacré à la maladie aiguë, ayant pour sanctuaire l'hôpital, ne représente plus que 10% des recours médicaux. Le modèle de prise en charge de la maladie chronique, de plus en plus ambulatoire et extra-hospitalier, doit répondre à 90% des demandes. Ce dernier modèle engage le professionnel à prescrire le traitement sans avoir de réel contrôle sur son application, à former son patient, à partager son pouvoir, à gérer des maladies ou facteurs de risque asymptomatiques, à traiter les crises en urgence, à faire face aux complications tardives ainsi qu'à assurer un support psychologique et social.¹⁷

Dans ce nouveau paradigme, le clinicien doit quitter le piédestal paternaliste d'où il exerçait jadis le contrôle sur un patient passif (relation centrée sur le clinicien), ainsi que sa position d'expert scientifique et technique prodiguant un avis incontestable à un client dépendant (relation centrée sur la maladie). De nouveaux types de relation plus égalitaires, basés sur la coopération, le partenariat et la facilitation de l'autonomie sont en émergence.³⁹ C'est le cas de la relation centrée sur le patient, où le clinicien s'efforce de comprendre la perspective du client et de trouver un terrain d'entente avec lui.

À l'autre extrémité du spectre de la relation, le modèle "informateur-consommateur" (*consumerism*) tend à réduire le professionnel à un simple "courtier en valeurs sanitaires", qui a pour rôle de renseigner le patient sur les options du marché, en lui laissant décider de ce qui lui

convient le mieux en fonction de ses propres valeurs. Dans ce dernier modèle où le client détermine seul l'agenda, le clinicien n'est plus tenu de convaincre.⁴⁰

Les compétences requises pour mettre en oeuvre ces nouveaux modèles relationnels, dont le centre de gravité se déplace vers le client, se situent moins au niveau des connaissances (savoir) que des habiletés (savoir faire) et des attitudes (savoir être), principalement dans le domaine de la communication. Aider le client à s'exprimer, affronter ses émotions, négocier des décisions communes et conclure sont des compétences que les professionnels de la santé doivent maintenant chercher à maîtriser.⁴¹ Dans cette optique, ils peuvent apprendre beaucoup des professionnels de la vente, qui exercent ces compétences depuis des temps immémoriaux.

Faire des cliniciens de meilleurs vendeurs

Des besoins flagrants

Les médecins du Québec, lors d'une enquête téléphonique,⁴² pointaient l'inobservance comme principale difficulté de leur pratique. Ils fustigeaient leur impuissance à faire partager au malade leur compréhension du problème, leur incapacité à concilier les attentes divergentes et la perte d'énergie qui en découle. Typiquement, les médecins surestiment la quantité et la qualité de leurs interventions éducatives, qui aboutissent trop rarement selon eux à des changements de comportement chez leurs patients.¹³ L'échec de plus de la moitié des prescriptions, évoqué dans la première partie de cet article, constitue en soi une démonstration de la nécessité de rechercher des moyens plus efficaces de transmettre à la clientèle les messages de santé.

De plus, les professionnels de la santé ne sont pas formés aux habiletés de communication et aux attitudes requises pour gérer efficacement les décisions de santé de leurs patients. On leur a toujours enseigné et montré à garder une distance émotionnelle et une objectivité " scientifique " avec leurs clients. Ils peuvent donc percevoir que leur rôle se limite à présenter les options, plutôt qu'à influencer les décisions du patient. En outre, devant leur salle d'attente bondée, certains professionnels hésitent à s'engager dans un travail de persuasion qu'ils perçoivent long et peu rentable pour leur pratique.

Un dilemme éthique

Les cliniciens qui prêchent la prudence et la neutralité risquent fort d'être déçus : il semble impossible d'ouvrir la bouche sans révéler les présuppositions qu'on a sur le monde.⁴³ En outre, on ne peut pas ne pas communiquer (le silence étant lui-même un message). Toute communication est irréversible⁴⁴ et constitue une tentative d'influencer l'autre par la parole ou par l'action.⁴⁵ C'est donc le choc de deux subjectivités, chacune cherchant à influencer l'autre, qui détermine le résultat de la communication clinicien-client.

Les professionnels de la santé sont appelés à confronter leurs valeurs avec celles de leur client, mais aussi avec celles de l'environnement psychosocial et culturel où celui-ci évolue. Ainsi, l'économie de marché de plus en plus agressive, utilisant toutes les armes du marketing, incite le consommateur à adopter des habitudes de vie risquées pour la santé: suralimentation rapide, loisirs physiquement passifs, véhicules puissants et sports extrêmes, sexualité débridée et non

protégée, abus de substances toxiques... À la guerre comme à la guerre, les cliniciens ne doivent-ils pas prendre eux aussi des moyens d'une puissance équivalente pour combattre ces menaces à la santé ?

Dans l'accomplissement de son mandat, il est éthique que le professionnel de la santé recoure à tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques raisonnables et proportionnés à la situation, suivant les règles de son art. Selon le principe de bienfaisance, le traitement doit produire, sauf exception imprévisible, des bénéfices supérieurs aux effets fâcheux. Au minimum, il ne doit pas nuire (*primum non nocere*). Un rapport risques/bénéfices favorable peut justifier une attitude incitative en faveur de l'intervention. Par contre, le principe d'autonomie limite cette attitude, de par la valeur que le patient, libre de pensée, de conscience et d'action, accorde à cet aspect de sa santé. Le consentement doit donc être libre, sans pression induite, compte tenu de la vulnérabilité due à la maladie. Il doit être éclairé par tous les renseignements nécessaires à la décision. Des informations factuelles de base doivent permettre de comprendre la situation, les alternatives possibles avec leurs conséquences et de les interpréter en terme d'avantages et d'inconvénients physiques et psychosociaux. Des aides écrites ou audio-visuelles sont un apport complémentaire, mais ne se substituent pas au dialogue. Pour servir au mieux les intérêts du patient, il faut être sensible à ses motivations, rationnelles comme émotionnelles, et négocier une solution réaliste, mutuellement acceptable.⁴⁶

La vente : un art d'influencer

L'attirail du vendeur

Vendre implique exercer dans la relation un certain **leadership**, entendu comme la capacité de faire faire à quelqu'un une chose qu'il n'aurait pas faite en l'absence du leader. Ce leadership dépend du pouvoir du leader, qui peut résider dans son expertise, la dépendance ou la dette que ressent le client, mais aussi à l'occasion dans la menace ou la séduction qu'il exerce. Toutefois, ce qui caractérise avant tout le leader efficace est sa capacité d'écoute et de négociation.⁴⁷

La **séduction** utilise le sourire, une attitude enjouée et une bonne dose d'**humour**, l'outil le plus efficace pour briser la glace. Démontrant aisance et décontraction et sachant dire ce qu'il faut au moment voulu, le vendeur amène le client à relâcher sa méfiance.⁴⁵ L'**attitude positive**, attentionnée et coulante du vendeur est bien décrite dans les principes de Dale Carnegie⁴⁸: « Ayez le sourire, rappelez-vous le nom de votre interlocuteur et appelez-le par son nom ; commencez toujours de façon amicale, posez des questions qui font dire *oui* immédiatement ; intéressez-vous réellement à votre client, faites-le parler de lui-même et de ce qui l'intéresse ; accordez-lui de l'importance et de la considération, en le complimentant honnêtement et sincèrement ; laissez votre interlocuteur parler tout à son aise, laissez-lui le plaisir de croire que l'idée vient de lui, montrez-lui que vous êtes capable de voir les choses de son point de vue ; si vous avez tort, admettez-le promptement et énergiquement ; respectez les opinions de votre interlocuteur, ne lui dites jamais qu'il a tort, ne critiquez pas et ne condamnez pas ; faites remarquer les erreurs ou défauts de manière indirecte, laissez votre interlocuteur sauver la face. »

Le processus de vente

Pour réussir à influencer, le vendeur doit d'abord reconstruire par **empathie** l'univers inconscient et implicite des objets cognitifs du client. Puis, la parole permet de recadrer une idée, une situation, un phénomène, en manipulant ces objets cognitifs pour leur donner le sens voulu.⁴⁵

Au départ, le client (appelé en vente « prospect ») éprouve un **problème**, une insatisfaction à laquelle peut répondre un produit ou service, mais dont il n'est pas nécessairement conscient. Le problème ne devient un **besoin** que si le client exprime le **désir** de résoudre le problème. On ne peut créer un besoin : il doit être préexistant au niveau conscient ou inconscient. Par des questions ouvertes puis fermées, le vendeur cherche à déceler le besoin et le préciser. Une intervention d'appui ou **démonstration** consiste à mettre le besoin identifié en relation avec le produit ou service proposé. La **fermeture** de la vente (*closing*) consiste à poser la question qui amène le client à prendre un engagement. Elle s'effectue lorsque le client manifeste un désir verbal ou non verbal d'acheter, et qu'on a répondu de façon satisfaisante à ses **objections**. Plutôt que de les éviter, il faut rechercher activement les objections et aider le client à les exprimer, puis y répondre spécifiquement. Si la fermeture échoue, c'est souvent que le client doute des informations données (scepticisme) ou qu'il ne perçoit pas le besoin identifié (indifférence). Si la fermeture est un succès, il reste à négocier les modalités et corollaires de la transaction, à offrir du soutien au produit (service après vente) et enfin à assurer un suivi pour vérifier la satisfaction et consolider la relation d'affaires.^{47, 49, 50}

La vente sous pression (push)

La perception négative des vendeurs dans l'opinion publique découle en grande partie de l'expérience irritante de la vente sous pression. Dans ce processus, la relation vendeur-acheteur est teintée de méfiance réciproque, asymétrique (l'acheteur étant en position haute), anonyme, éphémère, centrée sur le produit et le besoin.⁴⁵ En définitive, on achète souvent pour se débarrasser du vendeur qui tente de nous manipuler, mais il n'y aura pas de deuxième fois.

