

Le discours du soignant sur la relation de soins, vers un impact positif ? Une revue de la littérature

The healthcare worker's communication on the therapeutic relationship, towards a positive impact? A review

CRAQUELIN Marie¹, DELFOSSE Caroline¹, IDOUX Joséphine¹, TRENTEAUX Thomas¹,
MARQUILLIER Thomas^{1,3}.

¹ Univ. Lille, CHU Lille, UFR Odontologie, Odontologie pédiatrique, F-59000 Lille, France.

² Univ. Sorbonne Paris Nord, Laboratoire Éducations et Promotion de Santé, LEPS, UR 3412, F-93017, Bobigny, France.

Auteur correspondant :

Thomas Marquillier

Département d'odontologie pédiatrique

UFR3S Odontologie – Université de Lille

Place de Verdun – 59000 Lille – France

+33(0)6 50 73 70 87 thomas.marquillier@univ-lille.fr

ORCID-ID: 0000-0003-0188-3872

Résumé

Objectif. La relation soigné-soignant anime la réflexion éthique depuis toujours et d'autant plus depuis la promulgation de la loi Kouchner, au regard de son implication majeure dans la qualité de la prise en charge délivrée aux patients. La place que tient le discours du soignant, élément fondateur de cette relation, questionne toujours depuis plus de 20 ans. **Matériel et méthode.** Une revue de la littérature a été menée sur les dix dernières années afin de mettre en évidence l'impact du discours des soignants chez les patients, notamment en termes de vécu de la maladie et d'engagement dans la démarche thérapeutique. **Résultats.** Sur les 1292 articles, 15 ont été inclus dans la revue. Ces derniers ont permis de souligner des attitudes de soin très variées allant d'une relation autoritaire souvent associée à un manque d'informations fournies aux patients, à la coopération thérapeutique. **Conclusion.** Cette synthèse souligne que certains comportements paternalistes sont contre-productifs. A l'inverse une approche centrée sur le patient contribue à développer l'alliance thérapeutique et à favoriser l'empowerment chez ces derniers. Le discours du soignant apparaît ainsi comme un levier indispensable pour promouvoir la santé des patients.

Mots-clé : alliance thérapeutique. Revue de littérature. Communication. Empowerment.

Abstract

Background. The patient and healthcare worker relationship has always generated ethical reflection, especially since the creation of the Kouchner's law, due to its major role in the quality of the patient care. However, the role of the healthcare worker's communication, which is a key element to this relationship, keeps being undervalued. **Methods.** A literature review was carried out over the last ten years to demonstrate the impact the healthcare worker's communication had, especially in terms of the disease's experience and the involvement in the therapeutic approach. **Results.** Out of 1292 articles, 15 have been included in the review. Those reviews brought to light some very different approaches regarding the patient care, from the authoritarian relationship (often related to the lack of information given to the patients) to a therapeutic cooperation. **Conclusion.** This synthesis states that some patronizing behaviours are counterproductive. Whereas a more patient-centered approach helps to develop a therapeutic alliance and helps promote patient's empowerment. Therefore, the healthcare worker's communication appears to be an essential lever to promote patient's health.

Keywords: working alliance (therapeutic alliance). Review. Communication. Empowerment.

1. Introduction

Depuis sa promulgation le 4 mars 2002¹, la loi *Kouchner* a entraîné un changement paradigmique dans le système de santé, en remettant au centre de la relation de soins le principal concerné, le patient pour qu'il devienne acteur de sa propre santé [1]. Cette nouvelle législation incite les soignants à informer les patients sur leur état de santé (ils ont notamment la possibilité d'avoir accès à leur dossier médical) et de rechercher leur avis sur les stratégies thérapeutiques à adopter (décisions partagées), leur permettant de s'impliquer pour leur santé.

Ainsi, cette relation nommée historiquement par les professionnels de santé « relation soignant-soigné », n'est-elle pas encore l'étandard d'un système paternaliste, que ces mêmes soignants clament pourtant rejeter ; les soignés étant supérieurs en nombre et au centre de toute prise en soins, ne devraient-ils pas être à la première place ?

Par ailleurs, cette relation « soigné-soignant », au cœur du questionnement éthique depuis toujours, conditionne la qualité et le succès de la prise en charge délivrée aux patients. Aux prémisses de la médecine contemporaine, Hippocrate considérait déjà la manière dont il s'adressait aux patients et se présentait à eux comme indissociable de l'acte de soin [2]. A notre époque moderne, où l'accès du patient à l'information médicale se démocratise, où le manque de temps engendré par la technicité des soins et les pressions médico-économiques diminuent les contacts humains, il est indispensable de comprendre les enjeux de la relation de soin ; en particulier le rôle du discours du soignant.

