

## Parler, écouter, écrire: l'art de communiquer en santé

Guide de pratique clinique



#### compétence



INTRODUCTION

Communiquer efficacement dans son contexte professionnel

Introduction	3
I. Communication inhalothérapeute-patient	6
1 Étiquette	8
2 Communication	10
3 Écoute active	16
II. Communication en santé	20
1 Littératie en santé	21
2 Internet en santé	36
III. Communication et adhésion thérapeutique	44
1 Éducation thérapeutique du patient	46
2 Entretien motivationnel	53
IV. Informations complémentaires	67
V. Annexes	70
Exemple 1 Évaluation de la motivation du patient (adulte)	71
Exemple 2 Exemple d'une situation où l'inhalothérapeute adapte son intervention selon l'étape de changement de comportement (adulte)	72
Exemple 3 Plan d'action	78
VI. Crédits et remerciements	79

INTRODUCTION

#### INTRODUCTION

La littérature supporte amplement l'idée qu'une communication efficace améliore globalement la santé des patients¹. Ainsi, communiquer efficacement s'inscrit au cœur de la pratique clinique de l'inhalothérapeute en raison de son influence sur la santé et le bien-être des patients.

#### Considérant que:

- en plus de ses connaissances et de ses compétences cliniques, on fait aussi intervenir la capacité de l'inhalothérapeute à rencontrer un individu, à communiquer avec lui et à l'écouter activement lors de chaque rencontre clinique;
- les individus n'ont pas tous la même capacité à trouver, comprendre, évaluer et communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer leur santé;
- l'inhalothérapeute doit adapter ses interventions selon la capacité de chaque patient à comprendre les informations et explications (littératie) qu'il lui transmet, tout en tenant compte du fait que les patients sont toujours plus nombreux à rechercher de l'information et des conseils relatifs à leur santé sur Internet;
- l'inhalothérapeute clinicien occupe plusieurs rôles (soignant, éducateur, etc.) auprès des patients atteints d'une maladie cardiorespiratoire chronique;
- l'inhalothérapeute doit contribuer à l'éducation des patients afin que ces derniers puissent prendre en charge leur santé et gérer leur maladie de façon la plus autonome possible.

Le présent document aborde donc, dans un premier temps, quelques notions relatives aux habiletés nécessaires à une communication inhalothérapeute—patient de qualité — étiquette, communication verbale, non verbale et écoute active —, lors de rencontres cliniques. Par la suite, c'est la communication en santé qui retient notre attention, particulièrement la littératie en santé et l'utilisation d'Internet. Enfin, sachant que la relation de collaboration entre le patient et les soignants est l'une des variables de l'adhésion thérapeutique du patient² et puisque l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel s'avèrent les deux approches clés d'une bonne adhésion thérapeutique, elles sont tour à tour présentées au dernier chapitre, car elles requièrent des habiletés de communication spécifiques lors de rencontre clinique.

Après l'appropriation des notions contenues dans ce guide, le lecteur devrait être en mesure de *communiquer en santé*. Voici les objectifs recherchés par chapitre.

#### Chapitre 1. Communication inhalothérapeute-patient

- Connaître et appliquer les règles générales de bonne pratique clinique et de conversation sociale (médecine fondée sur l'étiquette).
- Connaître et appliquer les principes de base en communication verbale et non verbale et l'écoute active.

1. WEIR, K. Novembre 2012. «Improving patient-physician communication.» American Psychological Association, vol. 43, n° 10, p. 36. [En ligne] [http://www.apa.org/monitor/2012/11/patient-physician.aspx] (page consultée le 4 août 2014).

2. ARKOWITZ H. WESTRA H.A. MILLER W.R. ROLLNICK S.

psychological problems. 1st edition, New York, Guilford Press.

2008. Motivational Interviewing in the treatment of

**INTRODUCTION** 

#### Chapitre 2. Communication en santé

- Reconnaître l'individu avec un niveau de littératie en santé potentiellement faible.
- Être en mesure de sensibiliser et de conseiller les *e*-patients dans leur recherche en ligne d'information sur la santé.

#### Chapitre 3. Communication et adhésion thérapeutique

• Connaître les deux approches clés d'une bonne adhésion thérapeutique du patient : éducation thérapeutique et entretien motivationnel.