Laisser le client acheter (pull)

Selon le modèle de marketing connu sous le nom de PRO/BAC (Personne, Rôle, Objet/Bénéfices Avantages, Caractéristiques), le vendeur s'intéresse d'abord à l'acheteur en tant que **personne** et en tant que détenteur d'un **rôle** social, tous deux susceptibles de profiter de son produit (**objet**). Le produit proposé présente ou non, pour résoudre le problème du client, certaines caractéristiques objectives et intrinsèques : ce qu'il est/n'est pas (*Characteristics /Discharacteristics : what it is/it is not*). Ces caractéristiques se traduisent ou non, en fonction de la formule « et alors ? » (*so what ?*), en un certain nombre d'**avantages** rationnels : ce qu'il fait/ne fait pas pour l'acheteur dans son rôle social (*Advantages /Disadvantages : what it does/ it does not*). En fonction de la même formule (*so what*), les avantages se traduisent ou non à leur tour en **bénéfices** émotionnels pour la personne de l'acheteur potentiel : ce qu'il donne/ne donne pas à la personne (*Benefit / Disbenefit : what it means/does not mean for you*). Le client achète pour acquérir formellement des avantages tangibles (ex: une voiture lui permettant de faire son travail) et informellement des bénéfices souvent intangibles (ex: le prestige social associé à la voiture).

Le travail du vendeur consiste à découvrir par écoute active les besoins (motivations internes) du client et à lui faire ressentir à quel point ses besoins restent insatisfaits dans la situation actuelle (sensation de vide), mais pourraient être comblés s'il adoptait le produit proposé. Pour réduire cette **dissonance cognitive** plutôt inconfortable, le client est alors attiré (*pulled*) de façon irrésistible par le produit qui comble ce vide. Après avoir exploré et répondu aux objections possibles, le vendeur peut consolider l'achat en présentant le produit comme une denrée rare réservée à des clients privilégiés et méritoires et obtenir un engagement (fermeture). C'est seulement à ce moment que prennent place les négociations sur les modalités de l'achat. Le client, qui n'a pas l'impression d'avoir été contraint d'acheter, mais plutôt d'avoir été l'objet d'une faveur spéciale, est prompt à revenir si le produit a rejoint effectivement ses besoins.^{47, 50}

L'évolution des approches cliniques

La personne, le patient et le malade

Avant de devenir un malade ou même un patient, le client potentiel du système de soins est une **personne** en équilibre avec son environnement, qui se croit en santé et préfère ignorer la maladie (figure 6). Cette personne a ses joies et ses peines, ses rêves et son mode de vie idéalisé. C'est cette personne, bien réelle mais souvent ignorée par la médecine, qui aura en fin de compte à observer le traitement ou les recommandations et qui aura forcément le dernier mot. C'est elle qui décide de prendre ou non les médicaments prescrits, de continuer à fumer ou d'adopter un mode de vie physiquement actif, pas nécessairement parce que ces décisions sont logiques et raisonnables, mais parce qu'elle « se sent » mieux à agir de cette façon.

La personne perd son insouciance pour devenir un **patient** lorsqu'elle ressent un malaise physique ou une inquiétude (symptôme, signe clinique, test de dépistage anormal, maladie chez un membre de l'entourage). Les anglo-saxons distinguent ce malaise (*illness*), ressenti subjectivement, de la notion de maladie (*disease*) reconnue par les professionnels. Le patient consulte éventuellement un clinicien, en attente de réponses à ses préoccupations ou en quête d'un soulagement de son inconfort et d'un rétablissement à la normale de son fonctionnement social.

Suite au processus diagnostique, le patient peut être déclaré malade ou non malade. S'il est **malade** (confirmation par le clinicien de la signification pathologique des facteurs de risque, symptômes, signes et tests anormaux), une prescription sera proposée et éventuellement exécutée. Si le malade guérit, il redevient la personne initiale, jusqu'au prochain épisode. Si par contre il ne guérit pas, le malade peut se retrouver dans le cercle vicieux *MC* des « malades chroniques » (prescription, non guérison, nouvelle prescription).

Si le patient est de toute évidence non malade, un counselling en ce sens tentera de le rassurer. Si on y parvient, le patient redevient la personne du début. Si on échoue à le convaincre, le patient insatisfait peut reconsulter indéfiniment dans un second cercle vicieux *PC*, celui des « patients chroniques » (consultation, non malade, non rassuré, nouvelle consultation).

Ces trois représentations du client, soient le malade, le patient rationnel et la personne émotionnelle sont au centre de trois approches cliniques. L'approche **centrée sur la maladie** est enseignée depuis le début du XIX^{ème} siècle, alors que fut mise au point la méthode scientifique dite clinico-pathologique. L'approche **centrée sur le patient**, développée au cours des derniers trente ans, découle d'un désir des cliniciens de pénétrer dans le monde du patient pour découvrir la maladie à travers ses yeux.⁵¹ L'approche **centrée sur la personne** que nous proposons enrichit les deux autres en rendant aux émotions leur rôle déterminant dans la décision du client d'adhérer ou non à la prescription. Loin de s'opposer, les trois approches sont en continuité, se complètent et s'emboîtent l'un dans l'autre comme des poupées russes.

L'approche centrée sur la maladie

Cette approche encore largement enseignée dans les facultés de médecine du monde entier (figure 7), considère le client comme un objet d'observation scientifique essentiellement passif. Il s'agit d'un « cas » ou d'un exemplaire potentiel d'une maladie qu'on s'approprie pour mieux l'étudier. Les médecins diront de façon abusive mais banalisée : « j'ai mis ton cancer du poumon sur la civière » ou « viens donc examiner mes hémorroïdes avant que je les opère ». La tâche du clinicien est de découvrir les indices cliniques et para-cliniques menant, par hypothèses et déductions, au diagnostic probable. De ce processus découle la prescription logique du meilleur traitement disponible pour cette condition, selon les évidences scientifiques. Ce verdict ne souffre aucune contestation. On a donné son avis d'expert et on se soucie peu de l'opinion du « cas ». Par la suite, tout se passe comme si le clinicien avait épuisé le temps et l'énergie de la consultation pour faire le diagnostic et choisir la conduite appropriée et qu'il n'en restait plus pour discuter de la prescription. L'inobservance éventuelle est la faute du client. Le clinicien s'est montré rationnel, clair et objectif, il sait ce qui est le mieux pour son client et doit décider pour lui.³¹ On ne cherche pas à connaître les suites de la consultation, ni à établir de liens à long terme avec le client. On passe rapidement le relais à d'autres soignants. Suivant !...

L'approche centrée sur le patient

Le développement de la médecine familiale, qui prône des soins globaux, continus et personnalisés a contribué à l'élaboration d'une méthode clinique **centrée sur le patient** (figure 8), où le client est considéré comme un expert au même titre que le clinicien, et dans laquelle tous deux doivent coopérer.⁵² Le patient offre au clinicien des indices (*cues*) qui concernent sa double expérience de la maladie (*disease*) et du malaise (*illness*). Le clinicien cherche donc à clarifier chez le patient les symptômes, signes cliniques et paracliniques de la maladie, mais également les modifications (*effect on function*) qu'amène la plainte à son mode de vie, ses idées (*ideas*) et sentiments (*feelings*) vis-à-vis la maladie ou le traitement et ses attentes (*expectations*) face à la consultation. Ces éléments entrent dans une analyse élargie du problème, incluant le contexte familial et social, qui permet un diagnostic plus exhaustif.⁵³

Trouver un terrain d'entente est indispensable au succès de la méthode centrée sur le patient. L'**approche négociée**, qui augmente la qualité de la participation, le pouvoir et la satisfaction des deux parties dans la transaction, permet de réduire les différences de perception entre clinicien et client. La négociation s'applique à la définition du problème, au choix des objectifs, des méthodes et conditions du traitement et du suivi ainsi qu'à la mise en application de ces ententes.³⁹ On

vérifie enfin que la prescription mutuellement décidée répond aux attentes du client et on vérifie sa satisfaction.

Notons que dans cette méthode, on incite le clinicien à identifier par empathie les sentiments véhiculés par le client et à mieux comprendre son contexte de vie ou sa souffrance, mais cette précieuse information sert surtout à permettre la ventilation thérapeutique. Elle ne concourt pas directement à mobiliser le patient vers la solution du problème.

L'approche centrée sur la personne et ses émotions

Dans l'**approche centrée sur la personne**, inspirée du modèle PRO/BAC (figure 9), on découvre que derrière le masque de la maladie et la plainte raisonnable du patient se cache la souffrance émotive de la personne, privée de ses sources de plaisir ou soumise à des frustrations grandissantes par le problème clinique. Le clinicien ne peut arriver à un diagnostic complet et utile à la prescription que s'il **questionne, en plus de la maladie et du patient, la personne** qui cherche à retrouver l'équilibre rompu, le bien-être et la sécurité. Il doit **valider** son impression sur ces trois entités du client avant de pouvoir **prescrire**. La pertinence de cette prescription doit à son tour être questionnée, en particulier auprès de la personne et le professionnel doit rechercher activement les **objections** possibles du client et y répondre avant de **fermer** la vente. La conclusion comporte un résumé de l'entrevue, un message clair et une offre de soutien et de suivi.

Cette méthode répond bien aux préoccupations des chercheurs selon lesquels des résultats significatifs ont été observés lorsque 1- le client est encouragé à poser des questions sur le diagnostic ou le traitement et reçoit des réponses à ses questions (gestion des objections), 2- le clinicien donne des informations claires, un soutien émotionnel efficace et accepte de partager la prise de décision 3- clinicien et client doivent se mettre d'accord sur la nature du problème et sur le plan d'intervention (négociation).