Dès la fin des années 80, *Hall* mettait déjà en évidence le lien entre l'information fournie par l'équipe soignante, la qualité de la discussion associée et l'observance thérapeutique [3]. Cependant, les comportements inadaptés, archaïques et paternalistes, persistent toujours chez les soignants. Cette attitude renvoie à un manque d'écoute des patients de la part de l'équipe médicale. *Beckman et Marvel* concluaient dans les années 90 que la durée moyenne d'écoute d'un soignant avant de couper un

¹ Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

patient exposant son motif de consultation, n'était que d'une vingtaine de secondes (chiffre repris en 2016 par *Revah-Levy*), ce qui ne semble pas suffisant pour construire les prémisses d'une relation de qualité [4–6].

De l'autre côté de cette relation, le patient est insatisfait du système actuel de santé qui le place encore trop souvent au second plan ; confronté à des professionnels de santé qui ne savent pas répondre à toutes ses interrogations, aux scandales médiatiques et au lobbying présent, il cherche à se libérer de ce carcan. Certains patients, désirant même aller au-delà de cette démarche individuelle, revendiquent un savoir expérientiel et un besoin d'agir au sein du système de santé. On retrouve ainsi, des patients-enseignants au sein des facultés de médecine (exemple du programme de patients-enseignants à l'université Sorbonne Paris-Nord, ex-Paris 13, *PEP13*), des associations de patients qui participent à l'évaluation des produits de santé, ayant des sièges dans des institutions publique à caractère sanitaire, ou encore au sein des comités éthiques qui délivrent les autorisations aux projets de recherche. Aussi, les associations de patients-experts formées en éducation thérapeutique, délivrent des informations aux patients sur leur santé, mettant en avant leur compréhension du vivre au quotidien avec une maladie [7,8] . A l'instar du « *ne faites rien pour nous sans nous* » du mouvement international des personnes porteuses de handicap, *l'empowerment* (ou autodétermination), par sa démarche participative, est un enjeu majeur de santé publique en termes d'efficacité et de qualité des soins. Son processus a été défini en quatre étapes par *Fayn* (2017). Débutant par un mécontentement face au système de santé actuel, le patient part en quête de connaissances (*empowerment* individuel). Il recherche ensuite le contact de ses pairs en s'engageant dans des associations de patients (*empowerment* collectif) au sein desquelles un partage, une consolidation et diffusion des connaissances s'effectue (*empowerment* collaboratif) pour aboutir à des actions à plus grande échelle comme la fabrication et l'amélioration des produits de santé (*empowerment* productif) [8].

Ainsi, quelles explications donner à cette attitude encore très paternaliste en France, 20 ans après l'instauration de la loi *Kouchner* ? Est-ce le manque de soignants (accentué depuis la crise COVID) couplé à l'augmentation des tâches administratives et réglementaires qui accablent les

équipes de soins et empiètent sur le temps d'échange disponible pour les patients ? Est-ce une tarification à l'acte s'exerçant en hospitalier comme en ville qui incite à faire toujours plus et plus rapidement, au détriment des relations humaines ?

Se pose alors la question de savoir « *Comment s'exerce la relation de soins à travers le discours du soignant, quels impacts pour le patient et quelles perspectives d'amélioration pour ce discours ?* ».

Pour répondre à ce questionnement, une revue de la littérature a été menée au niveau international.

2. Matériels et méthode

La revue de littérature permet d'éclairer un sujet en réalisant un recensement critique des écrits, non systématique et peut, éventuellement être l'objet de recherches plus approfondies [9]. Notre recherche était divisée en quatre étapes : (1) identification puis (2) sélection des études, (3) classification puis (4) analyse des données.

2.1 Identification des études

Une exploration préliminaire a permis de sélectionner les mots-clés qui ont été utilisés ; ces derniers ont servi à construire les équations de recherche (Tableau 1). Deux bases de données, *Medline* et *Cairn*, ont été explorées.

2.2 Sélection des études

Elle s'est opérée selon différents critères. Les articles devaient avoir moins de 10 ans, (les articles antérieurs à 2010 étaient exclus). Ce seuil, 10 ans après la loi *Kouchner*, permettait de voir pour les articles français les éventuels changements de cette loi. Pour les articles internationaux cela permettait de faire un comparatif de ce qui se faisait dans le monde à cette même période, les principes

de la bioéthique de *Childress et Beauchamp*² ayant été énoncés plus de 30 ans auparavant [10].

Les études devaient traiter, quel que soit le domaine médical, de la relation soignant/soigné en s'appuyant sur le discours du soignant et les conséquences et causes éventuelles de ce dernier. Ainsi les articles abordant des domaines trop spécifiques et difficilement interprétables (comme la psychanalyse), ou dont le sujet principal concernait les discriminations raciales, économiques, sexuelles, n'ont pas été retenus (Figure 1).

Seuls les articles traitant du discours dans la relation de soin et ses conséquences ont été étudiés. La sélection initiale s'est effectuée sur les titres et résumés. En cas de doute les articles étaient lus dans leur intégralité. Dans une visée exploratoire compréhensive, les articles ont été sélectionnés indépendamment de leur niveau de preuve des études.

2.3 Classification des données

Les articles sélectionnés ont été lus dans leur intégralité et classés en fonction de l'année de publication. Les références répertoriées dans les articles sélectionnés ont ensuite été étudiées pour identifier des articles supplémentaires.

