Écoute !!!

L. Siproudhis · J.-P. Mages

© Springer-Verlag France 2011

Les structures médicalisées subissent aujourd'hui des bouleversements importants dans notre pays. Les contraintes institutionnelles deviennent lourdes, les réglementations pleuvent à un rythme soutenu, régies par un pouvoir central puissant et autoritaire représenté par la Haute Autorité de santé. Des conseils de surveillance, de gestion des risques et les procédures normatives de soins sont légion. La qualité entre au cœur des groupes de soignants sous forme de « référents », de « cellules », de « normes ». Les termes de personne malade, de patient, de consultant font place aujourd'hui à ceux de client et d'utilisateur. Dans notre hôpital, une cellule assure la gestion à la fois de la qualité et de la relation avec les usagers. Cette cellule est plus administrative que soignante : ses objectifs sont centrés sur les nouvelles certifications qui alourdissent tout processus de soins et se suivent dans une progression bien préoccupante. L'étonnement est grand d'observer que la communication dyadique dans la relation soignant-soigné et les dimensions empathiques de l'écoute centrée sur la personne ne figurent pas dans le train de l'ingénierie de la « Qualité ». Les raisons échappent quand on connaît l'importance de la communication et de l'échange qui sont des indicateurs forts de la qualité des soins. Cela pourrait-il être lié au fait que le champ de développement est vierge, que les référentiels sont peu nombreux, que les structures de formation, sur lesquelles s'appuyer, font défaut ? Et que, comme monsieur Jourdain, chacun pense pratiquer l'écoute et la communication naturellement sans prendre conscience de l'importance qu'elles ont.

Entendre est la faculté qui permet de percevoir des sons et des bruits. Écouter signifie avoir une attention particulière pour entendre. « Prêter l'oreille pour entendre, prêter son attention à ce qu'on vous dit » [1] ou « s'appliquer à entendre » [2] nous précisent les dictionnaires de référence.

L'écoute a trois caractéristiques dominantes : elle est active, elle est souvent évaluative et elle impose un effacement pour celui qui la pratique. Il s'agit donc d'un processus dynamique et actif de l'écouter vis-à-vis de son interlocuteur. Ce processus est magnifiquement illustré dans un vers de Dante « *Attento si fermo'com' uom ch'ascola* »¹ [3]. L'écoute est dynamique, mais elle est également évaluative, car elle portera aussi son intérêt sur l'interlocuteur lui-même, sur le ton de sa voix, les mots employés pour s'exprimer, mais également les champs de la communication non verbale [4]. L'écoute impose finalement un certain effacement de la personne qui écoute par rapport à celle qui parle : « La nature nous a donné deux oreilles et une bouche pour que nous entendions le double de ce que nous disons. » [5].

Historiquement, « Hippocrate avait le plus profond mépris pour ceux qui voulaient guérir en utilisant la parole, retardant ainsi le développement de la science médicale naissante. Et, de ce fait, pendant des siècles, le médecin fut incité à agir, non à parler, et la médecine fut institutionnalisée comme « art silencieux », un art fondé sur la nature, l'observation, le raisonnement et l'action ». L'explosion technologique que connaissent les dernières décennies offre des moyens très puissants pour le diagnostic et le traitement des maladies rendant le soignant distant et froid : « Le voilà plus que jamais piégé dans l'art silencieux » [6].

Il est classique d'avancer qu'environ la moitié des plaintes des personnes malades est identifiée par le médecin, et dans la moitié des cas seulement, patient et médecin estiment s'être compris sur l'analyse des problèmes [7]. En pratique de médecine générale, les malades ont besoin d'exprimer 1,2 à 3,9 problèmes de santé au cours de l'entretien : il leur faut rarement plus de deux minutes et trente secondes pour les exposer. Ils ne parviennent cependant à parler sans interruption que pendant 18 secondes en moyenne. Ainsi, 23 % des personnes estiment avoir pu exprimer ce qu'ils souhaitent lors de leur première prise de parole [8]. L'écoute se heurte, dans la relation soignant-soigné comme ailleurs, à des difficultés et des situations qui sont autant de facteurs d'échec de bonne écoute. Ainsi, une écoute porte en elle une source