Techniques de communication persuasive

L'approche centrée sur la personne et ses émotions ne saurait être opérationnelle sans un ensemble de techniques de communication. Les méthodes d'entrevue développées ces dernières années dans le domaine clinique^{8, 43, 53-55} convergent avec celles du marketing pour améliorer l'efficacité et la qualité de la communication. Ces techniques concernent la prise de contact avec le client, l'écoute active, la formulation de questions clés, la validation de l'information, la prescription, la gestion des objections, la fermeture de la vente ainsi que la discussion des modalités de l'entente, du soutien et du suivi (tableau 1).

La magie des mots

Le langage parlé est le plus important outil diagnostique et thérapeutique en médecine, mais les cliniciens ne savent pas toujours quoi dire ou ne trouvent pas les mots qu'il faut.⁵⁶ De plus, la manière dont une question est formulée (contenant) peut changer radicalement la réponse, quel que soit le message (contenu) qu'on veut transmettre. C'est pourquoi l'utilisation de phrases clés au cours de l'entrevue, comme autant de formules "magiques", peut permettre de révéler des informations cachées, ou servir de levier pour déplacer le client vers l'objectif poursuivi. Le tableau 1 en donne de nombreux exemples.

Discussion

L'approche centrée sur la personne que nous proposons constitue en quelque sorte une nouvelle prescription pour le clinicien. Cette prescription comporte des caractéristiques et des avantages rationnels, mais ce sont surtout les bénéfices émotionnels anticipés à court terme qui pourraient le pousser à l'adopter.

Caractéristiques de l'approche centrée sur la personne

- Intègre les méthodes antérieures et les complète par des techniques empruntées au marketing;
- Reconnaît le rôle essentiel joué par les émotions dans les changements de comportement;
- Utilise l'écoute active du malade, du patient et de la personne;
- Amène clinicien et client à négocier sur un pied d'égalité.

Avantages rationnels de l'approche pour le clinicien comme professionnel

- Apporte une réponse aux difficultés de la pratique les plus souvent ressenties;
- Permet de mieux connaître et comprendre ses clients;
- Est applicable à n'importe quel problème de santé, de même que la vente est applicable à n'importe quel produit ou service;
- Est réalisable dans un temps de consultation relativement court;
- Nécessite un apprentissage et de la pratique;
- Exige un investissement de temps initial avec le client qui est récupéré dans le suivi, les renseignements recueillis étant réutilisables pour toute vente ultérieure;
- A un effet de triage parmi les patients, permettant de perdre moins de temps avec ceux qui ne sont pas prêts à modifier leur comportement et d'en consacrer davantage à ceux qui sont prêts;
- Permet une meilleure utilisation du temps du clinicien en réduisant les consultations inutiles découlant d'une mauvaise communication.

Bénéfices émotionnels de l'approche pour le clinicien comme personne

- Donne le sentiment d'une pratique de meilleure qualité, plus globale, continue et personnalisée;
- Développe des habiletés de communication et de leadership qui peuvent servir non seulement avec les patients, mais aussi avec les pairs et l'entourage;

- Rejoint les standards professionnels les plus élevés;
- Peut réduire le risque de poursuites pour faute médicale, le plus souvent attribuables à des problèmes de communication;
- Procure le plaisir de maîtriser une nouvelle technique diagnostique et thérapeutique (aspect ludique);
- Évite le déplaisir de prononcer des sermons moralisateurs en pure perte;
- Améliore les résultats de santé, incluant l'atteinte d'objectifs communs, la satisfaction et la gratitude des patients : « Ce qui stimule le plus le vendeur, c'est la satisfaction de ses clients, qui lui apporte une valorisation indescriptible. À l'inverse, ce qui le blesse le plus c'est un bête refus, annihilant ses efforts ».⁵⁰

Objections des cliniciens⁵⁶

« Ça prend du temps » : il faut moins d'une minute pour se faire une idée utile de la personne, idée qui s'enrichit et se développe au fur et à mesure de la relation.

« Les patients veulent aller droit au but » : au contraire, ils apprécient que le professionnel de la santé interagisse personnellement avec eux et sont agréablement surpris lorsqu'on leur fait parler de la personne qui compte le plus à leurs yeux : eux-mêmes !

« Trop de proximité compromet objectivité et professionnalisme » : l'objectivité est une utopie... Pour être thérapeutiques, les cliniciens doivent nécessairement entrer en contact émotionnel avec leurs patients.

Fermeture de la vente

Notre démarche nous amène finalement à poser la question de fermeture : « Si on vous proposait une approche qui permette par ses caractéristiques de mieux résoudre les problèmes cliniques, vous procurant des avantages professionnels démontrés et surtout les bénéfices personnels que vous espérez le plus, est-ce que ça pourrait vous intéresser d'essayer ?... »

Conclusion

Cet essai recadre l'observance des recommandations cliniques et son principal déterminant, la communication clinicien-client, dans une perspective interdisciplinaire à la frontière du marketing et de la médecine, où le rôle capital des émotions dans la modification des comportements est mis en évidence. L'approche centrée sur la personne et ses émotions qui découle de cette démarche poursuit et enrichit les efforts déployés au cours des trente dernières années pour augmenter l'efficacité et la qualité des soins. Le développement par les professionnels de la santé de nouvelles habiletés de négociation-vente ne peut que concourir aux objectifs poursuivis par la réforme des soins et services de santé à l'aube de ce siècle, en optimisant l'interface entre soignants et soignés.

Références

1. Romanow RJ. Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada., 2002.
2. Clair M. Les solutions émergentes: rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000.
3. Houston-Miller N. Compliance with Treatment Regimen in Chronic Asymptomatic Disease. *Am J Med.* 1997; 102:43-49.
4. Kozma CM, Kaa KA, Reeder CE. A model for comprehensive disease state management. *J Out Managem* 1997; February:4-8.
5. Sacket DL, Haynes RB, Guyat GH, Tugwell P. *Clinical epidemiology*: Little, Brown, 1991:ch 8: 249-281.
6. Coombs B. Review of the scientific literature on the prevalence, consequences and health cost of non-compliance and inappropriate use of prescription medication in Canada. Health Promotion Associates, ACIM 1995.
7. Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York: Plenum Press, 1987:310.
8. Butler C, Rollnick S, Scott N. The Practitioner, the Patient and Resistance to Change: Recent Ideas on Compliance. *Can Med Assoc J* 1996; 154:1357-1362.
9. Sauvageau L, Bourdages J. L'observance aux recommandations médicales en santé cardiovasculaire: déterminants et interventions. Les déterminants de quatre comportements favorables à la santé cardiovasculaire: la prise de médicaments, l'abstinence tabagique, la saine alimentation et la pratique régulière de l'activité physique. Quebec City: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1998:31.
10. Roter DL, Hall JA. Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *J Womens Health* 1998; 7:1093-7.
11. Gray J. Male patients want one thing, women want another. *Family Practice* 1998:65-66.
12. Kurtz SM, Laidlaw T, Makoul G, Schnabl G. Initiatives de formation médicale en matière de communication. *Cancer Prevention & Control* 1999; 3:37-45.
13. Lipkin Jr M. Physician-patient interaction in reproductive counseling. *Obstetrics & gynecology* 1996; 88:31s-40s.
14. Zaffran M. L'hyperspécialisation de la médecine, une façon commode de fuir la relation. *L'actualité médicale* 2001:28.
15. Initiative Canadienne sur le cancer du sein. Outils de communication I : une meilleure communication médecin-patient pour de meilleurs résultats auprès des patients. Ottawa: Publications Santé-Canada, 2001:65.
16. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. Données sur la communication entre médecin et patient. *Cancer Prevention & Control* 1999; 3:25-9.
17. Assal JP. Traitement des maladies de longue durée: de la phase aiguë au stade de la chronicité,. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encyclopédie Médico Chirurgicale. Thérapeutique*. Vol. 25-005-A-10. Paris: Elsevier, 1996:18 p.
18. Parker RM, Schwartzberg JG. What patients do - and don't - understand: widespread ignorance has triggered a silent epidemic. *Postgraduate Medicine* 2001; 109:13-16.
19. DiMatteo MR. The Role of the Physician in the Emerging Health Care Environment. *West J Med.* 1998; 168:328-333.
20. Cegala DJ, Marinelli T, Post D. The effects of patient communication skills training on compliance [see comments]. *Arch Fam Med* 2000; 9:57-64.
21. Janz, Becker. *Health Belief Model*. 1984.
22. Lalande R, Goudreau J. Éducation du patient et observance aux recommandations: une stratégie d'intervention pour le clinicien. *Psychologie médicale* 1991; 23:655-658.
23. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1975.

24. Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckman, J. (Eds), ed. Action-control: from cognition to behavior. Heidelberg: Springer, 1985:11-39.
25. Bandura A. Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1977; 84.
26. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1992; 37:122-147.
27. Triandis HC. *Interpersonal behavior*. Monterey, CA.: Brook/Cole, 1977.
28. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield publishing Company, 1991.
29. Walsh J, McPhee S. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Education Quarterly* 1992; 19:157-175.
30. Rochon A. *Savoir, Vouloir, Pouvoir apprendre à mieux vivre.: Éducation populaire*, 1990.
31. Donovan JL. Patient Decision Making. The Missing Ingredient in Compliance Research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1995; 11:443-455.
32. Kjellgren KL, Ahler J, Säljö R. Taking antihypertensive medication- controlling or co-operating with patients ? *International Journal of Cardiology* 1995; 47:257-268.
33. Goleman D. *L'intelligence émotionnelle*. Paris: Robert Laffont, S.A., 1997.
34. Chapuis P. Étude exploratoire d'un processus de décision stratégique atypique. École des Hautes Études Commerciales. Montréal: Université de Montréal, 1993.
35. Groulx S, Maâroufi A, Haiek LN, Donovan D, Chapuis P. Promotion de la prévention clinique (PPC): un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie, Québec. Longueuil (Québec): Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 2001:71.
36. Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-Patient communication: a review of the litterature. *Soc.Sci.Med* 1995; 40:903-18.
37. Gardner H. *Cracking open the IQ box*. The American Prospect 1995.
38. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for Good: A Revolutionary Six Stages Program for Overcoming Bad Habits and Moving your Life Positively Forward*. New York: Willliam Morrow and co. inc., 1994.
39. Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée: modèle de relation médecin-patient. *Le médecin du Québec* 1993:31-39.
40. Lussier M-T, Richard C. Les modèles de relation patient-médecin: et si le "paternalisme" avait quand même du bon ? *L'omnipraticien* 1998.
41. Initiative Canadienne sur le cancer du sein. *Outils de communication II: la communication efficace à votre service*. Ottawa: Publications-communications Santé-Canada, 2001.
42. Beaulieu M-D, Leclère H. Nature des difficultés de la pratique médicale: les omnipraticiens s'expriment. *Bulletin du Collège des médecins du Québec* 1991; XXXI.
43. O'Hanlon WH, Weiner-Davis M. *L'orientation vers les solutions: une approche nouvelle en psychothérapie*. Collection du Germe. Vol. Satas. Bruxelles, 1995.
44. Richard C, Lussier M-T. La communication patient-médecin: un peu de théorie, DOC ? *Le Médecin du Québec* 1999; 34:29-34.
45. Mucchieli A. *L'art d'influencer*. Paris: Armand Colin / HER, 2000:167.
46. Leclerc B, Dontigny A. La médecine préventive en contexte clinique: quelques repères éthiques. *Le Médecin du Québec* 1999; 34:69-73.
47. Chapuis P. *Clinique de négociation-vente*, 1998. IDP.
48. Carnegie D. *Comment se faire des amis*: Hachette, 1990.
49. *Formation-international. Programme de techniques de vente III*. 1984.
50. Roberge CD. Arrêtez de vendre, laissez vos clients acheter. *Humaniser la vente par l'échange, l'écoute et l'empathie*. Montréal: Les éditions transcontinental, 2001:234.
51. McWhinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method ? *Can Med Assoc J* 1986; 135:873-878.
52. Roter DL, Hall JA. Strategies for enhancing patient adherence to medical recommendations. *Jama* 1994; 271:80.
53. Stewart MA, Brown JB, Weston WW. *Patient Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.
54. Kurtz SM, Silverman J, Draper J. *Calgary-Cambridge Observation Guide. Teaching and Communicaton skills in Medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998.

55. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, Preparing People for Change: Guilford, 2002.
56. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, et al. "Tell Me about Yourself": The Patient Centered Interview. Annals of Internal Medicine 2001; 134:1079-85.

Tableau 1 : DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE CENTRÉE SUR LA PERSONNE: STRUCTURE, CONTENU ET UTILISATION DE PHRASES CLÉS

SECTION PROBLÈME	
Étapes de l'entrevue	Phrases clés
<p>Prise de contact (phase phatique)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayant pris soin d'aménager un <i>environnement</i> favorable à l'entrevue, le clinicien débute l'<i>observation</i> attentive du patient. Il <i>se présente</i> et l'accueille chaleureusement. • Le clinicien peut aborder un sujet non médical qui intéresse le client pour trouver un <i>terrain d'échange</i>. Utilisant l'<i>écoute active</i>, il démontre un intérêt réel pour la personne et ses activités, sans porter de jugement et en évitant toute confrontation. Pour écouter activement, il faut se concentrer, résumer et classer l'information, en tirer l'idée principale et en retenir les mots clés. Le professionnel tente également de pénétrer dans la « bulle » personnelle du client, de découvrir ses <i>spécificités</i>, les points d'ancrage qui permettront éventuellement de fermer la vente. • Restant à l'écoute des émotions de la personne, le professionnel tente de trouver la <i>bonne distance</i> tant au sens propre que figuré. Cette distance est la plus rapprochée qui demeure confortable pour le client et pour le clinicien. En <i>communication verbale</i> il recherche le niveau de langage approprié sur le plan socio-culturel et emploie les expressions, les métaphores du client. Il ne présente qu'une seule idée à la fois et obtient l'accord sur cette idée avant d'aborder la suivante. • En <i>communication non-verbale</i>, il prête attention au contact visuel, à la position et aux mouvements du corps ainsi qu'au para-langage. Il observe les réactions du client à chaque énoncé : si elles sont positives, on continue dans le même sens, mais dans le cas contraire, on part dans une autre direction. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bonjour, Monsieur ou Madame X, je suis Y (sourire). C'est votre première visite chez nous ?...</i> • <i>Comment avez-vous fait pour venir me voir malgré le mauvais temps ? ...</i> • <i>Vous avez une drôle de fleur à la boutonnière... qu'est-ce que ça représente ?...</i> • <i>C'est votre petite fille que vous avez amené ? Comment s'appelle-t-elle ?...</i> • (Nouveau client) <i>Avant que nous abordions ce qui vous amène, j'aimerais que vous me parliez un peu de vous comme personne...</i> • (Client connu) <i>Alors, qu'est-ce qu'il y a de nouveau dans votre vie ?</i> <p>Exemples de para-langage manifestant au patient qu'on l'écoute, qu'on suit son discours: contact visuel, hochement de tête, se pencher vers lui, approbation vocale : <i>mm, mm, OK. d'accord, je vois, je comprends...</i></p>
<p>Questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le questionnaire des trois sphères : maladie, patient, 	

<p>personne ne doit pas être mené comme une liste de pointage (<i>check list</i>), mais de la manière naturelle d'une conversation. Le clinicien conserve le contrôle de l'entrevue en sautant d'une sphère à l'autre par ses questions, tout en faisant des liens apparents entre les questions. Gardant en tête son agenda, le clinicien doit avant tout faire parler son client et <i>saisir toutes les perches</i> que celui-ci lui tend. S'il sent que le client l'entraîne trop loin, il peut l'interrompre et rediriger la discussion dans une autre direction, jusqu'à ce qu'un diagnostic puisse être posé dans les trois sphères. Le clinicien évite de fournir des explications à ce stade de collecte de données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raison(s) de consultation : poser une question ouverte et <i>laisser le patient s'exprimer</i> au moins une minute en l'interrompant le moins possible, sauf pour faire préciser ou reformuler si nécessaire...Une étude démontre que les médecins américains interrompent leurs patients en moyenne après 23 secondes.⁵⁵C'est nettement insuffisant pour permettre au client de « vider sa tasse de thé », et on ne peut remplir une tasse pleine ! Cette hâte des cliniciens a plutôt pour effet de prolonger la consultation ou d'en occasionner inutilement d'autres. • Aider le patient à vider son sac, pour éviter qu'il n'attende à la fin de l'entrevue pour dévoiler sa plus importante raison de consultation (<i>syndrome de la poignée de porte</i>). • <i>Négocier les objectifs et le déroulement de la consultation</i> : s'entendre avec le client sur le(s) problème(s) discuté(s) ce jour là. Si la liste des problèmes est trop longue pour le temps disponible, se mettre d'accord sur celui à traiter en priorité. Puis, proposer une séquence comprenant un questionnaire plus détaillé, un examen physique, des tests, une impression diagnostique, un plan d'investigation ou de traitement... <p>Questionnaire Maladie :</p> <p>Poser, en rapport avec la raison de consultation, les questions pertinentes se rapportant aux <i>antécédents</i> (personnels et familiaux), aux <i>habitudes de vie</i> et à <i>l'environnement</i> du client, ainsi qu'aux <i>symptômes</i>, signes cliniques et résultats de tests.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qu'est-ce qui vous amène, qu'est-ce qu'on peut faire pour vous ?</i> • <i>Est-ce qu'il y a autre chose qui vous préoccupe, dont vous voudriez me parler ? Et à part ça ?</i> • <i>J'ai peur que nous n'ayons pas assez de temps pour aborder tous ces problèmes aujourd'hui. Qu'est-ce qui vous dérange le plus dans tout ça ? Qu'est-ce que vous voudriez régler aujourd'hui ?</i> • <i>Si vous êtes d'accord, on pourrait ...</i> • <i>Avez-vous déjà été hospitalisé, opéré ou suivi pour...</i> • <i>Est-ce que vous fumez ? Combien de consommations d'alcool prenez-vous par semaine ? ...</i> • <i>Est-ce qu'il y a de la poussière, du stress à votre travail...</i> • <i>Est-ce que vous toussiez ? Est-ce qu'on vous a fait remarquer que vous étiez essoufflé, ? Avez-vous déjà passé des tests de fonction respiratoire ? ...</i>
<p>Questionnaire Patient (client rationnel) :</p> <p>Poser, en rapport avec la raison de consultation, les</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Maintenant qu'on a mieux défini le problème, qu'est-</i>

questions pertinentes se rapportant aux *attentes* raisonnables du client, aux *modifications* de fonctionnement causées par le problème à son rôle professionnel, familial et social ainsi qu'aux *idées* qu'il entretient sur ses malaises et leur traitement.

ce que vous attendez exactement de moi aujourd'hui ? Qu'est-ce que vous voudriez que je fasse pour vous aider ? Quelles sont les choses que vous voudriez changer, améliorer, pour lesquelles je pourrais vous être utile ? Si j'étais magicien plutôt que clinicien et que je pouvais exaucer un de vos souhaits, qu'est-ce que vous choisiriez ?

- *En quoi le problème vous dérange-t-il ? Qu'est-ce que ça change à votre vie, dans votre fonctionnement, dans vos relations avec les autres, dans l'idée que vous vous faites de vous-même ? Qu'est-ce que vous faisiez auparavant que vous ne pouvez plus faire ? Pourquoi consulter aujourd'hui plutôt qu'il y a trois mois ? Qu'est-ce qu'il y a de changé ?*
- *Qu'est-ce que vous savez de votre condition ? Qu'est-ce que vous pensez que vous avez ? À quoi pensez-vous que vos symptômes sont dus ? Est-ce que vous faites un lien entre...et... Si vous faisiez...ou ne faisiez pas..., pensez-vous que vous auriez les mêmes symptômes ? Qu'est-ce qui pourrait aider d'après vous ?*

Questionnaire Personne (client émotionnel) :

Poser, en rapport avec la raison de consultation, les questions pertinentes se rapportant aux sources de plaisir, de frustration et aux *sentiments* ressentis par le client en rapport avec la maladie ou le traitement.