Cela dit, et parce que chacun de ces sujets est à la fois complexe et vaste et que certains d'entre eux doivent faire l'objet d'un apprentissage spécifique, seuls un survol et quelques exemples de mise en application ou de situation sont ici présentés. Si vous souhaitez approfondir vos connaissances et acquérir des compétences sur ces sujets, quelques références et lectures d'intérêt vous sont proposées en fin de document.

#### Questionnaire de formation continue

Aux fins d'application du <u>Règlement sur la formation continue obligatoire</u> des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, l'inhalothérapeute peut se voir reconnaître des heures de formation continue s'il remplit le questionnaire de formation en ligne sur le <u>Campus OPIQ</u>. Rendez-vous au <u>http://www.opiq.qc.ca/</u>, section membre pour vous inscrire. Des frais s'appliquent.

#### Iconographie



Lecture complémentaire suggérée disponible sur Internet



Note complémentaire au texte



Exemple disponible en annexe du chapitre



Texte, illustration ou tableau d'intérêt pour la clientèle pédiatrique et néonatale

INTRODUCTION

#### Information relative à la navigation

De nombreux hyperliens vers un site ou une application Web externes (*YouTube* ou autre) ont été ajoutés au seul bénéfice du lecteur dans le but de lui fournir une information détaillée ou complémentaire. Ainsi exprimé, on comprend qu'**en aucun cas** la présence de ces hyperliens ne signifie que l'OPIQ ou les auteures portent un intérêt (financier ou autre) envers les sites ou applications Web hyperliés (ou leurs propriétaires). De même, l'OPIQ et les auteurs n'assument aucune responsabilité relativement au contenu de ces sites Web, lesquels peuvent changer sans préavis.

Les hyperliens se distinguent dans le texte par une <u>ligne bleue en</u> souligné.



I. Communication inhalothérapeute-patient

#### La communication est l'outil de travail principal de l'intervenant en santé.

Lussier et Richard, 20053

- LUSSIER, M.-T. et C. RICHARD. 2005. La communication professionnelle en santé. Édition du renouveau pédagogique inc., Ville Saint-Laurent, p. 844 (C4).
- 4. *Ibid.*, p. 3.
- 5. Ibid
- 6. STEWART, M. A. 1995. «Effective physician-patient communication and health outcomes: a review.» Canadian Medical Association Journal, vol. 152, nº 9, 1423-1433. [En ligne] [http://www.cmaj.ca/content/152/9/1423. abstract] (consulté le 4 août 2014).
- 7. OPIQ. 2003. Compétences relatives à l'entrée dans la pratique, p. 8-9.
- 8. LUSSIER et RICHARD, op. cit., p. 1.
- 9. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. 2008. Compétences essentielles en santé publique au Canada. Version 1.0 © Sa Majesté la Reine, Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, p. 6-7. [En ligne] [http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf] (page consultée le 4 août 2014).
- FRANK, J.R. et S. BRIEN, (corédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. 2008. Les compétences liées à la sécurité des patients L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé. Ottawa (Ontario), Institut canadien pour la sécurité des patients. [En ligne] [http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/safetyCompetencies/Documents/Les%20
  Comp%C3%A9tences%20li%C3%A9es%20
  %C3%A0%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20
  des%20patients%20%C3%89dition%20originale.pdf] (consulté le 8 avril 2014).
- 11. OPIQ, op. cit.

#### I. COMMUNICATION INHALOTHÉRAPEUTE-PATIENT

La communication entre le professionnel et les patients est un indicateur important dans l'interprétation de la qualité des soins reçus<sup>4</sup> et certains comportements communicationnels ont une influence positive sur l'état physique et psychologique des patients<sup>5,6</sup>.

L'OPIQ a d'ailleurs désigné la communication dans un contexte professionnel comme la toute première des dix compétences à maîtriser à l'entrée dans la pratique de l'inhalothérapeute (tableau 1)<sup>7</sup>. Ainsi, les habiletés relationnelles et communicationnelles s'inscrivent-elles aujourd'hui parmi les compétences cliniques essentielles pour les inhalothérapeutes, tout comme de nombreux autres professionnels de la santé <sup>8</sup>. De plus, l'Agence de la santé publique du Canada <sup>9</sup> a établi que la communication était l'une des compétences essentielles en santé publique alors que l'Institut canadien pour la sécurité des patients <sup>10</sup> a défini la communication efficace comme l'un des éléments de renforcement pour la sécurité des patients.

Tableau 1. Éléments de la compétence en communication 1.

