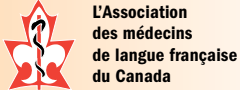


Sont représentés au conseil de rédaction de MedActual DPC



L'Association des médecins de langue française du Canada



La faculté de médecine de l'Université Laval



Le Collège québécois des médecins de famille

Conseil de rédaction et révision scientifique

Président du conseil

**Dr François Croteau**



Omnipraticien, hôpital Santa-Cabrini, Montréal;  
Membre du Comité de formation médicale continue de l'Association des médecins de langue française du Canada;  
Directeur médical aux Éditions Santé Rogers Media.

**Dre Johanne Blais**



Membre du Conseil de FMC de la faculté de médecine de l'Université Laval;  
Responsable du Comité de FMC du dépt. de médecine familiale de l'Université Laval;  
Professeur adjoint de clinique, CHUQ, hôpital Saint-François d'Assise.

**Dr Roger Ladouceur**



Responsable du Plan d'autogestion de DPC, Collège des médecins du Québec;  
Professeur agrégé de clinique du dépt. de médecine familiale de l'Université de Montréal;  
Médecin de famille, Hôpital de Verdun du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

**Dre Francine Léger**



Médecin de famille;  
Chargé d'enseignement clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal;  
Service de périnatalité du CHUM.

**Dre Diane Poirier**



Médecin, M.Sc.;  
Chef du service des soins intensifs au CSSS Richelieu-Yamaska;  
Professeur d'enseignement clinique au CHUS;  
Membre du comité de FPC de l'AMLF.

## Le dialogue au rendez-vous

# Les indices que les patients offrent aux médecins sont-ils pris en compte ?

Par Claude Richard, Ph. D.\*, et Dre Marie-Thérèse Lussier, MD\*\*

Il est recommandé aux médecins d'écouter l'histoire que les patients leur racontent. Et pour cause. On estime qu'environ 85 % des diagnostics en médecine générale peuvent être posés sur la base de l'analyse des symptômes<sup>1</sup>. Bien écouter est donc une habileté essentielle à maîtriser. Dans cette chronique, nous voudrions attirer votre attention sur les indices (cues) que donne le patient durant la consultation et qui indiquent qu'il a plus à dire que ce qu'il a dit explicitement. Les indices donnés par le patient sont souvent nombreux et les contraintes de temps empêchent le médecin de tous les explorer. Il doit faire des choix. Dans cette chronique, nous nous sommes inspirés d'un article de Simon Cocksedg et de Carl May intitulé « The listening loop: a model of choice about cues within primary care consultations »<sup>2</sup>.



### La nature des « indices » donnés par les patients

Un indice, qu'il soit de nature verbale ou non verbale, constitue toujours un signe porteur de sens transmis par le patient et par lequel il tente d'alerter le médecin sur la présence d'une inquiétude ou d'un questionnement. Sa valeur tient cependant à l'analyse que le médecin en fait. Il y a une part inévitable de « spéculation » et le médecin prend toujours un certain « risque » en proposant un lien. Le sens prêté à l'indice doit donc toujours être vérifié.

**Voici un exemple où le médecin propose un sens en réponse à un indice non verbal qu'il décide de relever :**

*Le médecin observe que le patient grimace au moment où il décrit le traitement qu'il suggère. Il interprète la grimace comme l'expression d'une inquiétude du patient à l'égard du traitement.*

**Médecin** – Ce traitement semble vous inquiéter.

**Patient** – Non, pas du tout, je viens de voir l'heure sur l'horloge derrière vous et je constate que je vais être en retard pour la garderie.

L'aspect allusif ou de non-dit de l'indice (comme l'ensemble du non-verbal) est important pour le patient, car cela lui permet de « tester » la réaction de son vis-à-vis tout en se gardant la possibilité de reculer s'il ne se sent pas prêt à aborder le sujet lorsque le médecin le relèvera. Par cette stratégie, il se réserve le droit d'en parler ou non sans avoir l'air de refuser une demande de son médecin d'élaborer. Ce faisant, il évite de menacer la relation avec son médecin en refusant son ouverture.

Le tableau I (page suivante) présente des exemples d'indices que les

patients peuvent donner durant leurs rencontres avec un médecin.