- *Qu'est-ce que vous aimez par-dessus tout dans la vie, qu'est-ce qui vous anime, vous emballe, vous ferait lever à 5 heures du matin alors que vous n'y êtes pas obligé ? Qu'est-ce que vous faites quand vous voulez avoir du plaisir ? De quoi vous ne voudriez pas être privé, sinon la vie ne vaudrait pas la peine d'être vécue ?*
- *Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans la vie ? Qu'est-ce qui vous frustre, vous déplaît, vous fait rager ? Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire dans la vie ?*
- *Qu'est ce que vous ressentez à l'idée d'avoir un diagnostic de...ou de devoir subir un traitement de... ?*
- *Ça doit être dur de ...Comment vous sentez-vous quand...Qu'est-ce que ça vous fait de... Ça doit être agréable de...*

- Pour découvrir les émotions de la personne, manifester de l'*empathie* en regard de ses préoccupations, inquiétudes, anxiété, dépression, colère, frustrations, souffrance... mais aussi de ses sources de plaisir. Laisser le client exprimer ses émotions est en soi thérapeutique, mais surtout mobilisateur des énergies du client en faveur du changement.

Validation

<p>Cette étape permet de s'assurer auprès du client qu'on a bien posé le diagnostic sur la maladie, le patient (client rationnel) et la personne (client émotionnel). Elle est indispensable si on veut quitter en toute sécurité la section PROBLÈME, sans risquer d'avoir à y revenir, et s'engager résolument dans la section SOLUTION de l'entrevue.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si j'ai bien compris, ce que vous venez chercher aujourd'hui, ce que vous aimeriez, c'est que je fasse quelque chose (traitement, explications, conseils...) qui aurait pour effet de...(supprimer ou réduire les inconforts de la maladie), ce qui vous permettrait de ... (pouvoir à nouveau, en tant que patient rationnel, jouer votre rôle professionnel, familial ou social) et de ... (en tant que personne émotionnelle, retrouver vos sources de plaisir ou éviter des frustrations). Est-ce que c'est bien ça ?</i>
<h2>SECTION SOLUTION</h2>	
<p>Prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le clinicien a en mains les trois clés diagnostiques qui lui permettent d'ouvrir la porte à une prescription adaptée aux besoins du client. Il doit créer chez son patient une <i>dissonance cognitive</i> entre les objectifs poursuivis dans les trois sphères et la situation actuelle. L'écart entre les deux constitue un vide inconfortable que seule la prescription peut combler. Pour faire désirer au client la prescription, le clinicien en fait une denrée précieuse et rare qu'il faut mériter. • Le <i>silence</i> est un puissant levier de changement. Il permet au client de réfléchir à la proposition. Il augmente l'intensité de la question posée et, pour cette raison, il est difficile pour le patient de le tolérer plus de quelques secondes. Pour le clinicien, il est également difficile de le supporter, tant la réponse à la question lui brûle la langue. Pourtant, il faut tenir bon, car le premier qui brise le silence se retrouve en position d'infériorité dans la négociation. Si le patient parle en premier, c'est souvent pour amener lui-même la solution du problème. • Le clinicien doit maintenant affronter ou soulever lui-même d'éventuelles <i>objections</i>, qui peuvent être vraies, fausses ou cachées. Les objections peuvent révéler un argument décisif. Pour les découvrir, le clinicien peut utiliser la balance émotionnelle de la décision (voir première partie de l'article), surtout avec les pré-contemplateurs et les contemplateurs. En posant des questions supplémentaires, le clinicien découvrira éventuellement ce qui accroche. Il peut alors tenter de répondre à l'objection et terminer par la phrase : 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que vous recherchez une solution temporaire, ou une solution définitive à votre problème ?</i> • <i>Je vois bien une solution définitive, mais elle n'est pas facile...et je ne suis pas sûr que vous êtes prêt ... que vous êtes un bon candidat...</i> • <i>...SILENCE ...</i> • <i>Qu'est-ce que vous aimez dans cette solution ?</i> • <i>Qu'est-ce que vous n'aimez pas ?</i> • <i>Qu'est-ce qui vous fait hésiter, vous retient de... ?</i> • <i>Qu'est-ce que ça prendrait pour vous décider...</i> • <i>Est-ce que ça répond à votre question ?</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Avec les préparateurs, le clinicien peut rappeler les objections courantes, pour tester la solidité de la décision. Si le client possède des stratégies pour affronter les difficultés, il est prêt pour le changement. <p>Conclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le clinicien est maintenant prêt à fermer la vente. Dans un premier temps, il résume les éléments du problème (diagnostic) et de la solution (prescription) sur lesquels clinicien et client se sont mis d'accord. Puis il pose la question de fermeture : • Selon l'acceptation ou le refus de l'offre, le clinicien laisse un message clair, adapté au stade de changement et toujours soutenant sur le plan émotionnel. • Enfin le clinicien négocie les modalités spécifiques de soutien à la prescription et de suivi ultérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mais si vous effectuez ce changement, vous ne craignez pas de...</i> • <i>Si vous choisissez cette option, il faut que vous sachiez que...Est-ce un obstacle? Ça ne pose pas de problème ? Voulez-vous discuter des autres options ?</i> • <i>Si j'avais une proposition à vous faire qui permette de...(répondre à vos besoins), sans vous causer trop de...(objection) est-ce que ça pourrait vous intéresser ? Est-ce que vous seriez d'accord pour qu'on tente un essai ?</i> • <i>Je n'ai pas besoin de vous dire que...</i> • <i>En tant que professionnel de la santé chargé de vous conseiller sur votre santé, il est évident que je vous recommande fortement de...mais...</i> • <i>Si vous êtes d'accord, j'aimerais vous proposer...(documentation, rendez-vous, téléphone de relance...), pour vous épauler dans votre décision et prévenir une rechute. Qu'est-ce que vous en dites ?</i>
--	---

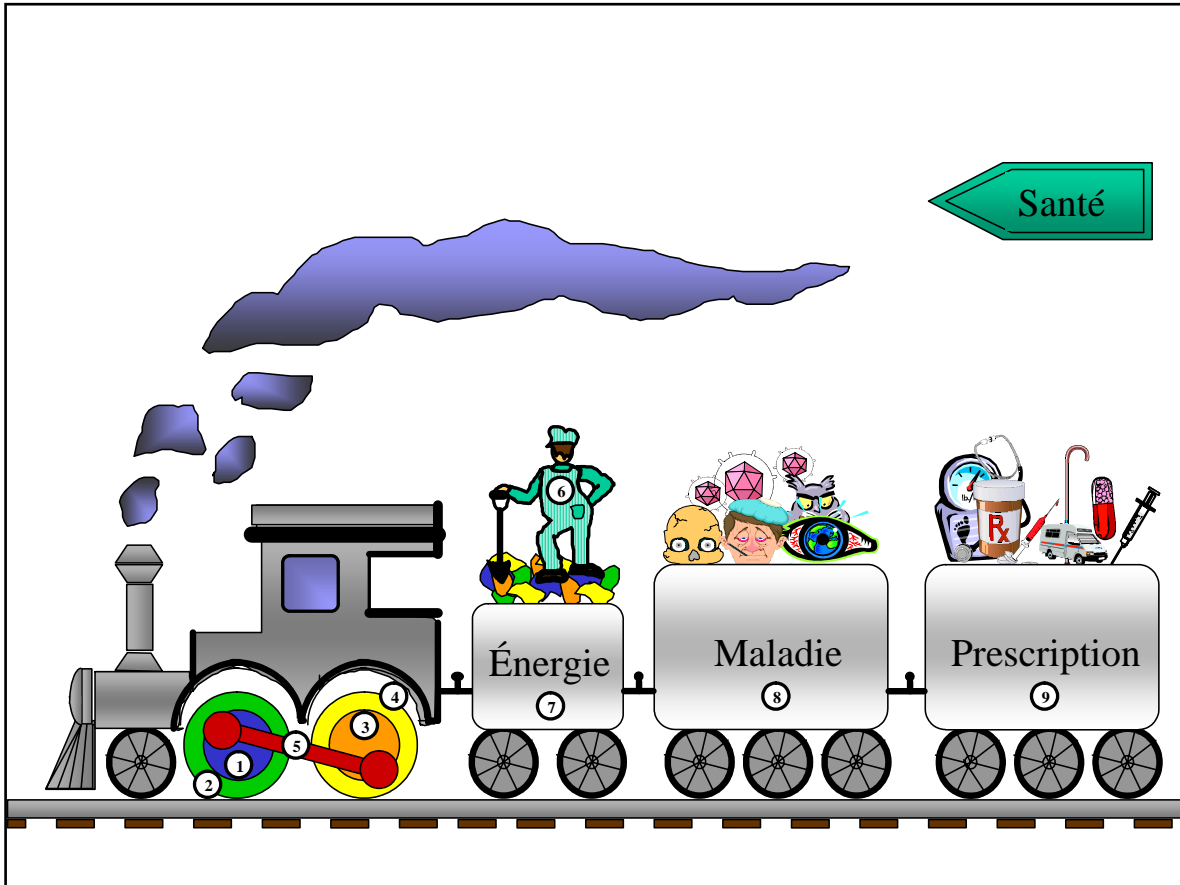


Figure 1: LE TRAIN DE L'OBSERVANCE

La locomotive repose sur un couple de roues motrices : celle du clinicien (1), entouré de l'organisation des soins de santé où il évolue (2) et celle du client (3), avec son environnement psychosocial (4). Ces roues sont reliées entre elles par une pièce maîtresse : la communication clinicien-client (5). Pour mettre en marche la machine, il faut une expertise technique (6) ainsi qu'une source d'énergie renouvelable (7), fournie dans diverses proportions par le clinicien, son organisation, le client et son environnement. Deux wagons principaux constituent la charge à tirer et présentent plus ou moins d'inertie selon les circonstances : le wagon maladie (8) et le wagon prescription (9) (consulter le texte pour plus de détails).

