

## Écoute active

### ► Pourquoi une fiche sur l'écoute active dans un guide sur la simulation et la gestion des risques ?

En simulation et dans le cadre d'un programme portant sur des compétences non techniques, il peut être pertinent, notamment en termes de gestion des risques, de cibler des objectifs pédagogiques concernant l'écoute du patient par le professionnel de santé (1).

La méthode d'écoute active, concept développé à partir des travaux du psychologue américain Carl Rogers (2), est utile dans toutes les formations nécessitant une interaction soignant/soigné.

**Pour mémo :** Beckman et Frankel (3) ont réalisé une étude qui constitue une référence en matière de conduite de consultation. L'analyse de 74 consultations a montré que seulement 23 % des patients avaient été invités à exposer la totalité des symptômes qu'ils présentaient ou à reformuler les instructions données. Dans tous les autres cas, le médecin les avait interrompus avant (souvent pour gagner du temps). Ces interruptions par le médecin avaient abrégé l'exposé des problèmes et les reformulations, ou avaient orienté le patient dans une idée préconçue et partiellement inexacte. Dans 8 % des cas, non seulement l'information avait été perdue lors de la consultation initiale, mais également pour les suivantes (le patient retenant qu'il n'était pas invité à parler de ces points) ; ce n'est que lors de la survenue de complications ultérieures que l'information perdue avait été révélée. De plus, les patients étaient interrompus en moyenne après 18 secondes d'expression initiale des symptômes. Marvel et al. (4) ont confirmé ce constat, en retrouvant sur un échantillon de 199 consultations un délai moyen d'écoute de 23 secondes avant redirection par le médecin. Par ailleurs, les patients relancés n'avaient cette fois que 6 secondes en moyenne pour répondre à la demande exprimée par le médecin, avec une déperdition assez forte de contenu. Pourtant, les médecins surestiment le temps de parole du patient : 1 minute en moyenne dans la réalité sur une consultation de 20 minutes, alors que les médecins interrogés évaluent le temps à 9 minutes (5).

### ► Objectifs de l'écoute active

L'objectif de l'écoute active, par exemple en situation d'annonce d'un dommage associé aux soins, est de créer un climat propice à l'expression du patient afin de l'aider à faire émerger et à exprimer au mieux son ressenti et ses questions à propos de l'événement indésirable et de son dévoilement. C'est l'une des premières étapes, essentielle, dans la métabolisation de l'événement indésirable par le patient comme par les soignants.

### ► Conseils pour l'écoute active

Au préalable, quelques **questions** actives sur soi-même pour apprécier et travailler ses ressources et fragilités.

- Suis-je convaincu que je suis impliqué en tant que professionnel et non en tant que personne ?
- Suis-je convaincu que, quoi que j'aie fait ou pas fait, je mérite et je dois garder toute ma dignité ?
- Suis-je convaincu que, quoi qu'il arrive, je ne suis pas menacé ?
- Suis-je convaincu qu'il est avant tout question du patient et non de moi ?
- Suis-je convaincu que l'important est ce qu'il va dire, demander, ressentir et comprendre et non ce que je vais dire, demander, ressentir et comprendre ?
- Suis-je capable de faire l'effort d'essayer de comprendre et de ressentir, à partir de leur point de vue à eux, ce que comprennent et ressentent le patient et ses proches ?
- Qu'est-ce que je ressens par rapport aux personnes que je vais rencontrer ?
- Qu'est-ce que je crains ?
- Est-ce que je cherche avant tout à me justifier ?
- Suis-je capable de ne pas avoir peur du patient ou de ses proches ni de leur faire peur ?
- Suis-je capable d'exprimer des regrets pour ce qui s'est passé, du respect et de l'intérêt pour le patient, de la sensibilité pour ses souffrances et le désir d'échanger avec lui ?
- Suis-je convaincu que, quels que soient les moments difficiles que nous allons traverser, nous avons intérêt à les exprimer et les construire ensemble plutôt que chacun de notre côté ?

## Conseils relationnels

- Importance du non-verbal : position assise, attitude calme et sereine.
- Regarder le patient, parler doucement et lentement, rappeler les faits, répéter.
- Préciser les objectifs de la rencontre : exprimer le regret pour les souffrances du patient, expliquer ce qui s'est passé, répondre aux questions éventuelles : « Je souhaite avoir votre sentiment, écouter vos remarques et répondre à vos éventuelles questions sur ce qui s'est passé et les perspectives immédiates et à moyen et long terme. »

Puis seulement après **l'écoute active** proprement dite :

« *Je vous en prie...* »

Silence tranquille et incitatif avec maintien de l'échange visuel. Ne pas couper la parole. Faire des accusés de réception verbaux ou non : regard, geste de main, onomatopées (humm, etc.).

Reformuler mots ou notions exprimés par l'interlocuteur, pour relancer sa parole et lui faire comprendre que nous sommes intéressés par ce qu'il dit, que nous sommes attachés à le comprendre précisément et que nous souhaitons confirmer auprès de lui que nous avons bien compris ce qu'il exprime : « *Vous dites que... c'est bien ça ?* ».