2.4 Analyse des données

Les articles adoptés ont ensuite été résumés en fonction de l'auteur, l'année de publication, le type d'étude, l'objectif, le pays dans lequel elle a été conduite, le type de discours soignant (registre de mots utilisé, caractère positif/négatif (encouragement, peur, culpabilisation...), message véhiculé) et l'impact du discours sur le patient (adhésion, refus de soin, manque de confiance...). Les données obtenues ont été traitées de manière qualitative.

3. Résultats

Sur les quinze études retenues, six se sont déroulées aux États-Unis [11–16], trois en Europe [17–19], quatre en Afrique subsaharienne [20–23], une en Inde [24] et une au Guatemala [25]. Les

² Bienfaisance, Non malfaissance, Autonomie et Justice.

études ont un niveau de preuve faible (Niveau 5 selon Sackett). Il s'agit de douze études transversales [14–25], de deux études longitudinales prospectives [11,13] et d'une étude longitudinale rétrospective [12].

Les articles ont permis de mettre en exergue, chez les professionnels de santé, quel que soit leur domaine, différents comportements dans leur pratique quotidienne du soin. Certains optaient pour une attitude motivationnelle positive (encouragements, empathie, compliments...) [11,13–15,18,19], d'autres adoptaient des comportements motivationnels négatifs (jugements, conseils inappropriés, injonctions...) [11,17,20], allant même jusqu'à la menace [20,23–25] et la culpabilisation [17,23,24]. L'information fournie au patient est un élément souvent relevé que ce soit une information de qualité satisfaisant le patient [12–16,18,19] ou un manque d'informations [22,23,25]. Certaines études abordent la communication soigné-soignant et la participation du patient dans la démarche thérapeutique à la fois quand celle-ci est présente et valorisée [12,15,16,21] ou dans le cadre d'une relation plus paternaliste et asymétrique [20,21].

En face de chaque type de discours figurent les répercussions qui ont pu être relevées. Parmi ces articles, six traitent de comportements appropriés de soignants ayant des effets positifs sur le patient, à savoir un niveau de littératie en santé amélioré, une volonté *d'empowerment*, une adhésion accrue aux soins, une meilleure qualité de vie et une plus grande confiance envers l'équipe médicale [12–15,18,19]. Notons que par littératie en santé il faut entendre, comme défini par l'OMS : « *les capacités cognitives ainsi que les ressources sociales qui déterminent la motivation d'un individu et sont nécessaires pour lui permettre d'avoir accès, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser les informations dans le but de prendre des décisions favorables à sa santé* » (traduction libre) [26].

Cinq articles montrent des comportements inadaptés occasionnant des effets négatifs auprès des patients comme par exemple une inobservance thérapeutique, un manque d'autonomie, une baisse de la qualité de vie, un sentiment de culpabilité, ainsi qu'une méfiance vis-à-vis de l'équipe de soin [17,20,23–25]. Les quatre derniers montrent à la fois des attitudes qui fonctionnent (c'est à dire quand la répercussion chez le patient traduit le souhait du soignant) et d'autres dont l'efficacité est faible

voire inexistante [11,16,21,22].

4. Discussion

Cette revue de la littérature a permis de synthétiser les articles traitant du discours du soignant et son impact sur le patient, sur ces dix dernières années. Elle souligne notamment que la communication entre l'équipe soignante et le patient conditionne toute prise en charge et que la compréhension de l'impact qu'elle peut engendrer, aussi bien positif (*observance, empowerment*) que négatif (*inobservance*), est indispensable. De plus, elle montre également qu'un comportement paternaliste se retrouve dans de nombreux pays ayant des contextes socio-culturels variés.

4.1 Méthodologie et limites

Cette synthèse nous a permis d'identifier en premier lieu des éléments influençant la relation de soin et ses conséquences sur la prise en charge et le vécu de la maladie. On relève un nombre important d'articles traitant des attitudes ayant un effet positif, en particulier sur l'adhésion des patients. Très peu parlent de l'effet négatif du discours du soignant. Par ailleurs, les études abordant l'aspect négatif n'ont généralement pas été réalisées dans un contexte occidental. La comparaison des systèmes de santé est donc limitée que ce soit du point de vue de la réglementation, de la culture, de la manière dont se conçoit la relation de soin ou encore des représentations sociales. On peut ainsi évoquer le relativisme culturel qui conçoit que des groupes culturellement différents n'aient pas les mêmes schémas de valeurs [27]. Il s'oppose, de ce fait, à l'éthnocentrisme qui, sous réserve d'une différence ethnique, juge et hiérarchise les comportements d'autrui sans prendre en compte le contexte historico-social sous-jacent.

Il est à noté, que dans cette recherche nous nous sommes davantage focalisés sur la partie « verbale » du discours qui était bien souvent la seule documentée dans les articles. Ainsi, comme *Watzlawick* l'expliquait dans ses travaux, le discours est composé de différents éléments le contenu en lui-même (les mots) et tout ce qui est du registre de la métacommunication comme le non verbal

et la relation qui lie les différents interlocuteurs [28].