### Deux raisons pour le médecin de s'occuper des indices

Les indices peuvent servir le médecin de deux manières. D'abord, ils peuvent révéler la personne dans ce qu'elle est, c'est-à-dire ses caractéristiques stables comme son niveau d'éducation, sa personnalité, etc. Cet usage des indices, bien qu'important, ne fait pas l'objet du présent article. Les indices permettent aussi d'identifier une difficulté vécue par le patient lorsque celui-ci n'arrive pas à l'exprimer directement au cours de la consultation. C'est le cas du changement de « pattern de consultation » ou d'un changement dans la façon habituelle de se comporter durant la consultation (par exemple, un patient qui se présente toujours vêtu de

#### Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition d'un indice et sa fonction dans une entrevue.
- Identifier un indice verbal et non verbal.
- Reconnaître l'importance de relever et de répondre aux indices dans le contexte de l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

#### Mots-clés

Communication, indices.

\* **Ph. D., membre associé de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.**

\*\* **M.Sc., B.Sc., FCMFC, professeur agrégé, département de médecine familiale de l'Université de Montréal; membre de l'Équipe de recherche en soins de première ligne de la Cité de la santé de Laval.**

## Le Plan de DPC en questions

→ Cette semaine

**5. Tous les plans de DPC sont-ils semblables (sinon, en quoi diffèrent-ils)? page 28**

(Suite à la page 26)

(Suite de la page 25)

manière impeccable arrivant en tenue négligée). Cette déviation de « l'habituel » devient une façon d'indiquer au médecin que quelque chose ne va pas. Aussi, une question hors contexte, la répétition d'un énoncé, une question de poignée de porte sont autant de façons d'indiquer au médecin une préoccupation, une hésitation ou même un désaccord.

### Réagir ou non aux indices

Puisque rien n'a été dit explicitement par le patient, le médecin peut prétendre ne rien relever ! Personne ne peut l'accuser d'avoir ignoré sciemment des informations fournies par

**Tableau I : Exemples de comportements qui peuvent être des indices**

#### Indices non verbaux

1. Une augmentation de la fréquence des rendez-vous.
2. Un changement de la nature des raisons de consultation (p. ex., un problème trivial qui serait habituellement réglé de manière autonome par le patient).
3. La manière de s'habiller, en incluant le maquillage et l'usage de parures.
4. Le langage corporel : nervosité, tics, rigidité de la posture, p. ex., assis au bord de la chaise.
5. Le paralinguistique : le ton de la voix (élévation ou abaissement), le débit (les hésitations, l'accélération), etc.

#### Indices verbaux

1. Le choix des mots, le vocabulaire utilisé, la manière de prononcer, etc.
2. Le propos hors contexte.
3. La question de poignée de porte.
4. Des propos soudainement très vagues.
5. Une demande de renseignement pour « quelqu'un d'autre ».

**Tableau II : Motivations du médecin pour ne pas relever ou explorer un indice**

- La surcharge de travail
- Son humeur
- Le fait d'aimer ou non son patient
- Le fait de trouver le patient irritant
- C'est le dernier patient de la journée et il a hâte de terminer
- Il pense savoir de quoi souffre le patient
- L'impression générale que donne le patient contredit les indices
- L'expérience du médecin contredit les indices présentés par le patient
- L'indice ne cadre pas avec les hypothèses du médecin

le patient. La responsabilité du médecin est engagée lorsque des propos sont formellement tenus devant lui. Mais si rien n'a été dit explicitement, cela n'a pas été dit !

Puisque ce sont des indices, ils peuvent être ignorés par le médecin qui se contente de poursuivre l'entrevue en ne tenant compte que du discours explicite du patient. Il y a plusieurs manières de négliger les indices fournis par le patient. La principale manière est de simplement les ignorer. Parmi les autres, on peut reporter la discussion à plus tard, rassurer prématurément, interrompre, changer de sujet, normaliser les propos, etc. Malheureusement, la décision de ne pas relever un indice tient davantage à des pressions externes à la consultation qui n'ont rien à voir avec la santé du patient (tableau II). Le risque, à ce moment, est de passer à côté d'une information importante.

**Un indice, qu'il soit de nature verbale ou non verbale, constitue toujours un signe porteur de sens transmis par le patient et par lequel il tente d'alerter le médecin sur la présence d'une inquiétude ou d'un questionnement.**

D'autre part, le médecin ne peut explorer tous les indices présents lors d'une consultation, il doit faire des choix. Ainsi, face aux indices donnés par les patients, il est utile que le médecin se donne une stratégie pour les traiter.