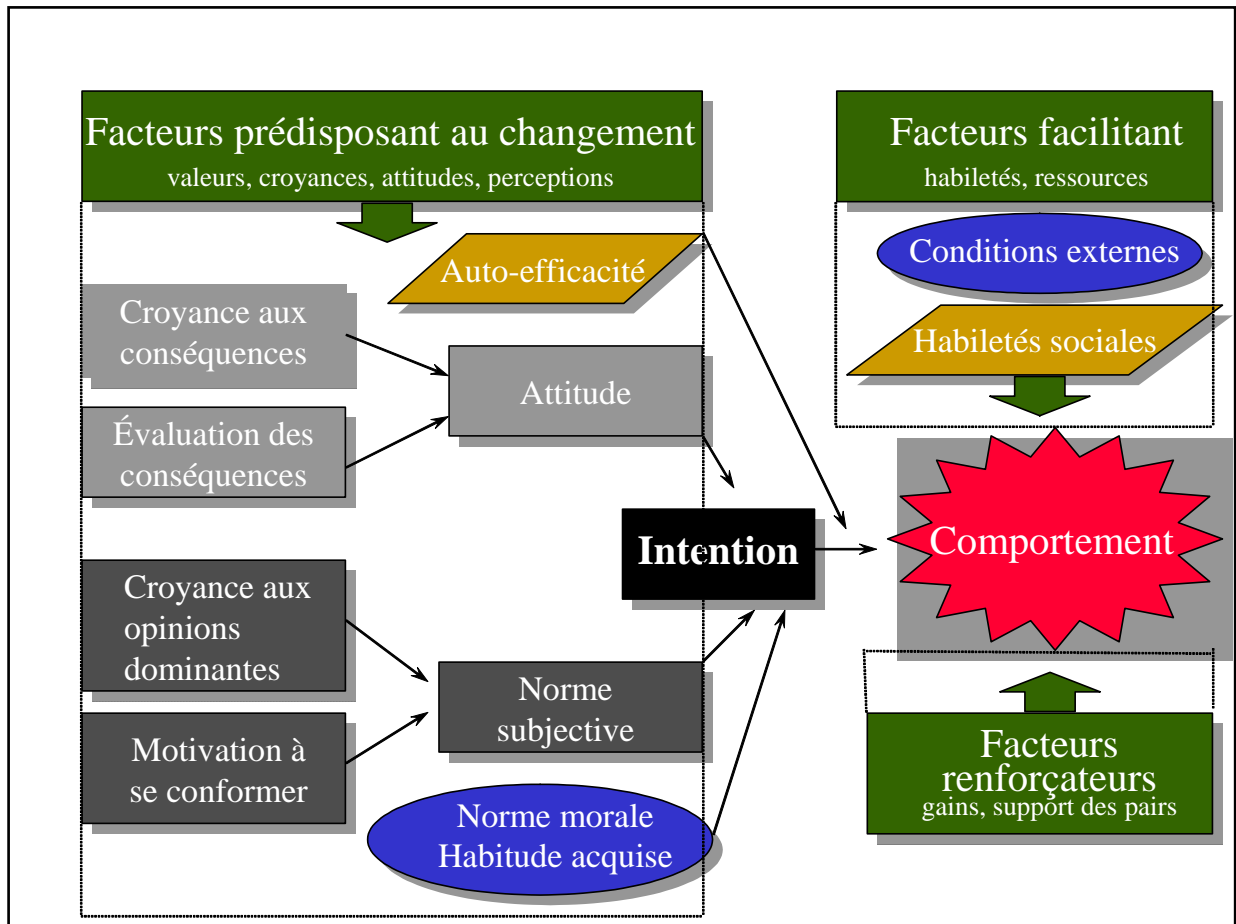


Figure 2 : SYNTHÈSE DE QUELQUES MODÈLES COGNITIFS

Les facteurs prédisposants, facilitateurs et renforçateurs (rectangles verts) du modèle PRECEDE-PROCEDE regroupent les déterminants en trois catégories à l'aide de pointillés. Les modèles de Fishbein et Ajzen sont représentés par les rectangles gris et noirs, le modèle de Bandura par les parallélogrammes bruns et le modèle de Triandis par les ovales bleus (voir le texte pour plus de détails).

Le traitement émotivo-rationnel de l'information

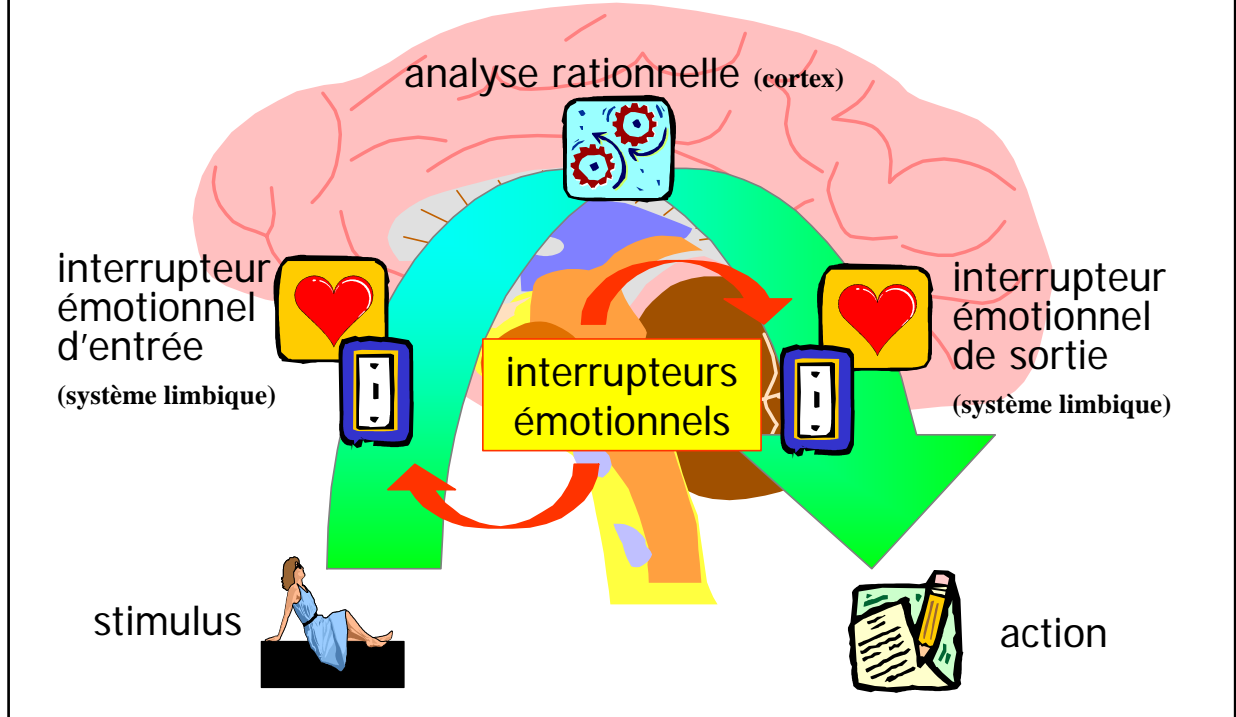


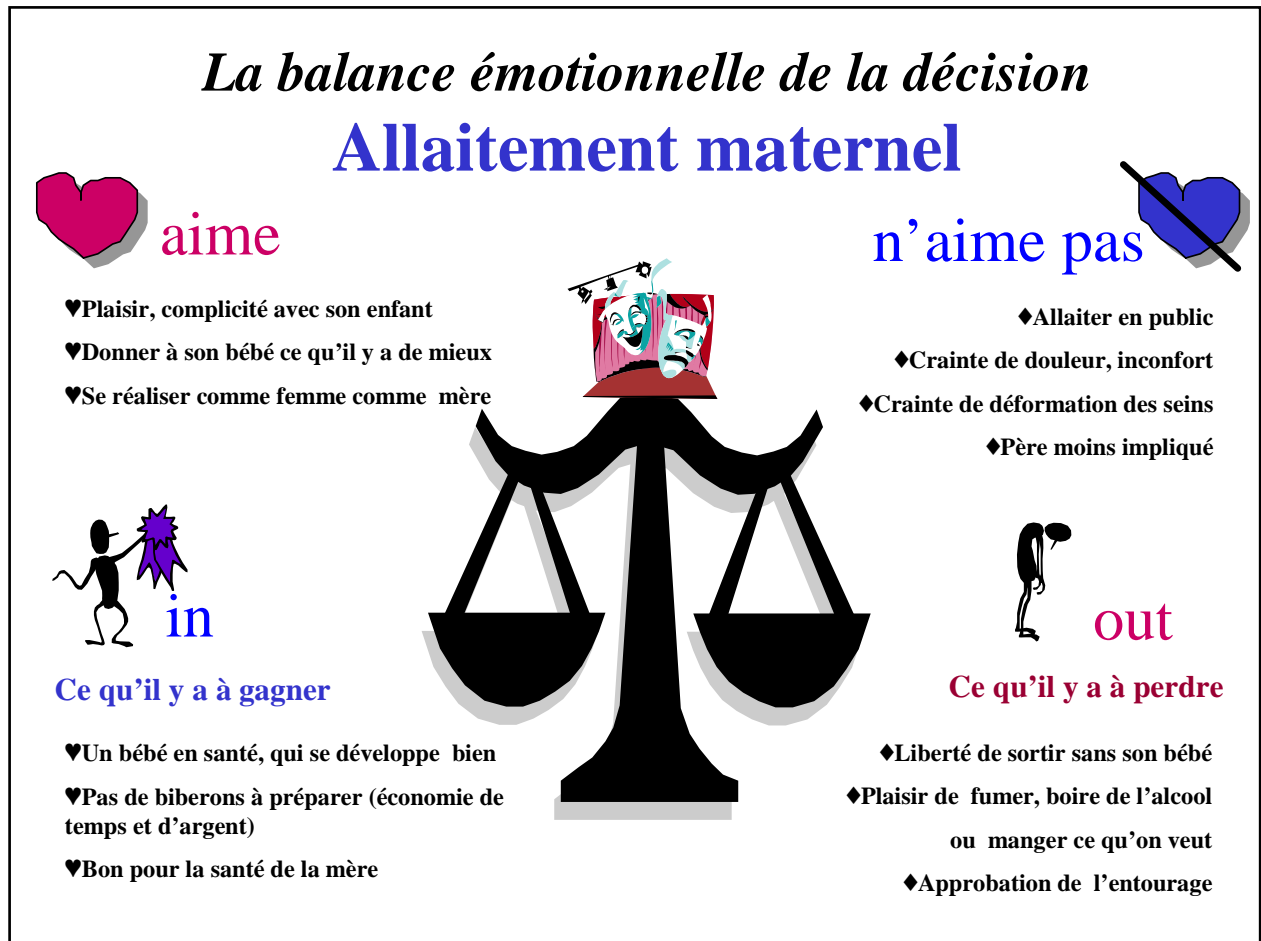
Figure 3: LE TRAITEMENT ÉMOTIVO-RATIONNEL DE L'INFORMATION