Concernant la méthodologie, il est intéressant de noter que le choix limité des bases de données (*Pubmed, Cairn*) a été effectué de manière raisonnée et cohérente avec une revue de la littérature. D'autres bases de données (*Cochrane, Scopus...*) auraient pu aussi être prises en compte. Une autre limite réside dans le fait que certaines des études n'avaient pas un échantillon représentatif de la population générale, ce qui pourrait nuancer artificiellement certains propos [11,12,14–17]. Enfin, les articles ont été sélectionnés indépendamment de leur niveau de preuve en raison de leur nombre limité. Cette synthèse de littérature a ainsi permis d'avoir une vision globale et critique de la situation mais elle nécessite de modérer les résultats obtenus au regard du niveau de preuve et des contextes.

4.2 Observance et inobservance aux soins

Cette revue de la littérature a mis en évidence que l'information du patient est un élément clé du discours du soignant notamment en termes d'observance thérapeutique. Elle est, de plus, un prérequis indispensable à tout acte de soin [1,29]. En effet, les soignants qui communiquent davantage avec leurs patients et leur délivrent plus d'informations obtiennent de meilleurs résultats en termes d'adhésion. Ils améliorent également la relation avec leurs patients en créant un climat de confiance, la réciproque semble aussi vraie, la bonne expérience médicale entraînerait une bonne adhésion aux soins [14,16,21]. Ceci confirme l'étude de *Lee and al.* (2017) dans laquelle les patients qui ont reçu plus d'informations comprennent davantage l'importance de leur traitement et le jugent ainsi moins contraignant [14].

A l'inverse, les soignants qui n'envisagent pas leur discours sous un angle éducatif, ou avec un nombre limité d'échanges, sont associés à un taux d'inobservance plus élevé [11,16,20]. L'article de *Carillon* (2011), souligne qu'une attitude trop paternaliste a tendance à « renforcer » ce constat : « *Enfin, l'adoption d'attitudes paternalistes par certains soignants, particulièrement manifestes dans*

la gestion qu'ils font de l'inobservance, renforce ce mécanisme » [7,20]. Ce phénomène est souvent corrélé à une relation de moins bonne qualité, un climat de méfiance se développe alors vis-à-vis de l'équipe soignante. Certains patients préfèrent même se risquer à des pratiques plus dangereuses comme le rappelle l'étude de *Garcia* (2016), qui avance que les mères qui craignent une institution médicale choisissent d'accoucher à domicile pour l'éviter, avec tous les risques que cela entraîne (risque plus élevé de décès) [16,25].

Toutefois, il semble utile de rappeler que d'autres éléments sont à prendre en compte concernant l'adhésion thérapeutique. Ainsi, les maladies « invisibles » qui laissent peu de symptômes comme l'hypertension artérielle (*Lee*, 2017) ou celles qui ne sont qu'hypothétiques, comme un risque potentiel de rechute de cancer (*Farias*, 2017), mais corrélées à des effets indésirables certains ; peuvent favoriser l'inobservance [14,15]. De même que les contraintes familiales (garde des enfants...), sociales, géographiques (difficulté d'accès aux soins) et financières peuvent être des freins à l'observance thérapeutique [20,23].

D'autres explications peuvent également se trouver du côté des recherches en psychologies qui développent des modèles explicatifs de la santé pour comprendre le fonctionnement humain. Ainsi dans le cadre de l'observance, un modèle est particulièrement adapté et c'est le *Health Belief Model* ou *Modèle des Croyances en Santé*. Ce dernier postule que pour qu'une personne adopte des comportements favorables à sa santé elle doit être convaincu par quatre éléments. Premièrement qu'elle est malade ou qu'elle peut tomber malade (sentiment de vulnérabilité). Deuxièmement que sa maladie peut entraîner des conséquences graves (sentiment de gravité). Troisièmement que ses actions ou que les traitements disponibles ont un bénéfice. Et pour finir que les coûts et obstacles perçus sont inférieurs aux bénéfices possibles [30].

Néanmoins, si la persistance d'une attitude paternaliste de la part des soignant peut s'expliquer par le manque de temps, les études montrent que cette posture est contre-productive sur le long terme. En effet, elle ne permet pas au patient de devenir acteur de sa santé et les changements de comportements sont rarement effectifs durablement. Dès lors, il est amené à consulter régulièrement

(réhospitalisation, aggravation des problèmes pré existants...). Ainsi, à vouloir initialement gagner du temps par une attitude paternaliste, le soignant ne risque-t-il pas d'en perdre par la suite en persistant dans un discours prescriptif et parfois coercitif ?

Cependant comme le soulignait *Reach* dans sa recherche sur l'observance (2007), il est « naturel » de ne pas être observant, il parle ainsi d'un *choix intemporel*. Être observant, c'est prendre soin d'un soi vivant dans un futur qui nous paraît plus ou moins éloigné, alors que ne pas être observant c'est répondre à un désir de son soi ici et maintenant. Même si, dans la finalité la récompense est plus petite (désir immédiat versus bonne santé future), elle paraît atteignable [31].