La première tâche du médecin est d'identifier un ou des indices pertinents, potentiellement porteurs d'informations utiles sur la maladie ou l'expérience de la maladie. La deuxième tâche est de décider s'il explore ces indices. Il est possible que l'objet vers lequel pointe l'indice ne revête pas un caractère essentiel qui, du point de vue du médecin, exigerait une exploration immédiate. Enfin, la troisième tâche du médecin, s'il a décidé d'explorer l'indice, est d'identifier à quel moment il doit cesser son exploration active. Habituellement, ce moment se présente lorsque les propos du patient n'apportent plus aucune contribution à la compréhension du problème.

#### Un contexte particulier où les indices doivent être relevés

Le contexte de l'annonce d'une mauvaise nouvelle doit inciter le médecin à une plus grande attention aux indices que fournit le patient. En effet, dans ce contexte, le patient peut être en état de choc émotif et il se peut que



## Vignette clinique

Mme Marcelino, âgée de 55 ans, mariée, ayant une scolarité de secondaire, fumeuse, se présente seule chez son médecin de famille pour obtenir les résultats d'une tomodensitométrie pulmonaire effectuée dans le contexte d'une toux chronique et de quelques épisodes récents (le dernier mois) d'expectorations brunâtres. Son mari est retenu par son travail et sa fille unique est à l'extérieur du pays. Nous rejoignons le Dr Ruel et Mme Marcelino au moment où ce dernier commence à lui expliquer les résultats...

<b>MD</b>	Le scan pulmonaire révèle une anomalie.	<i>Le médecin lui montre une petite tache blanche au lobe inférieur droit.</i>
<b>Pte</b>	Une anomalie ?	<i>Sa voix tremble un peu. (I) Ce premier indice devrait alerter le médecin que l'annonce sera difficile.</i>
<b>MD</b>	Oui, c'est un nodule.	<i>Il donne l'information.</i>
<b>Pte</b>	Est-ce que c'est un cancer ?	<i>Son visage a perdu toute expression et sa voix est chevrotante. (I) Un nouvel indice qui révèle les inquiétudes de la patiente.</i>
<b>MD</b>	L'image au scan ne me permet pas de savoir si c'est un nodule cancéreux. Nous allons devoir vous faire voir par le spécialiste.	<i>Il donne l'information sur le ton de la conversation. Le médecin ne relève pas du tout l'inquiétude et se contente de donner une information technique qui, par ailleurs, est juste.</i>
<b>Pte</b>	Voir un spécialiste ?	<i>Écho de la fin de la phrase du médecin.</i>
<b>MD</b>	Je vais faire les arrangements pour vous faire rencontrer le pneumologue rapidement pour qu'il fasse une bronchoscopie.	<i>L'information est donnée sur le ton de la conversation. Le médecin ne relève pas du tout l'inquiétude et se contente de donner une information technique qui, par ailleurs, est juste.</i>
<b>Pte</b>	Une bronchoscopie...	<i>Elle répète l'information, sans élaborer ni questionner. Elle devient songeuse. (I)</i>
<b>MD</b>	Oui, un examen pour aller voir l'intérieur de vos bronches et aller chercher un prélèvement du nodule.	<i>Toujours sur le ton de la conversation.</i>
<b>Pte</b>	Ça peut être grave alors ?	<i>Son ton est de plus en plus inquiet.</i>
<b>MD</b>	Je ne peux pas vous dire si c'est grave ou pas avant de connaître les résultats de l'analyse des tissus qui seront prélevés. Lorsque le pneumologue recevra les résultats de la biopsie, il sera alors en mesure de vous dire ce qu'il en est.	<i>Sur le ton de la conversation.</i>
<b>Pte</b>	Bon, qu'est-ce que je dois faire maintenant ?	<i>L'air un peu égaré. Elle donne un indice comme quoi elle n'a pas compris les explications antérieures.</i>
<b>MD</b>	Bien, comme je viens de vous le dire, je vais organiser un rendez-vous avec le spécialiste. Remettez cette requête à la secrétaire et elle vous fixera un rendez-vous avec le pneumologue. Nous nous reverrons après vos examens. Au revoir.	<i>Le médecin manque encore une occasion d'exprimer de l'empathie et, pire encore, exprime une certaine impatience face à l'incompréhension des explications données.</i>

