

Sont représentés au conseil de rédaction de MedActuel 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 du Groupe Santé, Québec, Rogers Média.



**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

# La science et le plausible dans la consultation médicale

Par Claude Richard\* et Marie-Thérèse Lussier, MD\*\*

Argumenter avec son patient n'a pas bonne presse, car « argumenter » est associé à la querelle, à la dispute. Cependant, argumenter peut être vu tout autrement. De notre point de vue, argumenter vise à montrer, en discutant, ce qui doit être considéré comme préférable ou, au contraire, ce qui doit être considéré comme non souhaitable. En fait, dans le contexte qui nous préoccupe, nous présentons l'argumentation comme une manière de raisonner avec le patient en vue de le convaincre du bien-fondé d'un changement plutôt que l'usage d'artifices verbaux, à la limite vides de contenus et assimilables à de la manipulation. D'ailleurs, la thérapie cognitivo-comportementale, une approche psychothérapeutique maintenant reconnue par la communauté médicale, s'appuie sur la tradition philosophique de l'argumentation.

## Les caractéristiques particulières de l'argumentation dans le contexte d'une consultation médicale

Habituellement, l'usage d'arguments suppose la présence de deux points de vue qui s'affrontent. Dans le cas de la rencontre entre un patient et son médecin, le différend peut être plus subtil, car le patient a déjà adopté, au moins en partie, le point de vue « médical ». En effet, il est venu solliciter librement une consultation avec un médecin. Par cette action, il attribue déjà une compétence au médecin et reconnaît la validité de son approche. Ainsi, le plus souvent, ce n'est pas que le patient soit en désaccord avec les propos du médecin, mais plutôt qu'il n'est pas convaincu ou pas encore décidé de passer à l'action. Ce résultat mène trop souvent, pour le patient, à une perte ou à une diminution des bénéfices potentiels des traitements proposés.

L'examen des arguments échangés entre médecins et patients peut nous aider à comprendre pourquoi l'opinion professionnelle médicale semble avoir si peu d'influence lorsqu'il s'agit de convaincre un patient de passer à l'action.

## Le savoir scientifique et le savoir profane

L'opinion professionnelle du médecin repose sur un savoir scientifique, issu de plusieurs recherches rigoureuses, de multiples vérifications systématiques, et s'appuie sur une pratique réglementée de milliers de médecins. Le médecin vit dans un monde dominé par la science dans lequel les résultats des recherches sont exprimés, entre autres, en termes de probabilités d'événements, de risque absolu et de risque relatif. C'est dans ce cadre que les événements et symptômes de patient sont



interprétés. L'opinion du médecin ne repose pas sur lui-même, ses amis ou ses relations, ou encore sur une documentation médicale reflétant des croyances plus ou moins opaques et marginales.

Or, si le médecin, dans le cadre de sa pratique clinique, réfère à une approche scientifique, le patient, lui, si on fait exception de celui qui a reçu une formation scientifique assez poussée, vit dans le monde du plausible, du vraisemblable. Dans ce monde, les événements sont jugés sur leur vraisemblance, leur « normalité » et leur familiarité (Douglas, 2006). Le patient fait donc des inférences pour interpréter les événements de la sphère santé/maladie à partir des attentes normales et communes dans des conditions familières. Les raisonnements qu'il emploie sont ancrés dans la pratique, dans la vie quotidienne et sur la façon dont il pense que les choses fonctionnent habituellement. C'est ainsi que le patient, très souvent, ne voit pas d'inconvénients à multiplier les approches de soins selon les opportunités et à suivre plusieurs traitements simultanément. Plusieurs patients pratiquent une sorte de pragmatisme de la santé. Pour ceux-là, la valeur pratique est le seul critère de vérité. Si pour ces derniers toutes les opinions se valent, il est évident que, dans les faits, toutes les opinions ne se valent pas. L'opinion médicale dans le domaine de la santé est cer-

tainement l'opinion la plus rigoureuse et fiable dont nous disposons dans ce domaine.

Le monde du vraisemblable et celui de la science ne sont pas nécessairement en harmonie. Ce que l'on observe dans notre quotidien est bien différent des observations systématiques effectuées en science où il devient possible de mettre en évidence des phénomènes qui échappent à une observation « naturelle ».

## Les divergences entre les savoirs scientifique et profane : l'exemple des antibiotiques et des résistances des bactéries

Il n'est pas rare que les patients cessent de prendre leurs antibiotiques avant d'avoir épuisé les comprimés prescrits. Comment peut-on interpréter ce comportement dans le cadre « de la vraisemblance » que nous venons d'aborder? Revenons au quotidien du patient. En règle générale, dans la vie, nous cessons

## Objectifs pédagogiques

- Comprendre les avantages de l'argumentation.
- Savoir utiliser l'argumentation pour soutenir l'action du patient.
- Connaître les divergences entre les savoirs scientifique et profane avec l'exemple de l'antibiorésistance.

## Mots-clés

Argumentation, vraisemblance, science.

- \* 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.