L. Siproudhis (✉)
SMAD, CHU Pontchaillou,
F-35033 Rennes cedex 09, France
e-mail : laurent.siproudhis@chu-rennes.fr

J.-P. Mages
5, rue Albert de Lapparent,
75007 Paris

¹ « Attentif, il s'arrêta comme un homme qui écoute »

intrinsèque de frustration. La personne écoutant reçoit, dans le même temps, des situations similaires déjà rencontrées ou appartenant à son propre registre émotionnel, ne pas les exprimer est un premier effort que l'écouter doit surmonter. L'écouter peut également être confronté à des notions et une histoire insupportables qui altèrent ses images et ses repères. Il peut lui être difficile de garder une distance suffisante dans ces situations. Finalement, le fond des choses évoquées peut être en total désaccord avec l'écouter et biaiser ainsi son écoute.

Plusieurs modèles ou mode de formation ont été développés afin de pallier aux difficultés d'écoute. Le modèle ayant le plus de pénétration dans le monde de la santé concerne « l'écoute centrée sur la personne » qui s'appuie sur les théories de l'école dite rogéienne (Carl Rogers²) psychologique et comportementaliste. L'écoute centrée sur la personne est une écoute active et spécifique qui offre à la personne écoutée un cheminement à son rythme à la recherche de sa propre analyse et à l'identification de solutions qui lui sont propres. Ce mode est parfois inadapté au cheminement diagnostique du soignant qui repose sur une construction à la fois scientifique (connaissance théorique des maladies) et hypothético-déductive (reconnaissance de problèmes déjà rencontrés. « Tante Minnie »). D'autres modèles ont été développés pour analyser et améliorer les conditions de l'échange entre la personne qui consulte et le praticien sollicité. Ces modèles inscrivent le plus souvent le praticien dans un schéma relationnel empathique. Cohen-Cold & Bird ont identifié cinq types de réponses empathiques que le praticien est susceptible de transmettre à la personne malade. Ils le mettent en garde surtout contre les pièges habituels représentés par cinq modes d'écoute délétères.

L'écoute évaluative, parce qu'elle comporte le plus souvent des dimensions de jugement et une projection morale à l'échange.

L'écoute interprétative, parce que son schéma d'analyse lui impose une approche sélective de ce qui peut servir à expliquer.

L'écoute policière ou investigatrice, parce qu'elle guide l'échange dans un schéma directif, avide et biaisé par la nécessité de répondre à la demande de l'écouter.

L'écoute de solution, parce qu'elle est une écoute immédiate en quête d'une solution au problème à peine exposé : elle est vécue comme expéditive pour les malades et pour leurs problèmes.

L'écoute compatissante, à l'inverse, ou écoute de soutien, car elle verse dans l'attendrissement et la dramatisation. Seule *l'écoute pour comprendre* (ou écoute compréhensive)

met l'écouter dans une position favorable, notamment parce qu'il invite la personne malade à s'exprimer librement sans a priori [9].

Si l'importance de l'écoute figure parmi les clés les plus importantes de la relation médecin-malade, si des modèles ont pu être développés pour introduire un cadre d'écoute ou un comportement réflexif, les outils de l'écoute sont rarement systématisés. Le poids du regard ou l'expression globale du visage joue un rôle important dans la relation d'écoute par exemple. Il est difficile de systématiser dans ce domaine tant les différences socioculturelles, ethniques ou de civilisations peuvent les connoter différemment. Dans un entretien entre deux personnes, le contact visuel est habituellement long : il peut représenter 25 à 75 % de la durée de l'entretien. La durée des regards réciproques peut durer plusieurs secondes de façon ininterrompue, alors que la perception visuelle normale n'a pas besoin de plus d'une demi-seconde pour analyser son environnement [4]. Celui qui écoute regarde habituellement deux fois plus que celui qui parle. Le « territoire personnel » et « l'intimité » (*privacy*) font enfin échos au « colloque singulier » dans le désir de communication. L'analyse de cet espace clos et de calme propice à l'écoute est rarement décrite.