Ne pas poser de questions sauf si nécessaire et alors toujours des questions ouvertes appuyées sur ce qui a été dit ou évoqué par l'autre sans vouloir aller trop vite.

## Terminer la rencontre

- S'efforcer de récapituler et de donner des perspectives : « *Voilà ce que nous avons décidé de faire, et comment nous avons décidé de fonctionner* »
- « *Je suis à votre disposition pour tout échange complémentaire* »

### ► Autour de l'écoute active

La capacité à rester « centré sur l'autre » est l'un des critères déterminants dans l'annonce d'un dommage associé aux soins, alors que le professionnel en chargé de l'annonce ne sera pas, dans la plupart des cas, dans une position de neutralité. Pourtant, c'est la condition indispensable à la poursuite de la relation d'aide entre le professionnel et le patient. Ce passage délicat, où confiance et sérénité sont mises à l'épreuve, s'inscrit toujours dans un contexte et une histoire, avec un avant dont il faut tenir compte et un après dont il faut s'efforcer de préserver la qualité.

## Une approche philosophique de la relation d'aide...

La solution de l'apparent paradoxe de l'écoute active ne se fonde pas sur une technique mais bien sur une conception philosophique. Si l'on adhère à cette conception, la mise en acte « technique » est somme toute facile. Carl Rogers (6) appuie son travail d'explicitation des conditions de la relation d'aide « centrée sur la personne » (ou sur le « client », terme qui sous-entend une relation adulte) sur le postulat fondamental suivant : « Toute personne a une tendance naturelle à se développer et elle seule dispose des moyens de régler ses propres problèmes. »

L'aidant est d'autant plus efficace qu'il est capable de créer une atmosphère dénuée de crainte et fondée sur son aptitude à assumer les conditions d'attitudes suivantes portant sur :

- le cadre : désir d'aider l'autre et conviction que le moyen pour cela est de lui permettre de le faire à partir de ses propres critères et de son propre centre d'évaluation ;
- la congruence : capacité de l'aidant à s'affirmer tout en se rétractant et en restant à sa place, centré sur l'autre ;
- la considération positive inconditionnelle : capacité de l'aidant à ne pas porter de jugement sur le client tout en laissant à ce dernier la responsabilité de ses actes et de ses paroles ;
- l'empathie : aptitude de l'aidant à ressentir et comprendre les choses du point de vue de l'autre tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un effort artificiel et forcément incomplet ;
- la perception par le « client » des attitudes de l'aidant.

Ces niveaux sont hiérarchisés et conditionnés les uns par les autres. Si le médecin parvient à rester dans le cadre du soin, il peut plus facilement accepter la critique tout en exprimant son point de vue qui peut alors rester centré sur le patient, sans le juger, tout en comprenant son ressenti et ses demandes. Le fait que le patient perçoive les attitudes de l'aidant, affirmé mais à l'écoute, facilite alors grandement la résolution des difficultés. À l'inverse, l'incapacité à comprendre l'autre provient le plus souvent de l'incapacité à ne pas le juger, elle-même liée à la difficulté pour l'aidant de rester à sa place, à la fois présent, motivé et dégagé d'un processus qui ne le concerne que « techniquement ». Dans la situation d'annonce, cette position de neutralité dégagée est particulièrement délicate pour le soignant.

### **... qui s'inscrit dans une histoire et un contexte relationnels.**

Que fait le patient quand il n'est pas content ? Il peut certes porter plainte et « faire payer » au soignant. Mais il le fera d'autant moins qu'il aura eu le sentiment d'être compris par celui-ci et d'avoir pu obtenir toutes les informations disponibles dont il a légitimement besoin pour assumer les événements indésirables qui viennent s'ajouter à ses maladies et souffrances.

Hirschman définit trois types de réactions possibles pour le patient face au mécontentement : il quitte son médecin (exit), il se plaint (voice), il lui reste fidèle en explicitant les raisons de son mécontentement (loyalty) (7).

Le fait d'exprimer une critique est en quelque sorte une chance supplémentaire laissée au médecin soit pour argumenter et convaincre son patient, soit pour prendre acte de la critique.

On pourrait presque dire que le fait d'être critiqué traduit la qualité de la relation que le soignant entretient avec son patient. Cela prouve que le patient est capable d'exprimer quelque chose de difficile et qu'il estime que le médecin est capable de l'entendre. Cette situation, très délicate pour le soignant, mais aussi pour le patient, est paradoxalement positive. Moyennant une gestion adaptée, elle peut ainsi renforcer la qualité d'une relation qu'elle questionne. Elle peut permettre de mieux supporter des turbulences plus ou moins importantes et, en tout cas, donner au patient la perspective la plus apaisée possible de sa relation avec le système de soins et ses acteurs.

### **► Pour en savoir plus**

1. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.  
[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf)
2. Rogers C. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. ACP Pratique Recherche 2008;(8):50-2.
3. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984;101(5):692-6.
4. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281(3):283-7.
5. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 2006;60(3):301-12.
6. Rogers C. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1998.
7. Hirschman AO. «Exit, voice, and loyalty:» further reflections and a survey of recent contributions. Soc Sci Inform 1974;13(1):7-26.