Compétence	Éléments de la compétence (pertinents au sujet)
	<ul> <li>Établir une relation d'aide avec l'usager et son entourage:</li> <li>démontrer de l'empathie envers l'usager</li> <li>pratiquer l'écoute active</li> </ul>
	<ul> <li>Évaluer la capacité de l'usager à s'adapter et à contribuer à ses soins</li> </ul>
Communiquer efficacement dans un contexte professionnel	<ul> <li>Enseigner à l'usager et à son entourage la prévention, les soins et l'utilisation des équipements requis</li> </ul>
	<ul> <li>Évaluer la compréhension de l'usager quant à l'enseignement reçu</li> </ul>
	<ul> <li>Résoudre des problèmes de relations interpersonnelles</li> </ul>
	Promouvoir la santé cardiorespiratoire

La présente section aborde dans un premier temps les règles générales de bonne pratique clinique et de conversation sociale, aussi nommée l'étiquette. Par la suite, c'est la communication verbale et non verbale qui retient l'attention. Enfin, l'écoute active vient clore ce sujet.

Il est à noter que les textes qui suivent n'ont pas pour objectif de fournir une formule de communication « passe-partout » à l'inhalothérapeute, mais plutôt de lui offrir quelques repères portant sur la communication interpersonnelle et la communication en santé.

12. L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. Décembre 2010. «Améliorer la communication médecin-patient.» [En ligne] [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset\_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/physician-patient-communication-making-it-better] (consulté le 22 janvier 2015).

13. TRUDEAU, J.-B. 10 février 2012. Conférence plénière:
«L'urgence de bien communiquer... entre nous!»
Colloque Les urgences débordent encore... et toujours?
Analyses et pistes de solutions. Québec, présentation
PowerPoint, diapositive 18. [En ligne] [http://www.agiuq.ca/images/resume-conference/2012/coll2012\_06.pdf]
(consulté le 8 avril 2014)

#### Le saviez-vous?

1. Les compétences qui décrivent les connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à une communication efficace doivent évoluer au même rythme que la pratique clinique de l'inhalothérapie et s'y adapter.

I. Communication inhalothérapeute-patient

- 2. En 2010, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM)<sup>12</sup> analysait des données liées aux incidents médicolégaux portant sur la communication médecin–patient. Cela a permis de cerner les principaux thèmes liés à la communication et de souligner l'importance de:
  - établir un rapport avec le patient;
  - communiquer de façon claire, honnête, directe en temps opportun;
  - pratiquer l'écoute active;
  - faire preuve de politesse et de sensibilité;
  - vérifier la compréhension qu'a le patient du diagnostic ou des options thérapeutiques.
- 3. La qualité de la communication 13:
  - augmente la satisfaction/diminue le nombre de plaintes;
  - améliore la collecte de données;
  - accroît l'observance au traitement et les résultats cliniques.

À titre d'exemple, une bonne communication permet d'établir un lien de confiance entre le patient et le professionnel de la santé et, de ce fait, le patient abordera plus aisément ses symptômes et ses difficultés avec la maladie ou la thérapie.

I. Communication inhalothérapeute-patient

## Soignons (aussi) notre communication.

#### Peter Tate, 2005<sup>14</sup>

- 14. TATE, P. 2005. Soigner (aussi) sa communication: la relation médecinpatient. Trad. de l'anglais par Françoise Anthouard-Trémolières, Bruxelles, Édition De Boeck Université, p. 1 (C1).
- 15. Adapté de LUSSIER et RICHARD, *op. cit.*, p. 198-199, 298-314.
- KAHN, M. W. 2008. «Etiquette-based medicine.» N Engl J Med, 358, 1988-1989. [En ligne] [http://www.nejm. org/doi/full/10.1056/NEJMp0801863] (consulté le 4 août 2014).
- 17. L'ASSOCIATION CANADIENNE
  DE PROTECTION MÉDICALE.
  Communication axée sur le patient. Se faire
  comprendre. Comment faire tomber les
  barrières. [En ligne] [http://www.
  cmpa-acpm.ca/cmpapdO4/docs/ela/
  goodpracticesguide/pages/
  communication/Patient-centred\_
  communication/overcoming\_barriers-f.
  html] (consulté le 4 août 2014).

#### 1. ÉTIQUETTE

Inspirées de Lussier et Richard (2005), voici quelques règles générales de bonne pratique clinique et de conversation sociale à respecter pour une médecine fondée sur l'étiquette 15,16,17.