Yolande et Nancy, deux professionnelles travaillant au même hôpital vont, chacune de leur côté, faire du lèche-vitrine au centre-ville. Yolande adore le bleu, et Nancy le déteste, en raison d'expériences émotionnelles antérieures favorables ou défavorables. Elles passent par hasard devant la même vitrine où est présentée une robe bleue. Nancy passe son chemin, l'interrupteur émotionnel (système limbique) étant fermé : le lendemain, elle ne se souviendra même plus d'avoir vu cette robe. Yolande, au contraire est immédiatement attirée par la couleur (interrupteur limbique ouvert). Elle entre dans la boutique et décide de passer à l'analyse rationnelle de la proposition (cortex) : y-a-t-il ma taille? la robe m'avantage-t-elle? la longueur convient-elle? est-elle lavable à la machine? combien coûte-t-elle? mon budget me le permet-il? etc... L'analyse des données s'avère favorable à tous points de vue, sauf pour le prix vraiment prohibitif. Toutefois, l'interrupteur affectif est largement ouvert car Yolande pense à cette soirée où elle pourrait faire sensation et où Charles sera présent. La perspective du plaisir l'emporte sur la prudence financière. Yolande signe le contrat et justifie rétroactivement son achat en se disant : « une telle occasion ne repassera pas » ou encore « de toute façon, il me fallait une robe pour cette soirée ».



Figure 4 A: LA BALANCE ÉMOTIONNELLE DE LA DÉCISION : EXEMPLE DU TABAGISME

Les arguments soulevés par le client en réponse à quatre questions à formulation émotionnelle concernant un comportement néfaste (tabagisme) et un comportement souhaité (allaitement) sont placés dans les plateaux d'une balance, reflétant l'ensemble de ses motivations internes. Le mouvement du balancier met en évidence les arguments décisifs du point de vue du patient et son degré de préparation au changement



**Figure 4 B: LA BALANCE ÉMOTIONNELLE DE LA DÉCISION :
EXEMPLE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Les arguments soulevés par le client en réponse à quatre questions à formulation émotionnelle concernant un comportement néfaste (tabagisme) et un comportement souhaité (allaitement) sont placés dans les plateaux d'une balance, reflétant l'ensemble de ses motivations internes. Le mouvement du balancier met en évidence les arguments décisifs du point de vue du patient et son degré de préparation au changement

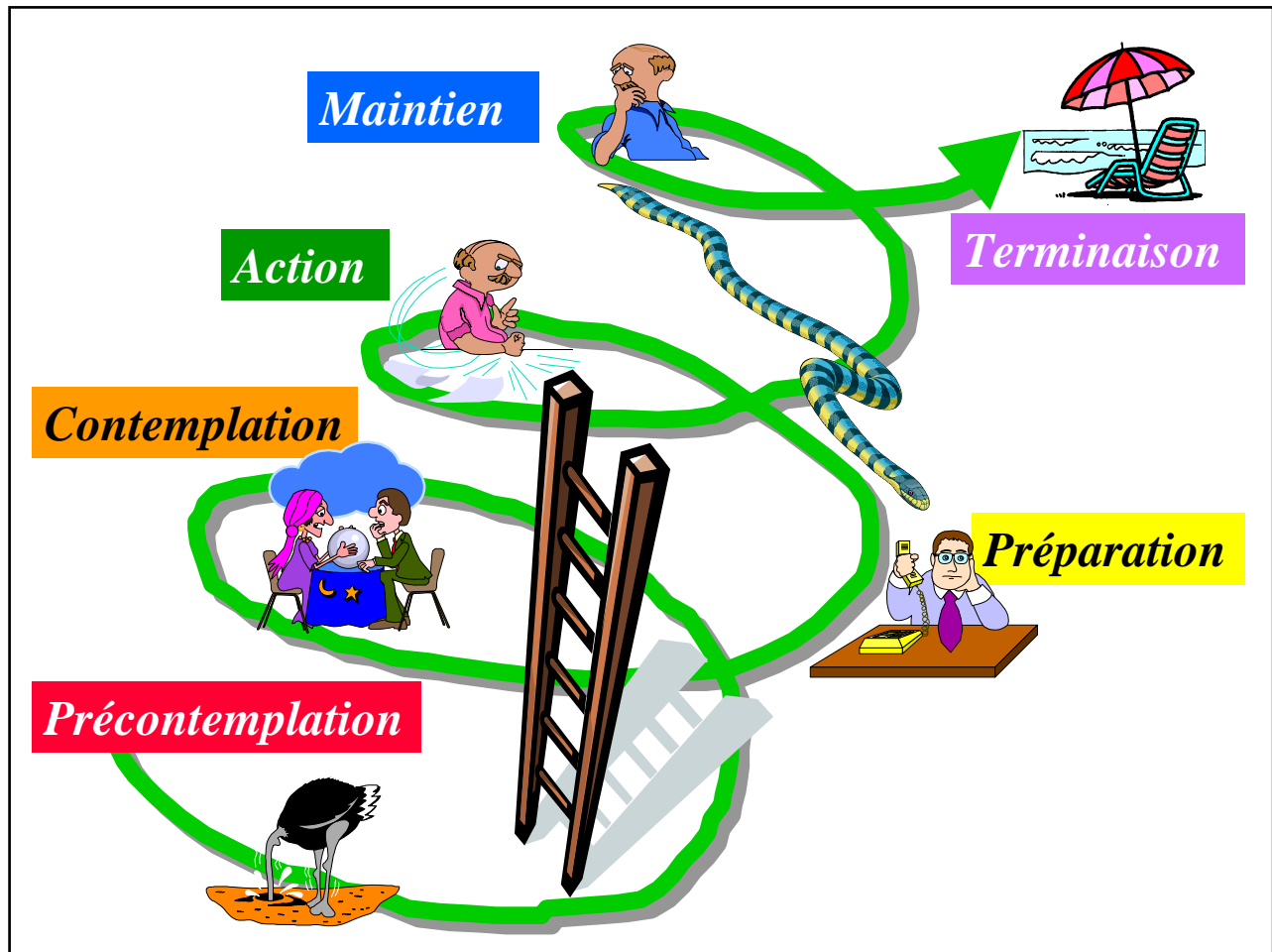


Figure 5 : LE MODÈLE TRANSTHÉORIQUE

La personne en processus de changement passe par six étapes incontournables le long d'un continuum en spirale. À chaque étape surviennent des obstacles qui peuvent être aplanis par des interventions spécifiques. Si la personne prend un raccourci (échelle) pour brûler une étape, elle peut fort bien expérimenter une rechute (serpent).