Deux cas de figure peuvent alors se présenter :

1. Le patient a une confiance absolue en son médecin et, peu importe qu'il ne comprenne pas la raison de cette demande, il respecte les consignes.
2. Le patient a assez confiance en son médecin pour prendre les antibiotiques prescrits, mais, lorsque les symptômes disparaissent, il adopte la règle du « lorsqu'un problème apparaît réglé, il cesse d'intervenir » qu'il applique dans sa vie de tous les jours.

Comment contrer le deuxième cas de figure ? L'approche communicationnelle habituelle adoptée par le professionnel de la santé est d'expliquer, de « faire de l'éducation » au patient pour qu'il comprenne le bien-fondé de poursuivre le traitement malgré la fin des symptômes et qu'il agisse, non pas en fonction de son cadre habituel d'analyse, mais en fonction du cadre d'analyse du médecin. Mais devant une telle contradiction, le patient a besoin de conseils qui font du sens pour lui et qui sont logiques selon sa perspective.

**L'argumentation : un outil verbal de plus pour soutenir l'action du patient**

Quels sont les arguments pour inciter un patient à ne pas cesser les antibiotiques lorsque les symptômes disparaissent ? Souvent, le patient applique un principe d'économie

<b>Vignette</b>		
<b>Le médecin a donné l'essentiel des consignes concernant l'antibiotique. Il entreprend la partie où il met en garde contre le fait d'arrêter sa prise avant la fin de la prescription.</b>		
<b>Interlocuteur</b>	<b>Conversation</b>	<b>Commentaire</b>
<b>MD</b>	Il est important que vous preniez l'ensemble des antibiotiques même si vous allez mieux.	Donne la consigne au patient.
<b>Pt</b>	Il faut que je les prenne tous ?	Demande de confirmation.
<b>MD</b>	Oui, même si vous allez mieux.	Confirme et précise.
<b>Pt</b>	Ah...	Exprime un peu d'étonnement car cela ne cadre pas avec la règle du « lorsqu'un problème apparaît réglé, il cesse d'intervenir » qui guide ses actions dans la vie de tous les jours.
<b>MD</b>	Oui, il faut s'assurer d'éliminer toutes les bactéries. Êtes-vous familier avec l'élevage d'animaux ?	En réponse à l'étonnement exprimé, le médecin s'apprête à expliquer. Il va tenter une explication qui peut se raccrocher à une connaissance que le patient accepte déjà.
<b>Pt</b>	Oui, un peu, mes parents vivent encore à la campagne.	Confirme que peut-être le patient est au fait de la réalité qu'il évoquera.
<b>MD</b>	OK, alors voilà ce qui se passe, si un éleveur veut développer une caractéristique particulière d'une race, disons une vache qui donne plus de lait, il identifie les vaches qui donnent plus de lait et les font se reproduire. Il répète l'opération de génération en génération et, à un moment donné, il se retrouve avec des vaches qui donnent plus de lait. Vous êtes d'accord avec cela ?	Le médecin évalue s'il peut tenter de développer son exemple, car le patient vient d'un milieu où il est plausible que l'élevage soit connu. Le médecin développe son exemple.
<b>Pt</b>	Oui, je comprends.	Confirme qu'il comprend.
<b>MD</b>	OK, les antibiotiques peuvent jouer un peu le même rôle que l'éleveur. Je m'explique. Les antibiotiques tuent d'abord les bactéries les plus faibles et s'attaquent en dernier aux bactéries les plus fortes. Vous comprenez ?	Définit l'analogie : vaches = bactéries, éleveur = antibiotique, vaches peu de lait = bactéries faibles, vaches plus de lait = bactéries fortes.
<b>Pt</b>	Oui.	
<b>MD</b>	Si vous arrêtez les antibiotiques avant la fin, vous avez des chances d'avoir éliminé uniquement les bactéries les plus faibles et qu'il reste les bactéries les plus fortes. Par contre, si vous prenez tous les antibiotiques, on est certain d'avoir éliminé toutes les bactéries.	Développe son analogie.
<b>Pt</b>	Oui, mais je vais guérir quand même. Si je vais mieux et que j'arrête les antibiotiques ?	Le patient demande des précisions.
<b>MD</b>	Oui, mais les bactéries survivantes risquent de rester assez longtemps et de prolonger la maladie. De plus, si malheureusement vous contaminez quelqu'un avec une bactérie plus forte, on dit plus résistante, la personne contaminée aura plus de difficulté à s'en débarrasser. Si en plus lui aussi contamine une autre personne avec une bactérie qu'il a renforcée, on finit par se retrouver avec quelque chose de très résistant.	Répond et développe son analogie.
<b>Pt</b>	Oui, je comprends, je dois continuer même si je me sens mieux pour être certain qu'il n'y a plus de bactéries « sur les stéroïdes » qui pourraient aller contaminer quelqu'un d'autre.	Le patient reprend l'exemple et montre sa compréhension.
<b>MD</b>	C'est correct, vous les prendrez jusqu'à la fin ?	Confirme la compréhension du patient et demande explicitement son engagement.
<b>Pt</b>	Oui.	Engagement du patient.