#### Début de la rencontre:

- frappez à la porte et annoncez-vous avant d'entrer dans la pièce ou la salle d'examen, lorsque possible;
- saluer le patient (et sa famille ou son aidant naturel);
- se présenter, préciser son rôle et la nature de la visite;
- commencer la rencontre sur un ton plus formel à l'aide du vouvoiement.
  - 1. Pour se sentir à l'aise, le patient doit savoir qui s'adresse à lui et ce que le clinicien fera des informations qu'il lui transmet.
  - 2. À l'évidence, dans certaines circonstances et avec le temps, le ton peut devenir plus informel. Pourtant, si l'on peut tutoyer un enfant ou un adolescent, tutoyer un adulte dans un contexte professionnel peut être perçu par certains comme une attitude paternaliste ou condescendante, voire un manque de respect.

    C'est particulièrement vrai avec les gens plus âgés.



#### Au cours de la rencontre:

- accorder le temps nécessaire à un échange de qualité;
- encourager le patient à porter ses prothèses auditives et visuelles au besoin;
- donner des explications quant aux gestes posés;
- fournir des explications lors de situations particulières (p. ex. un bruit inattendu d'un appareil);
- prévenir le patient avant de procéder à un examen physique et en expliquer la raison;
- respecter l'intimité du patient;
- garder une distance physique d'usage;
- montrer de l'intérêt envers le patient;
- écouter activement le patient;
- inviter le patient (et sa famille ou son aidant naturel) à poser des questions;
- résumer ses propos régulièrement;
- faire preuve de respect.

 $I.\ Communication\ in halo th\'er apeute-patient$ 

#### Fin de la rencontre:

- résumer la rencontre;
- vérifier la compréhension du patient (et de sa famille ou de son aidant naturel) en lui demandant de répéter dans ses mots ce qui lui a été dit ou expliqué;
- inviter le patient (et sa famille ou son aidant naturel) à poser des guestions;
- faire un suivi à propos de l'adhésion thérapeutique, s'il y a lieu;
- proposer un plan de traitement ou d'intervention adapté;
- s'entendre avec le patient sur les prochaines étapes, y compris le suivi;
- saluer le patient (et sa famille ou son aidant naturel).

#### Particularités pédiatriques 18

- Laisser à l'enfant le temps de se mettre à l'aise avant toute intervention (clinique, éducative, etc.).
- La présence parentale est reconnue cruciale pour l'enfant, car elle contribue à diminuer son stress et facilite son adaptation à l'intervention proposée.
- Les parents doivent être soutenus par les intervenants impliqués dans les soins de leur enfant. Cela favorise le développement et le maintien de leur rôle parental et de leur implication dans la prise en charge des soins reliés à une maladie chronique.



#### Le saviez-vous?

- 1. L'importance et le temps consacré à chacune de ces étapes varient, notamment selon le contexte (salle d'urgence par rapport à clinique de suivi), la condition clinique du patient (instable ou stable) et la raison de la rencontre (première rencontre ou suivi régulier).
- 2. L'impression que le patient conserve de sa rencontre avec le professionnel est souvent tributaire de la manière dont elle s'est terminée.
- 3. Il est préférable de faire preuve de patience afin de NE PAS rassurer, moraliser, conseiller, consoler, argumenter, questionner ou esquiver le patient trop vite<sup>19</sup>.
- 19. MARCOUX, L. 2014. Recueil de textes pour le cours psychologie de la santé (PSY-1012), Trois-Rivières, Copibec, 84 p. pages 65 à 73.

18. FAILLE, M.-H. Mai 2005. Développement de l'enfant et approche de soins en

PowerPoint, diapositives 4 et 8.

*pédiatrie*. CHU Sainte-Justine, présentation

I. Communication inhalothérapeute-patient

### On ne peut pas ne pas communiquer.

Paul Watzlawick, 2011<sup>20</sup>

- 20. WATZLAWICK, P., BEAVIN BAVELAS, J., JACKSON, D.D. 2011, Praamatics of Human Communication: A Studu of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes. New York, W. W. Norton & Company, p. 30. [En ligne] [http://books. google.ca/books?id=Ob9UAgAAQBAJ&p g=PA56&dq=Pragmatics+of+human+co mmunication.+A+study+of+interactional+ patterns,+pathologies+and+paradoxes,+o ne+can+not+not+communicate&hl=fr&sa =X&ei=2L\_fU8DdBobksATq5oLoDQ&ved =OCBOQ6AEwAA#v=onepage&q=Pragm atics%20of%20human%20 communication.%20A%20study%20 of%20interactional%20patterns%2C%20 pathologies%20and%20pa]]] radoxes%2C%2Oone%2Ocan%2Onot%2O not%20communicate&f=false] (consulté le 4 août 2014).
- 21. Adapté de LUSSIER et RICHARD, *op. cit.*, p. 298-314.
- 22. L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, op. cit.