4.3 Empowerment et paternalisme

En France, 20 % de la population vit avec une maladie chronique. Dans le monde et selon l'OMS, cela représentait 63 % des décès annuel (2013), ce qui en fait la première cause de mortalité [7]. Ces décès sont pourtant bien souvent évitables.

Les résultats obtenus dans cette analyse suggèrent que l'information transmise au patient lui permettrait d'acquérir des connaissances sur sa maladie (chronique) et de devenir acteur de sa propre santé. De nombreux auteurs font le lien entre la valeur éducative de la communication et le discours motivationnel du soignant avec la capacité pour un patient de gérer de manière autonome au quotidien sa maladie. On parle d'*empowerment* ou autodétermination [12,15,16,18,19]. Cette participation active (s'opposant à la passivité du modèle paternaliste) renforce d'ailleurs l'adhésion aux soins. Un patient qui a les connaissances pour comprendre sa maladie et qui décide de devenir acteur de sa santé a une plus grande probabilité d'adhésion aux soins, comme le soulignent *Farias and al.* (2017): «*Active management of side effects or knowing what to do when they experienced side effects seemed to increase the woman's self-efficacy to continue on adjuvant endocrine therapy* » [7,15]. A l'inverse, il a pu être mis en exergue qu'une attitude autoritaire ou menaçante créait une relation dite asymétrique ou verticale, dans laquelle le patient est infantilisé et ne participe pas aux décisions ; en

opposition à une relation horizontale dans laquelle soignant et soigné discutent sur un pied d'égalité (décisions partagées) [17,20,25]. Le patient contraint et mis en position d'infériorité n'est alors plus acteur de sa santé. Il ne peut s'approprier sa maladie comme une partie de lui, mais plutôt comme un mal extérieur indépendant de ses actions.

Ce concept, plus connu sous le terme de lieu de contrôle (*locus of control*) peut se définir comme la vision que se construit un individu sur l'origine des événements (réussites ou échecs) qu'il peut rencontrer dans sa vie. Ce locus peut être interne ou externe. Un patient ayant un locus interne sera plus enclin à considérer ces faits comme résultants de son action. A l'inverse si son locus est externe, il les envisagera comme dus à des éléments extérieurs [32]. Pour illustrer ce propos, on peut parler de l'étude de *Bloy* dans laquelle un médecin explique (de manière autoritaire et sur un ton de reproche) la situation d'une enfant en surpoids dont l'alimentation au domicile n'est pas correcte. La mère, de son côté, incrimine la cantine scolaire, qui serait à elle seule responsable du problème pondéral de son enfant [17]. Ici, le patient n'ayant pas encore toutes les informations nécessaires pour avoir une vision globale de son problème de santé, se retrouve dans une attitude de déni vis-à-vis de comportements inadaptés et cherche un coupable expliquant son état (locus externe). Ainsi, prendre connaissance de son type de locus semble être un élément indispensable pour mieux comprendre les différents biais qui peuvent altérer notre jugement ; notamment dans le processus d'autonomisation. Cette connaissance est également utile aux soignants lors des activités d'éducation thérapeutique, pour adapter leurs discours et leurs démarches pédagogiques (en accord avec le patient) et ainsi obtenir de meilleurs résultats sur le long terme.

Dans son ouvrage, *Gross* (2017) mentionnait qu'une attitude paternaliste, un manque de littératie en santé, combinés avec une mauvaise relation soignant-soigné, étaient des facteurs limitant *l'empowerment* des patients [7]. Ce constat est également fait par *Margat*, pour qui, la littératie en santé est un élément fondamental de la capacité *d'empowerment* des individus et est corrélée à la littératie générale (dont l'écriture et la littérature sont des composantes). A ces éléments, s'ajoute également le niveau socio-culturel des patients, les tranches moins aisées auraient moins souvent

tendance à participer à leurs soins et adopteraient un comportement plus passif, comme vu précédemment, causé entre autres par des contraintes et priorités quotidiennes importantes (difficultés financières, obligations familiales...), mettant les soins et la prévention au second plan.

Dans son étude *Wachira* (2014) mettait en évidence que les personnes plus aisées, demandaient plus d'information sur leur santé et communiquaient davantage avec leur médecin ce qui renforçait leur participation [21]. Notons tout de même que cet empowerment a été permis et renforcé grâce à la « démocratie sanitaire », concept créé et appuyé par la loi *Kouchner*, permet aux usagers du système de santé de s'organiser en associations ayant pouvoir décisionnaire. Un autre pendant de cette loi est la création d'une commission des usagers au sein des établissements hospitaliers dont le but est l'amélioration de la qualité des soins et le respect des droits des patients [1,7] .

Néanmoins, certains patients acceptent et semblent préférer ce comportement paternaliste s'il permet de les soigner de manière adéquate. C'est le cas dans certains pays, où l'accès à l'éducation est plus difficile, la relation de soin se conçoit même de cette manière [20,21,23].

