

LA COMMUNICATION NON VERBALE DANS LA CONSULTATION

P. MARES - CHU NIMES

Lorsque ce sujet m'a été proposé, ma première réaction a été de me dire : « question étrange » avec l'idée que tout ce qui accompagnait notre consultation relevait d'une démarche naturelle ...

En y réfléchissant et en essayant de voir comment je me comportais au cours des consultations depuis que j'ai ce sujet en projet, j'ai perçu la réalité et l'importance de cette question.

Comment étudier la communication non verbale au cours d'une consultation ?

La première démarche aurait été de réaliser un film au cours d'une consultation puis d'enlever les dialogues afin d'analyser la place de la communication non verbale. Ceci me paraissait relativement difficile dans le cadre d'un congrès et sans oublier cette éventualité, j'ai au cours des consultations de l'année essayé de voir et de noter les étapes et les éléments qui pouvaient appartenir à l'échange non verbal.

Je vous propose donc de suivre en quelques sortes les différents moments de cette consultation avec mes remarques qui serviront essentiellement de point de départ à une discussion. En effet limiter la part non verbale au cours du débat qui suivra cette présentation à mes constatations c'est négliger la perception du ou de la consultante. Enfin ceci devra être enrichi par les propositions des uns et des autres.

La dimension non verbale dans la consultation se situe à plusieurs niveaux :

- l'organisation de la consultation,
- les attitudes,
- le regard,
- les gestes,
- l'architecture.

Je vais donc à chacune de ces étapes essayer de relever les éléments qui correspondent à la part non verbale de la consultation.

I - L'accueil de la patiente : est-ce que c'est le médecin qui vient ou quelqu'un qui fait entrer la patiente ? Si le médecin vient, vient-il seul ou avec un collègue ? Et comment ce dernier se positionne, où est-il placé par le médecin ? (à ses côtés).

Quel est le regard du médecin ? est-il concentré sur sa liste de consultations (en se disant qu'il est en retard) ou regarde-t-il la patiente ou le patient ?

Dès l'accueil : quel est le climat et l'environnement proposé :

- mains tendues ou pas,
- invitation à rentrer à la fois avec un mouvement d'accueil et une attitude de distance ou injection à s'installer rapidement ...

La tenue quelle soit relativement classique ou sport : est-elle le signe d'une attention vis-à-vis du patient ou apparaît-elle négligée ? Le port d'une blouse etc...

L'installation au bureau :

- comment se place le médecin derrière son ordinateur ou la pile de dossiers ou en vis-à-vis mettant de côté ses outils de travail ?
- Cette pile de dossiers laisse-t-elle voir les noms des patientes suivantes ou les documents sont-ils placés pour que les noms ne soient pas visibles ?
- Le médecin s'intéresse-t-il à la question de la patiente ou s'enferme-t-il d'emblée dans le dossier sans avoir invité la patiente à dire deux ou 3 mots de départ quitte à analyser le dossier par la suite.
- Dès le placement, le médecin est-il sur un fauteuil situé au-dessus de la patiente ou à peu près au même niveau et dans une position aussi confortable pour la patiente que pour le médecin.
- Pendant les échanges de paroles, l'organisation du questionnement laisse-t-il le temps aux patients pour s'exprimer et est-il organisé pour lui permettre de trouver ses mots ... avec deux objectifs que le patiente ou la patiente va percevoir :
 - * d'une part percevoir la réalité de la question, qui motive la consultation et qui n'est pas toujours celle qui est indiquée au départ
 - * d'autre part, que l'on ne demande pas aux patients de faire ou de dire son diagnostic mais que l'on cherche à mots à faire apparaître des éléments qui vont permettre de structurer un diagnostic.

Cette partie non verbale est certainement la perception essentielle que doit ressentir le patient ou la patiente dans la démarche du questionnement oral.

L'étape de l'examen est un moment important dans lequel chaque geste peut sécuriser ou déstabiliser le patient ou la patiente.

Dans mon domaine qui est la gynécologie-obstétrique, je dispose à coté de la salle de consultation d'une salle d'examen, équipée d'un déshabilleur disposant d'une séparation mobile.

En invitant la patiente à se déshabiller, pense-t-on à mettre en place cette séparation pour que la patiente puisse se sentir en sécurité, l'ouverture de cette séparation sera faite par la femme elle-même si elle le souhaite.

L'exigence d'un examen de qualité n'impose pas un déshabillage complet et il est essentiel de s'adapter à chaque patiente en lui faisant comprendre que l'on peut faire un examen complet tout en respectant son souhait, de garder éventuellement un vêtement, un polo etc ...