#### 2. COMMUNICATION

Dans le cadre d'une discussion entre l'inhalothérapeute et le patient, la communication se veut d'abord un outil de collecte et de transmission d'information. Placé en contexte d'approche centrée sur le patient, ce moment représente aussi une occasion de connaître et comprendre la perspective du patient. De même, dans ce type d'approche, la communication s'utilise comme un outil de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

#### 2.1 Communication verbale

Toute conversation doit respecter les principes de base en communication verbale 21,22.

#### Stratégies à adopter:

- o s'adresser directement à l'interlocuteur;
- utiliser des phrases courtes construites sur le modèle groupe nominal (sujet) – groupe verbal (prédicat) – groupe complément;
- o employer des mots simples, courts et d'usage courant;
- recourir à des illustrations au besoin (certains patients sont plus visuels que d'autres);
- o articuler clairement;
- o poser des questions ouvertes;
- o laisser le patient terminer son discours, ne pas l'interrompre;
- o pratiquer l'écoute active;
- o inviter le patient à poser des questions;
- o encourager le patient à exprimer ses émotions;
- o répéter et résumer régulièrement.

- 23. Adapté DE MARIA, C., LUSSIER M.-T., BAJCAR, J. 2011. «What do children know about medications? A review of the literature to guide clinical practice». Can Fam Physician, 57: 291-5. [En ligne] [http://www.cfp.ca/content/57/3/291.full. pdf+html] (consulté le 4 août 2014).
- 24. Adapté de FAILLE, *op. cit.*, diapositives 8-11, 14 et 15.
- 25. Adapté de DERUT, V. 2004. La communication au cœur de la pédiatrie.
  Travail de fin d'études, Institut de formation en soins infirmiers du Centre hospitalier spécialisé Les Murets. p. 25. [En ligne]
  [http://www.infirmiers.com/pdf/memoirevanessa.pdf]
  (consulté le 10 novembre 2012).
- 26. LUSSIER et RICHARD, op. cit., p. 343.

#### Stratégies adaptées à la clientèle pédiatrique 23, 24, 25, 26

- tutoyer l'enfant et l'appeler par son prénom;
- inclure l'enfant dans la discussion:
  - o pour les jeunes enfants, interagir occasionnellement en passant une remarque ou en lui posant une question;
  - o pour les plus vieux, les considérer à titre de participant actif;

I. Communication inhalothérapeute-patient

- parler d'un ton calme;
- si l'enfant semble timide, parler aux parents;
- utiliser des mots qu'il comprendra;
- communiquer à l'enfant vos intentions;
- s'intéresser à la réalité de l'enfant (frère, sœur, animal, activité préférée, etc.);
- utiliser le jeu (langage universel), car il s'agit de l'une des formes les plus importantes de communication. Il peut donc s'avérer une technique efficace pour établir un lien avec l'enfant;
- être honnête, expliquer à l'enfant les sensations désagréables en toute franchise. Le rassurer sans lui mentir;
- inviter l'enfant et les parents à poser des questions et à exprimer leurs préoccupations;
- les stratégies de communication efficaces auprès des adultes s'appliquent dans la communication avec les parents.



I. Communication inhalothérapeute-patient

#### Stratégies à éviter:

- parler trop vite;
- utiliser la double négation (p. ex. «je ne vous demande pas de ne pas le faire»);
- utiliser le jargon médical;
- utiliser des acronymes tels qu'AOS, MPOC ou autres;
- tenir un discours infantilisant, ce qui serait une insulte à l'intelligence du patient et un manque de respect;
- surcharger d'information et de recommandations: il faut être conscient du fait que, dans cette «avalanche» d'information, le patient ne retiendra que quelques éléments;
- poser la question : «Avez-vous compris ?» Gardez en tête que la réponse risque d'être positive, même s'il n'a pas compris.