Dans ce cas, nous montrons un médecin plutôt insensible aux différents indices présentés par la patiente : la voix qui tremble, qui devient chevrotante, le visage inexpressif, la patiente qui se contente de répéter l'information donnée... Il est probable que pour ce médecin, il ne faut pas anticiper les résultats de la biopsie, ce qui est tout à fait approprié. Il est sans doute d'avis qu'il ne faut pas dramatiser avant d'avoir le diagnostic. Par ailleurs, il a certainement la certitude qu'il communique clairement et simplement les prochaines étapes de l'investigation et, techniquement, il n'a pas tort. Cependant, il poursuit ses explications sans prendre en compte l'inquiétude légitime exprimée par sa patiente, d'abord indirectement, puis directement lorsqu'elle demande si cela peut être grave. Le médecin fait son travail consciencieusement et il prend toutes les mesures techniques qui s'imposent dans une telle situation clinique. Cependant, il est clair à la lecture de ce verbatim que ses habiletés communicationnelles sont déficitaires et que la patiente, en plus de ne pas se sentir soutenue, devra se faire répéter par la secrétaire les informations par rapport aux prochaines étapes. Du point de vue de la patiente, il est clair que l'expérience de recevoir ce genre de nouvelle aurait pu être moins traumatique.

cet état entraîne des comportements imprévisibles ou indésirables. Lorsqu'un individu reçoit une mauvaise nouvelle, ses processus cognitifs normaux sont également perturbés, il se retrouve alors incapable de traiter correctement les informations. Malheureusement, beaucoup de médecins continuent de discuter avec le patient comme si rien ne se passait, comme s'il avait donné une information banale à un patient en pleine possession de ses moyens. Ce n'est pas banal de recevoir une mauvaise nouvelle. C'est le moment d'être particulièrement attentif aux indices montrant que le patient est perturbé.

### Quels sont ces indices ?

- Le patient devient silencieux.
- Il utilise des phrases courtes.
- Il devient moins loquace.
- Il ne maintient pas le contact visuel.
- Il redemande des explications que vous venez de lui donner.
- Il pose des questions accessoires, sur des détails sans importance.

Un patient qui, à la suite de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, affiche ces comportements est probablement aux prises avec un blocage émotif qui empêche son fonctionnement cognitif normal. Dans ces conditions, le médecin a intérêt à reconnaître les indices, à refléter explicitement au patient sa compréhension de la difficulté de la situation annoncée et de limiter la quantité des informations transmises lors de l'annonce.

Dans la vignette clinique de la page précédente, nous avons vu comment une patiente présente de nombreux indices qui ne sont pas relevés par le médecin qui rate ainsi plusieurs occasions de soutenir la patiente dans un moment difficile.

### Conclusion

En ignorant les indices offerts, le médecin n'a pas reconnu une difficulté émotive et cognitive du patient, mais dans d'autres cas, ces indices pourraient pointer vers des symptômes menant à un autre diagnostic. Une maladie qui passe inaperçue parce que les indices fournis par le patient n'ont pas été reconnus peut constituer une situation dramatique. C'est pourquoi nous espérons avoir attiré votre attention sur l'importance d'être attentif aux indices que le patient vous offre. ■

### Références

1. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Medical Journal* 1975, vol. 2, 486-489.
2. Cocksedge S, May C. The listening loop: a model of choice about cues within primary care consultations. *Medical Education* 2005; 39: 999-1005.

### Autres sources consultées mais non citées

- Groopman J. *How doctors think*. Houghton Mifflin Company, Boston: 2007.
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284: 1021-7.
- Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. ERPI, Montréal, 2005.

# 20.11.08

## RÉSERVEZ CETTE DATE DANS VOTRE AGENDA !

## 5. Tous les plans de DPC sont-ils semblables ? (sinon, en quoi diffèrent-ils ?)

Question : Dre Pauline Desrosiers, réponse : Dr Roger Ladouceur\*

### Le contexte

Le 24 janvier 2007, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a décidé :

- « d'adopter le Plan d'autogestion de développement professionnel continu (DPC) comme outil du maintien de la compétence des médecins »;
- « de rendre disponible aux médecins toute l'information pertinente à la réalisation de leur plan de DPC ».

### Question

Outre son Plan d'autogestion du DPC, le CMQ reconnaît aussi les programmes de maintien de la compétence du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Ces plans sont-ils semblables ? Sinon, qu'est-ce qui les différencie ?

### Réponse

En effet, le CMQ reconnaît trois programmes de DPC :

1. Le plan d'autogestion de DPC du CMQ ou le PADPC de la FMOQ ou tout autre plan approuvé.
2. Le Programme du maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
3. Le Programme du Maintien de la compétence professionnelle (MainPro) du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Vous avez donc le loisir d'utiliser celui qui vous convient.