L'examen clinique est commencé par une approche générale et non pas par l'examen d'emblée de la lésion pour montrer que l'on s'intéresse à l'ensemble de la patiente. Enfin l'examen est précédé d'une explication en se renseignant sur le vécu des examens précédents pour en tenir compte dans sa démarche.

L'examen pelvien associe des gestes, mais aussi le regard et la parole.

Le regard est un moment essentiel pour une patiente qui vient pour une lésion mammaire ou pelvienne. Ce regard ne doit être ni surpris, ni inquiet, ni méprisant, ni reprochant ... En effet, la patiente connaît sa pathologie et elle attend un avis d'un professionnel. Par contre un regard qui pourrait être inquiet ou étonné par un prolapsus majeur par exemple, déstabiliserait de façon définitive la patiente non seulement au niveau de sa future prise en charge mais aussi et de façon beaucoup plus grave dans toute son image corporelle et son identité de femme.

En effet, une lésion isolée, présentée comme un handicap a une répercussion sur la globalité du corps et de la personnalité. Un regard inquiet ou désespéré à ce niveau sera « entendu par la patiente et perçu comme tel, et quelle que soit la qualité de la prise en charge ultérieure, le résultat ne sera jamais satisfaisant ».

Il y a des mots qui tuent, des regards qui tuent !

Le reste du déroulement de l'examen est important puisqu'il est indispensable d'avoir une attention vers la zone examinée mais aussi surtout vers la patiente, son visage, ses réactions. Il y a des mouvements de peau, de visage, de paupières, de bouche qui parlent bien avant les mots et qu'on doit savoir interpréter au questionner pour permettre à la patiente de parler et de dire ce qu'elle ressent ou ce qu'elle pense. En échange le professionnel s'engage à respecter ses attentes.

Tout examen douloureux doit être arrêté mais expliqué pour chercher la cause la plus pernicieuse.

Il y a le regard et il y a les gestes :

- l'examen pelvien que se soit l'utilisation du spéculum, que ce soit le toucher pelvien ne doit jamais être douloureux ;
- le toucher pelvien ne doit jamais s'associer avec un toucher à mains nues du périnée, ni avec des mains appuyées sur la face interne des cuisses ou à plat sur le ventre. Il s'agit là d'un examen médical au besoin si l'examen est difficile, il doit être pratiqué avec des mains gantées.

La parole vient en appui et en renfort du regard et des gestes pour expliciter les étapes et commenter le déroulement de l'examen.

La patiente est ensuite invitée à repasser dans la salle de consultation ;

Si la parole est nécessaire pour commenter et expliciter, elle ne peut être isolée et il est indispensable de s'appuyer sur deux éléments :

1. l'utilisation de schémas pour que l'on puisse se comprendre ;
2. une démarche de réexpression des mots afin qu'on donne à la patiente les mots médicaux qui correspondent aux descriptions qui ont été les siennes.

Il est indispensable dans ce cadre là que le schéma d'accompagnement permette de donner des informations non seulement sur la maladie, sur les traitements, sur la surveillance mais aussi sur les conditions de prise en charge dans la structure où l'on est concernant les urgences ou si il y a une difficulté par rapport à l'une ou l'autre des thérapeutiques mises en place.

Ceci impose un certain nombre de contraintes architecturales telles que la qualité de l'accueil aux consultations, la qualité des salles d'attente, l'isolation

phonique des box de consultations que se soit par l'isolation des murs ou par la mise en place de sonorisation ou d'appareil de télévision, etc ...

Au-delà de la consultation, il y a la partie non verbale dans la consultation médicale avec les hospitalisés que l'on peut noter à travers un certain nombre de signes relativement banaux et pourtant particulièrement importants :

- a) le fait de frapper avant d'entrer dans la chambre, de s'adresser à la patiente et pas à l'équipe qui est autour, d'éviter de faire une conférence devant la patiente qui ne l'intéresse pas mais de se concentrer sur son cas pour discuter de l'aspect général à l'extérieur.
- b) Si l'examen est nécessaire le faire seul ou avec une ou deux personnes pour accompagner et veiller à ce que cet examen se fasse dans une chambre où il n'y a pas d'autres patients au besoin s'organiser pour voir la patiente dans un bureau séparé.
- c) Quand on voit la patiente délibérément, demander à la voir seule ou avec la personne de son choix de telle façon que ce ne soit pas le médecin qui donne une information à la famille mais la patiente qui le transmette à qui elle le souhaite aussi bien pour les médecins qu'elle a choisi que pour ses proches.
- d) Au besoin il est tout à fait possible de revoir la patiente avec les autres personnes à qui elle souhaite que se soit le médecin qui le dise si elle n'a pas envahi de transmettre cette information, soit en sa présence, soit en dehors de sa présence.
- e) Au niveau de cette consultation hospitalière, des gestes relativement simples comme on a du temps en s'asseyant au besoin sur le bord du lit et de poser la main sur la main ou sur le drap pour dire qu'on est avec elle pour l'accompagner sont aussi particulièrement important.
- f) De la même façon, si l'on sent que les mots utilisés peuvent être difficiles ou mal perçus savoir s'arrêter pour reprendre cet entretien de façon plus isolé dans un bureau etc...