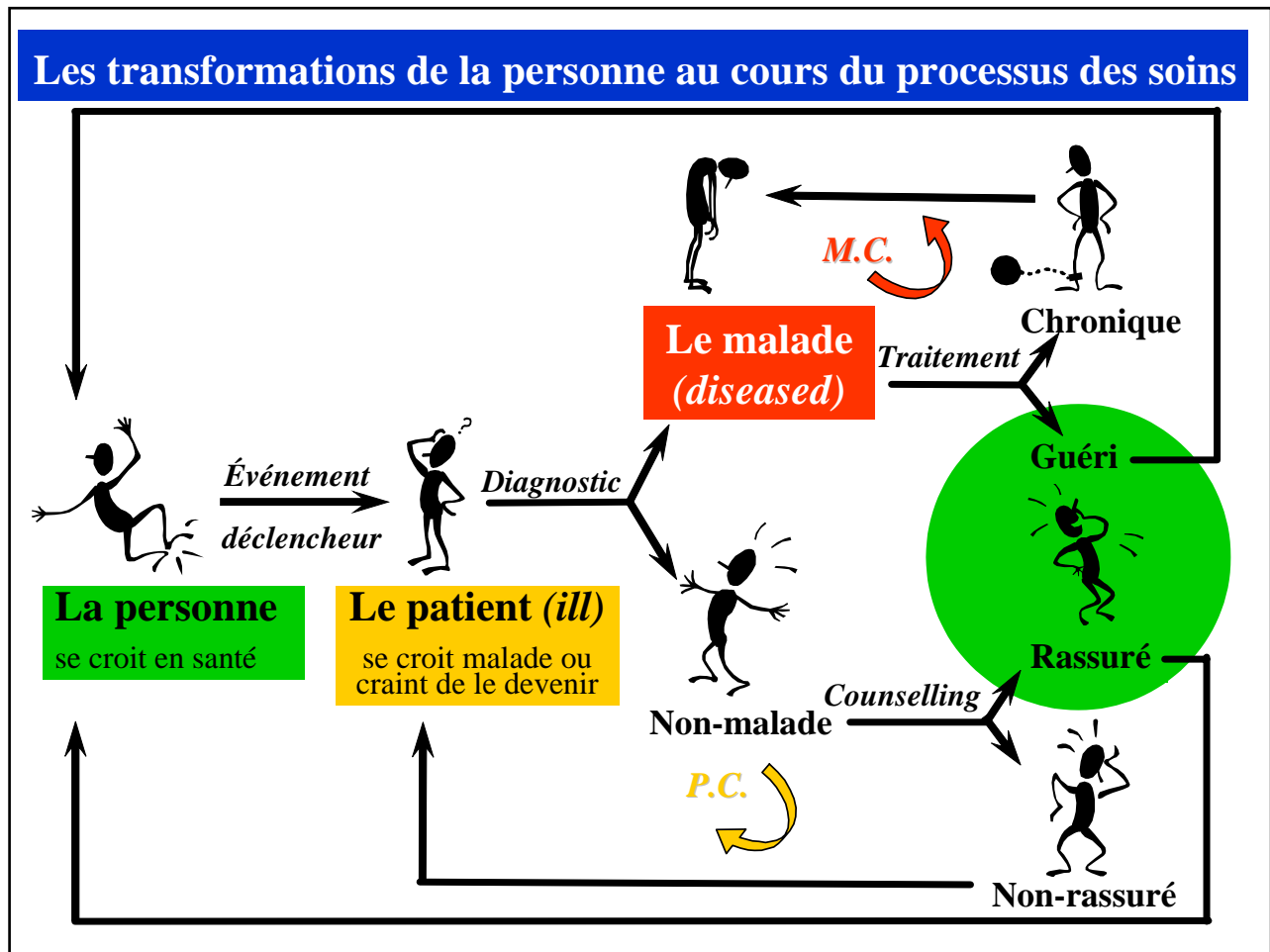


Figure 6 : LA PERSONNE, LE PATIENT ET LE MALADE

La personne subit des transformations successives au cours du processus des soins qui en font successivement un patient puis un malade, déclenchant le processus diagnostique et thérapeutique qui aboutit à la prescription (consulter le texte pour plus de détails). Cercles vicieux: M.C.= malade chronique; P.C.= patient chronique.

L'approche centrée sur la **maladie**

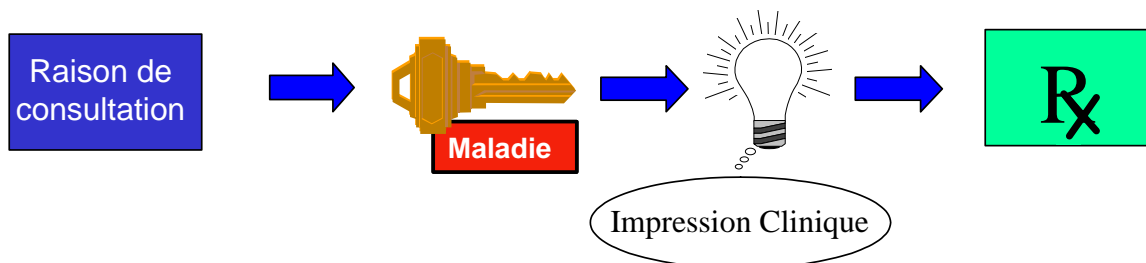


Figure 7 : L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA MALADIE

Le client, qui présente des symptômes, signes cliniques ou résultats de tests anormaux, est considéré comme un objet d'observation scientifique. Suite au processus diagnostique, une impression clinique se dégage, pour laquelle l'expert recommande une intervention spécifique (consulter le texte pour plus de détails).

L'approche centrée sur le **patient**

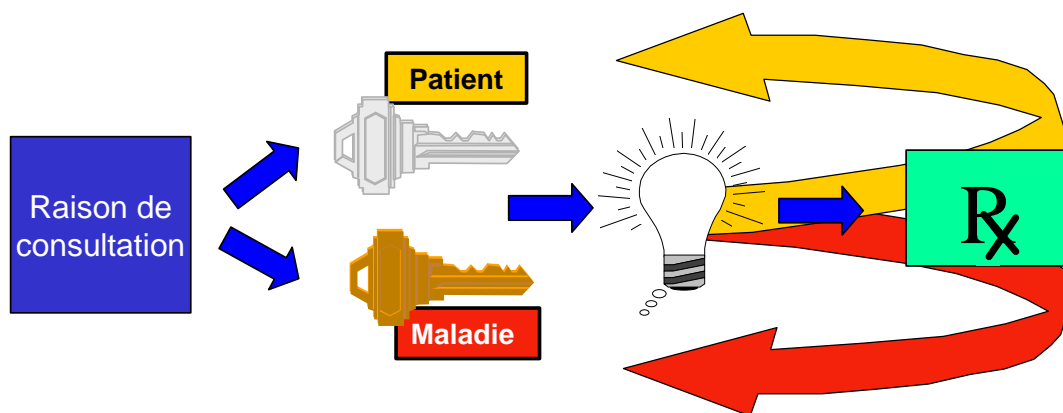


Figure 8 : L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT

Le client se présente avec sa double expérience de la maladie (disease) et du malaise (illness), que le clinicien doit intégrer pour en arriver à un diagnostic plus large. Il valide l'information et cherche un terrain d'entente concernant le problème et l'intervention proposée (consulter le texte pour plus de détails).

L'approche centrée sur la **personne**

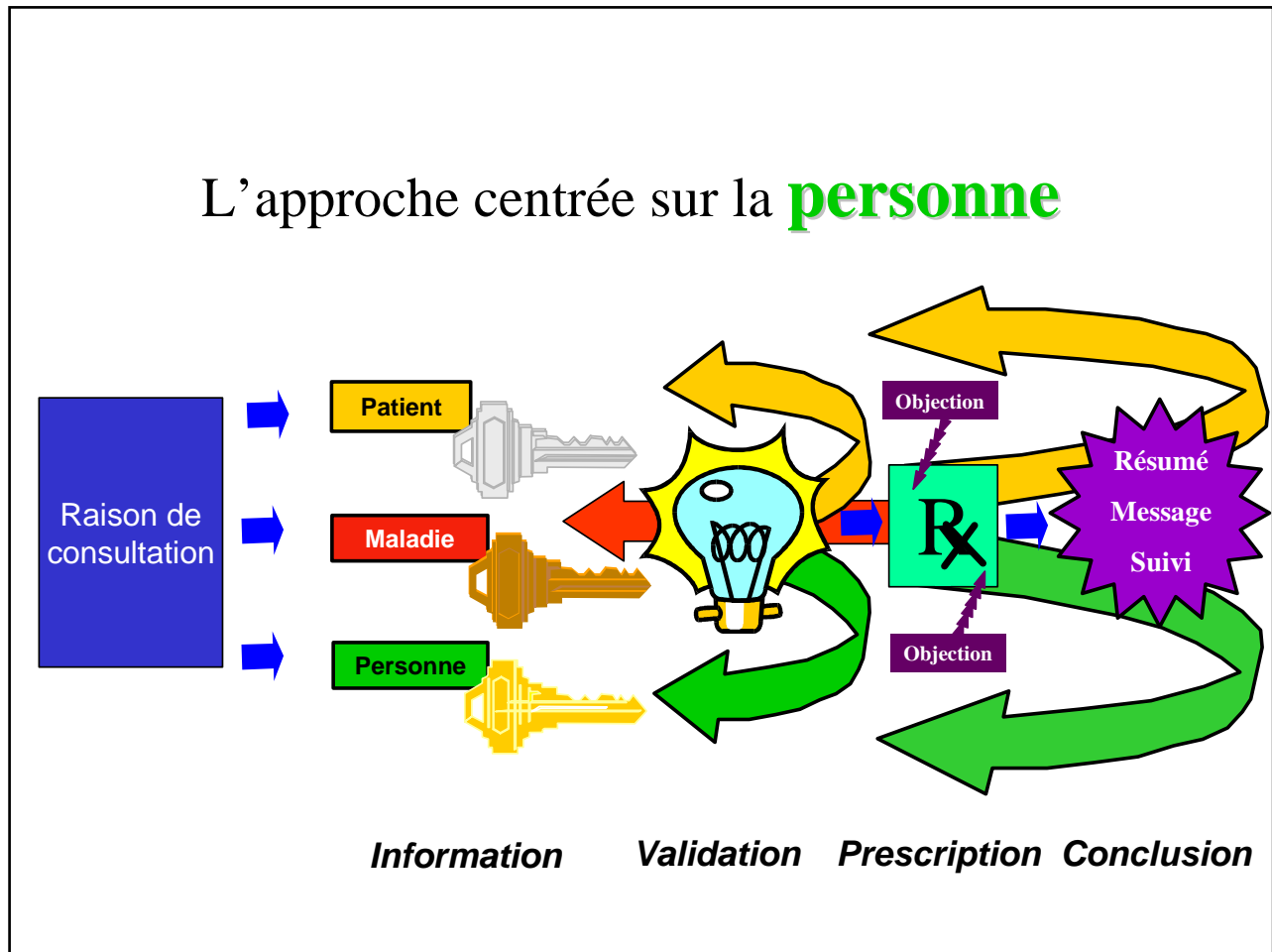


Figure 9 : L'APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Le client se présente avec sa triple identité de personne émotionnelle, de patient rationnel et de malade. Le clinicien arrive à un diagnostic englobant ces trois dynamiques, valide l'information, propose la prescription, gère les objections et conclut la vente (consulter le texte pour plus de détails).