Ces trois programmes présentent quelques différences. Les programmes du CMQ et de la FMOQ sont basés essentiellement sur une démarche

réflective structurée en fonction de vos besoins de DPC, alors que ceux du CMFC et du CRMCC ont en plus des exigences quant au nombre et au type de crédits minimaux. Ainsi, le CMFC exige que les certifiés cumulent 250 crédits par période de 5 ans, dont un maximum de 125 crédits de Crédits M-2. Au CRMCC, les associés sont tenus d'obtenir au moins 40 unités de formation de développement professionnel continu chaque année et au moins 400 unités par cycle de 5 ans dont un maximum consacré aux activités individuelles non accréditées.

Les tableaux ci-contre comparent les différents plans de DPC et leurs caractéristiques.

Tableau I : Comparaison des Plans de DPC approuvés et reconnus

	Plan du CMQ/PADPC - FMOQ/ autres plans d'autogestion approuvés	CMFC (Mainpro)	CRMCC (MDC)
Évaluation de la pratique	✓	Optionnel	Optionnel
Détermination d'objectifs	✓	Optionnel	Optionnel
Recherche de l'information	✓	Optionnel	Optionnel
Évaluation de l'apprentissage	✓	Optionnel	Optionnel
Synthèse des activités	✓	✓	✓

Tableau II : Les avantages et les désavantages des différents plans de DPC

	Plan du CMQ/PADPC - FMOQ/ autres plans d'autogestion approuvés	CMFC (Mainpro)	CRMCC (MDC)
Exigences	Démarche réflective basée sur une analyse de la pratique en 5 étapes Nombre des crédits requis non spécifié	250 crédits / 5 ans (minimum de 125 Mainpro M-1 ou C)	400 crédits / 5 ans (maximum de 100 Section-2)
Coût	Aucun	Membre: aucun (sinon: 345 \$/an)	Membre: aucun (sinon: 345 \$/an)
Compilation annuelle des activités	Oui	Oui (CQMF)	Oui
Inscription en ligne	FMOQ: oui CMQ*	Oui	Oui

\* Si vous optez pour le plan de DPC du CMQ, vous devrez remplir le formulaire « Plan d'autogestion de développement professionnel continu » accessible en ligne [www.cmq.org](http://www.cmq.org)

### Messages-clés

- Le Plan d'autogestion du DPC du CMQ n'est pas le seul reconnu par le CMQ.
- Le CMQ reconnaît aussi le PADPC de la FMOQ et d'autres programmes d'autogestion ainsi que les programmes du CRMCC et du CMFC.
- Le CMQ n'exige pas un nombre minimal de crédits requis pour le Plan d'autogestion.



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

Le Plan d'autogestion de DPC  
est accessible sur  
le site Internet du CMQ.  
<http://www.cmq.org/>

L'atelier « Le Plan de DPC  
du CMQ » est disponible  
sur demande.

#### Pour information supplémentaire :

\*Roger Ladouceur, MD  
Médecin responsable  
du Plan d'autogestion  
du Développement professionnel  
continu (DPC)  
Collège des médecins du Québec  
**Téléphone:**  
514 933-4441 poste 5296  
**Sans frais:** 1 888 633-3246  
**Télécopieur:** 514 933-4668  
**Courriel:** [rladouceur@cmq.org](mailto:rladouceur@cmq.org)



## Un atelier à votre portée

Conçu par vos pairs

Dr Richard Bergeron  
Dr Francine Borduas  
Dr François Croteau  
Dr Patricia Garel  
Dr André Jacques  
Dr François Goulet  
Dr Roger Ladouceur

### Contexte

En 2007, le Collège des médecins du Québec a adopté le plan de développement professionnel continu (DPC) comme outil de maintien de la compétence. Depuis, le Collège a diffusé beaucoup d'information sur le DPC et sur les différents programmes existants.

Au 1er août 2008, 95 % des membres du Collège avaient adhéré à un plan de DPC, ce qui est un excellent résultat. Grâce à la vigilance de chacun, la profession médicale poursuit son objectif commun de qualité de l'exercice.

### Objectif

La priorité du Collège des médecins du Québec est que chaque médecin adhère à l'un ou l'autre des plans de DPC existants afin de maintenir ses compétences professionnelles.

### Atelier

L'atelier Le plan du Collège... facile est offert gratuitement dans toutes les régions du Québec. Les organisateurs invitent les médecins à ce rendez-vous important afin de bâtir un instrument de travail efficace. Cet atelier convivial et dynamique présente les plans approuvés et traite, notamment, des objectifs de conformité.

**Renseignements : Élane Daveluy**  
**514 933-4441, poste 5296**