De ce fait, malgré des revendications d'autonomie de la part des patients, s'ils se retrouvent encore dans cette position plus d'exécutant que d'acteur, une explication, certes partielle semble émerger. *L'empowerment* est conditionné par la littératie en santé qui elle-même est sous dépendance de la littératie générale, les patients issus de milieux plus défavorisés socialement et scolairement voient leurs capacités *d'empowerment* plus limitées. Dès lors, cette dernière ne semble pas de la seule responsabilité des soignants, mais du système tout entier qui par ses inégalités en termes d'éducation restreint la volonté et la possibilité d'autonomie des plus désavantagés. Ainsi, comment se sentir compétent pour prendre des décisions aussi importantes sur sa santé quand on ne possède pas tous les outils en main ?

Mêmes si certains patients semblent accepter ce paternalisme , quelques articles soulignent également des relations de soin inappropriées et non satisfaisantes pour le patient lorsque l'équipe soignante tient un discours qui n'est pas bienveillant [17,23,25] . En effet, le discours autoritaire reste

largement associé à des propos réprobateurs, agressifs ou menaçants, dirigés contre un patient qui n'aurait pas respecté un comportement prescrit par le corps médical [24]. *Garcia* illustre cet aspect avec la planification sanitaire des femmes indigènes au Guatemala auxquelles il est demandé d'avoir un comportement docile (« *ne se plaignent pas* », « *calme* », « *silencieuses* »). Dans de nombreux cas, on remarque que cette conduite entraîne chez le patient un sentiment de culpabilité [25].

4.4 Culpabilisation des patients

La culpabilisation semble être le retentissement escompté par l'équipe soignante afin de responsabiliser le patient. On peut néanmoins noter deux types de responsabilisation. En premier lieu, la responsabilisation visant à faire réagir le patient pour qu'il corrige son attitude comme décrit par *Bloy* et dans laquelle le médecin essaye de persuader la patiente d'arrêter de fumer en jouant sur le registre de la peur [17]. Cette étude souligne notamment que cette technique est inefficace et qu'il existe des alternatives intéressantes comme : « *l'intervention brève [qui] ouvre [...] sans insistance ni culpabilisation, la possibilité de modifier un comportement* » ainsi que « *l'entretien motivationnel* ». Cette « *intervention brève sans insistance* » s'apparente à une conversation horizontale dans laquelle le soignant explique ce qui nécessiterait une correction et laisse le patient décider librement de la manière dont il souhaite intégrer ces nouvelles informations. De même « *l'entretien motivationnel* » valorise le patient et ses comportements adéquats le rendant ainsi plus responsable de sa santé en s'appuyant sur son histoire de vie et ses projets.

Le second impact serait la déresponsabilisation de l'équipe soignante notamment dans les pays dans lesquels les hôpitaux font face à un manque de moyens humains et matériels en particulier dans les situations où le pronostic vital du patient est engagé [20,23,24]. On peut illustrer ce propos avec l'étude de *Douti* sur les accouchements au Togo, où face à une patiente stressée la sage-femme s'écrit « *sinon tu vas tuer ton enfant* ». Ces paroles prononcées par le corps médical, permettent à l'établissement hospitalier de se protéger contre de possibles plaintes judiciaires, en cas de décès du nouveau-né en culpabilisant et en incriminant la parturiente [23].

Néanmoins, si *l'empowerment* a pour but d'augmenter l'autonomie des patients et de leur faire

prendre conscience de leur rôle et responsabilité dans leur santé, il ne doit pas se concevoir comme un transfert de responsabilités légale, déontologique ou technique de la part de l'équipe soignante. La responsabilité du soignant ne diminue pas quand le patient prend conscience de ses capacités d'agir, elle doit se transformer vers un accompagnement à cette autonomie.

En outre, il est légitime de se demander si cette culpabilisation, forme de mauvais traitements à l'égard du patient, ne serait pas minimisée et cachée au regard du faible nombre d'études abordant ce sujet.

4.5 Vers un tournant positif ?

Alors avec tous ces éléments, comment le soignant peut-il transformer son discours et enclencher un impact positif ?

Une piste de transformation réside dans la révision curriculaire de la formation initiale des professionnels de santé pour intégrer, de manière plus efficace et consciente, les techniques de communication, et la prise en compte des patients et de leurs besoins. Cet élément était notamment mis en évidence *Haskard Zolnierek and al.* (2009), qui soulignaient l'importance de la communication des soignants sur l'adhésion aux soins, en insistant sur la nécessité d'entraîner les soignants dans ce domaine pour qu'ils améliorent leurs compétences [33].