Dans *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*, Robert Buckman propose un protocole d'écoute se décomposant de la façon suivante : présentation (nom, titre), poignée de main et/ou toucher (recherche d'une intimité minimale), s'asseoir, enlever tout objet qui pourrait créer une barrière entre les interlocuteurs, laisser au malade le temps de se préparer, conserver une distance convenable dite « zone tampon du corps ». « Le simple fait de s'asseoir transmet des signaux importants au malade ». L'auteur estime que cette attitude montre la volonté d'échanger de façon non condescendante [10]. Robert Buckman accorde une place importante à ce qu'il appelle l'écoute active par l'invitation à s'exprimer (ne pas couper la parole), l'encouragement à continuer (regarder dans les yeux pendant une longue période de temps, arrêter d'écrire), le respect des moments de silence et la quête de la question dissimulée par le malade. Il insiste pour que l'écouter exprime des signes de compréhension par des procédures de répétition, de reformulation et de réflexion (interprétation : « si je comprends bien... »). Finalement, ces conseils et assertions de bon sens ne trouvent pas d'écho solide par l'analyse de la perception qu'en ont les malades à travers des enquêtes par autoquestionnaire ou encore dans le cadre d'études d'impact. Ces conseils ne s'appuient sur aucune référence scientifique publiée.

Malgré le professionnalisme qui entoure une relation d'écoute entre un soignant et une personne malade, il est probable que les règles qui régissent les relations d'écoute entre deux personnes soient également applicables dans le champ professionnel de la santé... Même si chacune des

² Carl Rogers (1902–1987) a mis l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non-jugement)

trois certitudes énoncées ci-dessous peut apparaître paradoxale. *L'écoute est intentionnelle et sans projet*. Elle impose de la part de l'écouter une acceptation de la surprise, de la curiosité et de la confrontation personnelle y compris dans le champ de la souffrance, de la douleur et de la mort. Cependant et de façon contradictoire, la disposition habituelle d'un soignant est le plus souvent pragmatique et cadrée en réponse à des sollicitations et des questions pour lesquelles il est censé apporter une réponse. *L'écoute véhicule une charge émotionnelle* qui se manifeste dans l'échange des regards, dans l'empathie et dans les sourires. Un recul et une certaine forme de détachement sont, dans le même temps, nécessaires à structurer la perception, la reformuler et proposer des réponses concrètes. Enfin, *l'écoute est humaine*, parce qu'elle lie avant tout deux personnes dans l'échange, mais elle est aussi professionnelle. Le soignant doit, en effet, rationaliser le temps passé, respecter les protocoles professionnels imposés par le besoin de performance et d'efficacité de l'équipe à laquelle il appartient.

Références

1. Littré E (1966) Dictionnaire de la langue française : Gallimard-Hachette, 15698
2. (2001) Le Grand Robert de la langue française. In: Robert L (ed) Le Robert. 2 ed Paris, 13420
3. Dante (1965) Divine Comédie — L'Enfer Bibliothèque de la Pléiade. Ed Gallimard, Paris, 1851
4. Iandolo C (2001) Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication. Masson, Paris, 192
5. Zénon-d'Élée Z (1999) in Diogène Laërce. Vies et doctrines des philosophes illustres. Le livre de poche, Paris, 1398
6. (1982) Service as a professional sacrament. Emotional neutrality and the power of the word in therapy. Arch Intern Med 142:2289–92
7. Premi J, Talbot M Outils de communication de santé Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/communication/pdf/guide-booklet-fra.pdf>. In
8. Beckman HB, Frankel RM (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 101:692–6
9. Cohen-Cole S (1991) The medical interview: the three-function approach. Mosby Year Book, St-Louis, 197
10. Buckman R (2001) S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Masson, Paris