La conversation, d'ordre social ou médical, peut être à l'origine d'incompréhension et les sources sont multiples. Voici deux exemples relevés avec justesse par Lussier et Richard (2005)<sup>27</sup>:

- certains termes ne revêtent pas le même sens pour tous les individus. En effet, les mots peuvent avoir un sens différent selon la perception, la représentation, la culture, les référents sociaux de chacun, etc.;
- chez la personne âgée, le vieillissement peut causer une baisse de l'acuité auditive. Celle-ci est de plus aggravée par une diminution de la capacité de mémoire de travail et de la vitesse de traitement de l'information reçue.

#### Le saviez-vous?

- 1. Bien que la collecte et la transmission d'informations brutes soient nécessaires en pratique clinique, elles ne tiennent compte ni de la communication non verbale ni de l'interprétation différente des mots qui pourraient être faites<sup>28</sup>.
- 2. Le mutisme est aussi lourd de sens que la logorrhée (discours abondant, confus et interminable), et le non-dit et les omissions sont tout aussi significatifs que la parole<sup>29</sup>. En règle générale, il ne faut pas tenir pour acquis que le silence du patient est synonyme de compréhension<sup>30</sup>.
- 3. À l'évidence, on reconnaît qu'une communication inefficace entre l'inhalothérapeute et son patient n'est pas sans conséquence pour ce dernier (p. ex.: compréhension erronée d'une consigne, mauvaise utilisation de l'appareillage, etc.).

27. LUSSIER et RICHARD, op. cit., p. 49.

- 28. BOUSQUET, M.-A. Juin 2013. Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Fiche nº 18: éléments de communication. Thèse de médecine, Paris. [En ligne] [http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur\_fiche/820/fichier\_fiche18\_element\_de\_communication19b77.pdf] (consulté le 4 août 2014).
- 29. AUROUSSEAU, C. Hiver 2008.

  Communication interpersonnelle dans les milieux de santé. Notes de cours, Université du Québec à Montréal.
- 30. LUSSIER, M.-T. et C. RICHARD. Septembre 2011. La littératie en matière de santé: comment adapter sa communication professionnelle ? Conférence au 38° congrès annuel, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, présentation *Powerpoint*, diapositive 46.

I. Communication inhalothérapeute-patient

#### 31. AUROUSSEAU, op. cit.

- 32. JUNOD, N. et J. SOMMER. 2013.

  Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation. Hôpitaux universitaires de Genève, Stratégies 2013, n° 31, p. 10. [En ligne] [http://www.hug-qe.ch/sites/interhug/files/structures/medecine\_de\_premier\_recours/documents/infos\_soignants/approches\_bon\_deroulement\_consultation.pdf] (consulté le 4 août 2014).
- 33. LUSSIER et RICHARD, La communication professionnelle en santé, op. cit., p. 48.
- 34. *Ibid.*, p. 48 et 175-177.
- 35. VINCENT, J.-L. 1997. «Communication in the ICU». *Intensive Care Med*, 23: 1093-1098.
- 36. CORMIER, S. 2006. La communication et la gestion. 2° édition revue et corrigée, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec. p. 33.

#### 2.2 Communication non verbale

Nous savons que la communication n'est pas que l'apanage de la parole, puisque les comportements ont également valeurs de discours <sup>31</sup>. Dans les faits, et bien au-delà des mots, l'attitude, les mouvements du corps, le contact visuel, l'expression du visage, le ton de la voix, le toucher et l'utilisation de l'espace et de la distance entre l'inhalothérapeute et le patient sont également porteurs de messages. Parce que ces comportements non verbaux peuvent soit renforcer, correspondre ou contredire la communication verbale, il est important d'en tenir compte et de viser une adéquation entre communication verbale et non verbale <sup>32</sup>. S'il y a discordance entre les deux, ce sera l'information transmise de façon non verbale qui primera <sup>33</sup>.

La communication non verbale renseigne sur autrui et comporte de nombreux aspects. Parmi ceux-ci, soulignons <sup>34, 35, 36</sup>:

- l'apparence vestimentaire (indicateur potentiel de professionnalisme):
   l'existence de règles dans certains établissements port d'un uniforme ou d'un sarrau obligatoire ou non vient rehausser l'importance pour l'inhalothérapeute de se présenter et de préciser son titre professionnel au patient (et à sa famille ou à son aidant naturel);
- la posture: lorsque c'est possible, et selon le contexte, il est préférable de s'asseoir plutôt que rester debout, car cela donne l'impression d'avoir plus de temps pour discuter et écouter;
- les expressions du visage: un patient peut interpréter un visage figé comme une absence d'émotions ou le désir de les masquer;
- le regard est un repère déterminant pouvant véhiculer messages et émotions :
  - une discordance entre un regard inquiet et un discours rassurant peut être décelée par le patient;
  - o le regard fuyant est parfois interprété comme un indice d'insincérité;
  - si possible, maintenir un contact visuel, mais sans nécessairement fixer le patient dans les yeux;
- le toucher: à moins que cela ne soit requis (p. ex. l'examen physique, l'installation d'une canule nasale), le toucher devrait être évité d'emblée, et ceci peut être particulièrement indiqué lorsque le professionnel est seul avec le patient. Cela dit, dans certains cas, le toucher peut être de mise lorsque l'on désire communiquer de l'empathie (p. ex. mettre la main sur l'épaule du patient) ou attirer l'attention sur un aspect important du message que l'on transmet (p. ex. démontrer une respiration abdominale en comparaison à une respiration thoracique).

Ainsi exprimé, l'on comprend aisément que, bien malgré lui, l'inhalothérapeute transmet une série de messages non verbaux au patient en lui indiquant, par exemple, qu'il est un professionnel à l'écoute, disponible et empathique, et ce, avant même qu'il n'ait prononcé un seul mot!

I. Communication inhalothérapeute-patient

14

#### 37. Adapté de FAILLE, *op. cit.*, diapositives 8 et 12.

38. DERUT, op. cit., p. 25.

#### Particularités pédiatriques 37, 38

- Éviter le geste brusque ou rapide, le contact visuel prolongé, car cela peut sembler menaçant ou envahissant.
- Sourire est une forme d'expression qui soutient la confiance et la tendresse qu'on accorde à l'enfant.
- Toucher l'enfant est généralement une approche chaleureuse et rassurante pour celui-ci.
- Se placer au niveau des yeux de l'enfant pour discuter avec lui et intervenir.
- Utiliser un jouet (hochet ou autre) adapté et sécuritaire pour approcher ou distraire l'enfant en bas âge, au besoin.
- S'aider au besoin d'une poupée ou d'un toutou pour montrer à l'enfant ce qu'on va lui faire, pour diminuer sa peur et le rassurer.
- Favoriser la présence des parents, car elle rappelle à l'enfant qu'il n'est pas seul et que ceux qui l'aiment et dont il a confiance sont avec lui.
- Adapter l'environnement afin que l'enfant se sente en sécurité et en confiance. À titre d'exemple :
  - éviter d'exposer seringue et aiguille, lorsque possible;
  - o ranger le matériel inutilisé plutôt que de le laisser ici et là sur un comptoir ou le bureau.



I. Communication inhalothérapeute-patient

- 39. JUNOD et SOMMER, op. cit., p. 10.
- 40. Adapté de CHEEK, B. 2006. «Non verbal communication» du site gp-training.net—the GP education and training resource. [En ligne] [http://www.gp-training.net/training/communication\_skills/calgary/nonverbal.htm] (consulté le 4 août 2014).
- 41. Ibid.
- 42. LUSSIER et RICHARD, op. cit., p. 48 et 305.
- 43. BOUSQUET, op. cit.
- 44. CORMIER, op. cit., p. 84.

#### Le saviez-vous?

- 1. La communication non verbale nous fournit de l'information relative au patient, mais l'inverse est aussi vrai. Il faut donc être conscient de notre propre expression non verbale.
- 2. Parce que certaines pensées ou émotions sont plus difficiles à exprimer en mots, un patient pourrait l'exprimer plus facilement par un comportement non verbal<sup>39</sup>. De même, et à l'opposé, si un ressenti peut être tu, il peut être plus difficile à masquer. C'est pourquoi il peut être utile d'identifier de tels comportements et de les valider<sup>40</sup>. Par exemple:
  - «Vous semblez embêté en ce moment ai-je raison?»
  - «Vous me dites ne pas avoir de douleur en ce moment, pourtant votre corps m'apparaît crispé de douleur est-ce que je me trompe?»
- 3. Selon le contexte clinique, il peut être plus approprié de retarder la consultation de vos notes ou la rédaction de celles-ci afin de maintenir un contact visuel avec le patient qui s'adresse à nous<sup>41</sup>.
- 4. Le corps sert également à véhiculer un message. En effet, le langage du corps domine dans la communication (55 %), suivi de près par les caractéristiques de la voix et les indices paralinguistiques (38 %) et, en dernier lieu, les mots (7 %) 42. Conséquemment, ce que dit le clinicien peut être important, mais sa façon de l'exprimer est porteuse des signaux que le patient va recevoir et interpréter 43.
- 5. Certains comportements non verbaux (regard désapprobateur, tapotement des doigts, absence de contact visuel, froncement des sourcils ou maintien d'activités parallèles) peuvent véhiculer un message de désaccord, de mépris, de désintérêt ou d'impatience<sup>44</sup>.