La communication non verbale constitue une dimension trop longtemps ignorée, non prise en compte dans l'évolution de nos pratiques et aussi non enseignée.

Elle a pourtant un rôle essentiel, qui permet de se sentir respecté et écouté et qui donne droit aux patients de parler en donnant un avis reconnu de fait par l'expert. De plus cette démarche permet également au patient de se sentir acteur de la décision thérapeutique et traité comme un égal avec le médecin en terme d'humanité.

En effet, il y a des mots qui tuent, des regards qui dévalorisent définitivement, des gestes qui agressent mais il peut y avoir des regards ou des gestes qui disent « vous avez de la valeur, vous avez de l'importance à mes yeux et je peux si vous le souhaitez vous accompagner avec la compétence qui est la mienne.

Ainsi à travers la façon de gérer la parole et en particulier l'écoute qui alterne avec les mots permettent de dépister la réalité de la question pour laquelle le patiente vient en sachant que parfois il y a la question officielle et celle qu'on n'ose pas annoncer (une douleur qui cache un problème de sexualité ...).

Cette attitude est essentielle pour aller chercher à travers les mots de tous les jours la valence médicale de ce qu'ils révèlent et que nous avons à réexprimer pour les patients.

La communication non verbale dans la relation soignant-soigné m'apparaît comme un nouvel enjeu et quelque part une obligation pour ne pas dire un nouvel espace éthique qui impose une réflexion et une formation.

Ceci était peut-être sous-jacent dans la loi 2002.

Fondamentalement on peut considérer que la communication non verbale est essentiellement une attitude, un regard, une façon de penser, qui donne à celui qui est en face de nous le sentiment réel d'être reconnu, écouté, respecté si possible accompagné.

Elle devient ainsi un appui essentiel de la parole, du professionnel qu'elle rend crédible et respectable.

On peut dire je crois aujourd'hui que la communication non verbale pose la question d'une éthique de la communication et de la relation.

La maladie met en rupture par rapport à son (notre) corps, à l'image et à l'idée que l'on s'en faisait par rapport à son (notre) environnement matériel, humain et temporel... la maladie sépare...

Comment la médecine, le médecin peut-il proposer une reconstruction possible, une cicatrisation et faciliter le rétablissement de liens avec soi-même (nous-même) et son (notre) environnement ?

Dans ce parcours, si le rôle de la parole partagée ne peut être négligé, il me semble exister une place privilégiée pour une attitude, une démarche, un regard posé sur l'autre et échangé.

Ainsi, au-delà du motif initial de consultation, apparaît la nécessité d'une prise en charge en « globalité » de la personne (qui n'est jamais globale, chacun ayant à protéger son espace intérieur, certaines données n'étant partagées que des années plus tard... ou jamais) pour aller de l'avant (connaissance de son histoire, de son environnement... personnel, philosophique, spirituel).

Le médecin apparaît ici avec la compétence professionnelle qui lui est propre pour rendre à l'autre sa propre compétence... c'est un peu comme l'initiation à l'escalade !

Si les nouvelles technologies de la communication ont permis de révolutionner certaines prises en charge en solutionnant des problèmes de distance ou parfois de rapidité, elles ne peuvent faire l'économie d'une réflexion dans ce domaine, que dire :

- d'une annonce faite lors d'une visio-conférence,
- d'une « grimace » de l'échographiste,
- d'un changement de ton ou de rythme dans le commentaire, si ceci est en direct.

Il faut savoir éviter certains examens en présence des patients ou les réaliser avec des professionnels entraînés à ces procédures avec des réunions ultérieures, ou avec une préparation préalable... par exemple.

Le temps de la maturation personnelle dans l'annonce d'un diagnostic est nécessaire.

Certains diagnostics donnés très rapidement ne libèrent souvent que les méde