Un autre levier sur lequel le soignant peut s'appuyer est l'empathie, qui peut se définir comme « *la capacité à se mettre à la place d'une autre personne pour comprendre ses sentiments ou à se [figurer] la représentation mentale d'une autre personne* » (*Boulanger*, 2006) [34]. Si un grand nombre de soignants pensent agir avec empathie, dans la pratique ce n'est pas toujours le cas. La véritable reconnaissance des émotions de l'autre n'est pas de savoir percevoir dans quel état émotionnel se trouve notre interlocuteur et essayer de le faire changer vers un état qui nous semble plus confortable, en essayant par exemple de le distraire pour calmer ses pleurs. La vraie empathie passe par l'acceptation des émotions d'autrui et notamment leur expression tout en signifiant à notre

interlocuteur qu'on ne minimise pas sa peine. Ainsi, ne faudrait-il pas substituer les traditionnels « je comprends », « je sais » par des formules plus tournées vers l'écoute comme « j'entends », « je vois » ? Il a de plus été montré qu'une attitude empathique favorise l'observance aux soins et la satisfaction des patients [35].

En outre, comme énoncé précédemment le temps de parole accordé au patient est souvent court et pouvant même être perçu comme insuffisant. Accepter de laisser s'exprimer le patient, pour qu'il puisse notamment poser des questions, est indispensable à sa compréhension de sa santé et donc de sa capacité d'agir sur cette dernière. Cette attitude de questionnement ne se manifeste pas toujours spontanément, peu de personnes osent admettre qu'elles ne comprennent pas quelque chose, soit par timidité, soit par peur de sembler moins intelligente. De ce fait, il est donc du devoir du soignant de toujours expliquer l'état de santé, les traitements, les alternatives, en ayant à cœur d'interroger son patient : « avez-vous bien compris ? », « suis-je assez clair quand j'utilise le terme... ? », « Si demain vous vous retrouviez dans telle situation, vous sentiriez vous capable de... ? ».

5. Conclusion

20 ans après la création de la loi *Kouchner*, la relation soigné-soignant ne semble pas encore atteindre les principes qu'elle énonce ; nous interrogeant sur la possibilité qu'enfin un jour, les patients puissent être mis au centre de cette relation. Des démarches évoluant dans ce sens semblent tout de même émerger.

L'éducation thérapeutique tente depuis quelques années, via une approche biopsychosociale, de donner aux patients des connaissances et des compétences pour manier leur quotidien avec une pathologie chronique [36]. Cette démarche est appuyée par le fait que l'empowerment des patients renforce leur relation avec l'équipe soignante et leur confère une meilleure qualité de vie [15,16,19,21,22], idée déjà mis mise en lumière par *Weingart* dans son étude sur la participation des patients à l'hôpital (2011) [37].

Cependant, les moyens mis en œuvre ne semblent pas suffisants. Les populations les moins favorisées sont aussi celles qui sont les plus touchées par les maladies chroniques mais pour lesquelles il reste plus difficile d'accroître leur *empowerment*. Ainsi des campagnes de sensibilisation et des ateliers d'informations et d'autonomisation devraient être créés pour contribuer à pallier ces inégalités de santé [38]. *L'empowerment* des patients est un véritable pilier sur lequel les professionnels de santé peuvent s'appuyer pour améliorer, de manière pérenne, la qualité des soins prodigués.

En outre, cette revue de la littérature souligne l'importance du discours dans la relation de soin et la nécessité de poursuivre les travaux de recherche dans ce domaine ; en particulier la mise en place d'études à plus haut niveau de preuves évaluant les comportements de l'équipe soignante afin de déterminer l'ensemble des facteurs favorisant ou limitant l'*empowerment*.

Enfin, force est de constater qu'au-delà des avantages sanitaires et sociaux, l'*empowerment* est de surcroit une notion éthique, l'absence de concertation et de participation des patients semble, de nos jours, inconcevable dans le respect des principes d'une médecine plus humaine. Mais encore faut-il donner les moyens aux usagers d'avoir conscience de ces éléments et de s'approprier leur santé ; pour cela des remaniements du système de soin sont encore à mettre en œuvre [39]. Ceci est d'autant plus prégnant que plus la médecine devient technique, plus elle a besoin d'humanité.

References

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
2. Geadah R. Regards sur l'évolution des soins Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. *Rech Soins Infirm.* 2012;2(109):16- 32.
3. Hall J, Roter D, Katz N. Meta-Analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters. *Med Care.* 1988;26(7):657- 75.
4. Beckman H, Frankel R. The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. *Ann Intern Med.* 1984;101:692- 6.
5. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved ? *JAMA.* 1999;281(3):283- 7.
6. Révah-Lévy A, Verneuil L. *Docteur, écoutez !* Paris: Albin Michel; 2016. 160p.
7. Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. Doin; 2017. (La personne en médecine). 168p.
8. Fayn MG, des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Rech En Sci Gest-Manag Sci-Cienc Gest.* 2017;119:55-73
9. Saracci C, Mahamat M, Jacquérioz F. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Rev Med Suisse.* 2019;1694- 8.
10. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford: Oxford University Press; 1979. 314p.
11. Pollak K, Alexander S, Coffman C, Tulsky J, Lyna P, Dolor R, et al. Physician communication techniques and weight loss in adults: Project CHAT. *Am J Prev Med.* 2010;39(4):321- 8.
12. Hum A, Robinson L, Jackson A, Ali K. Physician communication regarding smoking and adolescent tobacco use. *Pediatrics.* 2011;127(6):1368- 74.
13. Molfenter T, Brown R. Effects of Physician Communication and Family Hardiness on Patient Medication Regimen Beliefs and Adherence. *Gen Med Los Angel Calif.* 2014;(2).
14. Lee W, Noh Y, Kang H, Song HH. The mediatory role of medication adherence in improving patients' medication experience through patient-physician communication among older hypertensive patients. *Patient Prefer Adherence.* 2017;(11):1119- 26.
15. Farias A, Ornelas I, SD Hohl, Zeliadt S, Hansen R, Li C, et al. Exploring the role of physician communication about adjuvant endocrine therapy among breast cancer patients on active treatment: a qualitative analysis. *Support Care Cancer.* 2017;25(1):75- 83.
16. Jabour S, Beachy S, Coburn S, Lanzkron S, Eakin M. The Role of Patient-Physician Communication on the Use of Hydroxyurea in Adult Patients with Sickle Cell Disease. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2019;6(6):1233- 43.
17. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sci Soc Santé.* 2015;33(4):41- 66.