**La rencontre des savoirs scientifique et profane pose des défis majeurs au médecin qui désire faire comprendre un traitement au patient qui, le plus souvent, ne partage pas le bagage scientifique du médecin.**



dans la prise du médicament : « Un médicament, c'est fort, et ça peut devenir nocif si consommé sans raison. » Ne vous a-t-on pas dit quelque chose de semblable lorsque vous étiez enfant ? Les avis du professionnel doivent pouvoir s'intégrer au style de vie du patient, être atteignables et valoir les efforts fournis pour les mettre en œuvre (Doak et coll. 1998). C'est là que les choses se compliquent. Le médecin puise ses explications dans le monde de la science, qu'il lui a fallu plusieurs années à maîtriser. Il doit arriver à en dire assez, mais pas trop, en un langage accessible, pour que le patient ait une compréhension suffisante pour agir.

Pour éviter de forcer le patient à entrer dans le monde complexe de la science pour comprendre le bien-fondé de sa recommandation, il faut que le médecin trouve dans le monde du patient des réalités qui appuieront le fait de continuer « quand même » les antibiotiques. Le défi est donc de trouver dans la réalité du patient le rationnel qu'il recherche et de l'associer au comportement désiré. Il s'agit donc d'associer ce que le patient perçoit comme vraisemblable et de le transposer à la nouvelle situation des antibiotiques. Voilà, dans le concret des échanges, une manière pour le médecin d'être centré sur son patient.

On invoque habituellement deux raisons pour ne pas cesser de prendre les antibiotiques :

1. guérir plus rapidement (vraisemblable, mais justement le patient se considère guéri);
2. ne pas développer des souches de bactéries résistantes aux antibiotiques (« C'est quoi ça ? »).

C'est surtout cette deuxième raison qui pose un problème pour le patient. La consultation médicale est-elle le moment d'introduire la théorie de la sélection naturelle, d'expliquer la notion de résistance aux antibiotiques, d'épidémie à partir de bactéries résistantes, des pandémies possibles, des superantibiotiques à mettre au point ou encore des risques de mourir dans l'avenir d'une banale infection ? Les médecins diront que la durée de la consultation ne permet pas d'élaborer sur ces thèmes importants. Compte tenu des contraintes réelles de la pratique, le médecin n'a pas le luxe de faire de « l'éducation » à propos des mécanismes véritables présidant au développement de bactéries résistantes aux antibiotiques. Cependant, il désire que le patient (et par extension la communauté) bénéficie des avantages du traitement antibiotique qu'il prescrit.

Comment le médecin peut-il améliorer ses chances de convaincre le patient de l'importance de terminer la prescription ? Y a-t-il des analogies qu'il peut utiliser pour échapper à toutes ces explications ? Il n'y a pas beaucoup d'alternatives pour le médecin, soit il connaît déjà une

explication acceptée des patients qu'il peut utiliser pour ce cas, soit il discute avec le patient avec l'objectif de trouver dans son savoir profane un rationnel qu'il pourra utiliser à ses fins. Par exemple, pour la résistance des bactéries, tous ceux qui ont fait du sport savent que l'on peut développer plus de résistance avec de l'entraînement. Cette notion utilisée dans un contexte

sportif pourrait être transposée à un contexte médical.

À la page précédente, nous présentons une vignette où le médecin suggère une analogie qui fait déjà partie du répertoire du patient.

Lorsque le médecin ne connaît pas d'exemples qui font partie du répertoire du patient, il faudra qu'il explore sa réalité pour trouver l'exemple qui saura le

convaincre d'adopter un comportement pour lequel il n'est pas préparé.

## Conclusion

Le savoir scientifique et le savoir profane se rencontrent au quotidien dans l'exercice de la médecine. Cette rencontre pose des défis majeurs au médecin qui désire faire comprendre un traitement au patient qui, le plus souvent, ne partage pas le bagage scientifique du médecin. C'est pourquoi la métaphore et l'analogie peuvent constituer une sorte de pont ou d'interface essentielle entre le médecin et son patient. La rationalité scientifique seule ne pourra permettre une compréhension mutuelle. Comme tout ne peut être dit, les images proposées par le clinicien et

l'établissement d'une relation de confiance compenseront pour les flous. Dans le cadre de la pratique, ironiquement, le médecin en est réduit à offrir une explication « vraisemblable » à son patient et à lui demander de lui faire une confiance « raisonnable ». ■

## Bibliographie

- Doak CC, MPH, Doak LG, PE, Friedell GH, MD, Meade CD, RN, Ph. D. *Improving Comprehension for Cancer Patients with Low Literacy Skills : Strategies for Clinicians. CA : Cancer J Clin 1998; 48; 151-162.*
- Walton D. *Fundamentals of Critical Argumentation. Critical Reasoning and Argumentation. Cambridge University Press 2006. 343 p.*