18. Bonnet T. La normalisation du rôle parental par une équipe soignante. *Rech Fam.* 2015;12(1):223- 34.
19. Ernstmann N, Weissbach L, Herden J, Winter N, Ansmann L. Patient-physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy - a longitudinal multilevel analysis. *BJU Int.* 2017;119(3):396-405.
20. Carillon S. Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH à Kayes (Mali). Approche anthropologique. *Sci Soc Santé.* 2011;29(2):5- 39.
21. Wachira J, Middlestadt S, Reece M, Peng C, Braitstein P. Physician communication behaviors from the perspective of adult HIV patients in Kenya. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* 2014;26(2):190- 7.
22. Desclaux A, Sokhna B. Mondialisation des effets indésirables et construction locale de la communication médecin-patient autour des antiviraux au Sénégal. *J Anthropol.* 2014;(138- 139):89- 111.
23. Douti P. « Si tu ne pousses pas, tu vas tuer ton enfant ! » Sages-femmes et mères face aux morts périnatales au Togo. *Santé Publique.* 2020;93- 104.
24. Jullien C. “Alors, à qui la faute ?” Mort périnatale et accusations croisées dans une maternité au Rajasthan (Inde). *L'Homme.* 2017;(3):131- 60.
25. Garcia A. La production de la santé sexuelle : Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala. *Cah Genre.* 2016;60(1):39- 60.
26. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy>
27. The Executive Board AAA. Statement on Human Rights. *Am Anthropol.* 1947;49(4):539- 43.
28. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Une logique de la communication. Paris: Ed. du Seuil; 1972. 280 p.
29. Liira H. Patient information for better health outcomes in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2011;29(2):65- 6.
30. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Psychologie de la santé: concepts, méthodes et modèles. 2e éd. Paris: Dunod; 2014. (Psycho sup). 576p.
31. Reach G. Pourquoi se soigne-t-on ? enquête sur la rationalité morale de l'observance. 2e éd. revue et augmentée. Latresne: le Bord de l'eau; 2007. (Clair & net). 304p.
32. Rotter JB. Social learning and clinical psychology [Internet]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc; 1954 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <http://content.apa.org/books/10788-000>
33. Haskard Zolnierk K, DiMatteo M. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826- 34.
34. Boulanger C, Lançon C. L'empathie : réflexions sur un concept. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2006;164(6):497- 505.

35. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Acad Med.* 2013;88(8):1171- 7.
36. Haute Autorité de santé. Evaluation thérapeutique du patient (ETP) Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Actualisation de l'analyse de la littérature. 2018. [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-efficacite-et-de-l-efficience-dans-les-maladies-chroniques
37. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care.* 2011;23(3):269- 77.
38. Païta M, Ricordeau P, de Roquefeuil L, Studdert A, Vallier N, Weill A. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. *Assurance maladie.* 2007;8:1-12.
39. Gross O. L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est- il éthique ? *Santé En Action.* 2020;(453):20- 2.

Légende des figures

Figure 1 : Flow–chart de la sélection des études.

Tableau 1 : Équations de recherche.

Base de recherche	Équation de recherche	Filtres	Période
Medline (Pubmed)	$((\text{"Physician-patient relationship"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"physician addresses"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"physician communication"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"healthcare worker addresses"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"physician and patient relation"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"patient relation"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"condition representation"}[\text{Title}])) \text{ AND } ((\text{"patient adherence"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"disease perception"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"patient cooperation"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"disease"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"perception"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"communication"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"adherence"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"compliance"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"doctor communication"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"judgment"}[\text{Title}]) \text{ OR } (\text{"opinion"}[\text{Title}]))$		2010-2020
Cairn	$\text{Discours soignant OU culpabilisation patient OU relation médecin malade OU représentation de la maladie}$	<ul style="list-style-type: none"> -Psychologie -Sociologie et société -Santé publique -Philosophie -Intérêt général -Science de l'éducation -Droit -Info -Communication -Médecine 	2010-2020

Conflit d'intérêts

Conflit d'intérêts : aucun.