I. Communication inhalothérapeute-patient

#### Parler est un besoin, écouter est un art.

Johann Wolfgang Von Goethe (s.d.)

- 45. CORMIER, op. cit., p. 59 et 76.
- 46. ROGERS, C.R. et R.E. FARSON. 1987. «Active Listening.» Extrait de Communication in Business Today. R. G. Newman, M. A. Danziger et M. Cohen, Ed. Washington, D.C.: Heath and Company. [En ligne] [http://www.go-get. org/pdf/Rogers\_Farson.pdf] (consulté le 4 août 2014).
- 47. CORMIER, op. cit., p. 76.
- 48. *Ibid.*, p. 83-85.
- 49. BIOY, A., BOURGEOIS, F., NÈGRE, I. 2003. La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Éditions Bréal, Île-de-France, p. 31. [En ligne] [http://books. google.ca/books?id=6GEw4v\_EsKQC&pri ntsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f =false] (consulté le 4 août 2014).
- 50. CAP SANTÉ OUTAOUAIS. L'écoute active.
  [En ligne] [http://www.capsante-outaouais.
  org/ecoute-active/theorie]
  (consulté le 4 août 2014).
- 51. CORMIER, op. cit., p. 76.
- 52. CAP SANTÉ OUTAOUAIS, op. cit.
- 53. ORGANISME TEL-ÉCOUTE-TEL-AÎNÉS. Site Internet. [En ligne] [http://tel-ecoute. org/formation/] (consulté le 5 février 2015).
- 54. DECHIÈVRE, D. 2006. Empathie: utopie?
  Paris, Éditions Publibook, p. 45-46. [En ligne] [http://books.google.ca/books?id=YA Mhl8tqLM8C&pg=PA45&dq=%C3%A9coute+active,+rogers&hl=fr&sa=X&ei=Ama1 U6yQBcrisASyy4HAAq&ved=OCBOQ6A EwAA#v=onepage&q=%C3%A9coute%20 active%2C%2Orogers&f=false] (consulté le 4 août 2014).
- 55. Adapté de BOURRELLY, R. 2011. La bible de l'efficacité professionnelle. Paris, Éditions d'Organisation Groupe Eyrolles, fiche n° 26, p. 166-168. [En ligne] [https://books.google.ca/books?id=HVLFBavl9lkC&pg=PA166&lpg=PA166&dq=Bourrelly,+E%3DMC2&source=bl&ots=lnPU6-sH31&sig=quiCDmCd1JqF5GhYYpllFNkGzA0&hl=fr&sa=X&ei=hs\_UVlvfM8HksASS8ILAAq&ved=OCDwQ6AEwBA#v=onepage&q=Bourrelly%2C%20E%3DMC2&f=false] (consulté le 5 février 2015).
- 56. CORMIER, op. cit., p. 83-85.

#### 3. ÉCOUTE ACTIVE

Identifiée comme l'un des indicateurs importants dans l'interprétation de la qualité de soins que reçoit le patient, l'écoute fait partie intégrante d'une communication efficace. Si elle est au cœur de la compétence interpersonnelle, elle est aussi l'habileté de communication qui semble la moins développée<sup>45</sup>.

L'écoute active est un concept développé à partir des travaux de Carl R. Rogers, lequel a aussi développé l'approche centrée sur la personne. Véritable agent de changement <sup>46</sup> qui a fait ses preuves dans plusieurs domaines, l'écoute active vise à soutenir l'individu dans la résolution de ses difficultés <sup>47</sup>.

Pouvant se définir entre autres comme un ensemble d'interventions visant à encourager l'expression de l'autre 48, l'écoute active est fondamentale dans toute relation d'aide. Elle permet de percevoir — bien au-delà des mots — les craintes, les forces, les doutes, les certitudes, les faiblesses et les éléments d'équilibre de celui qui nous parle 49. Toutefois, si l'écoute active semble évidente à faire, il n'en est rien en pratique professionnelle.

Concrètement, l'écoute active s'exerce en adoptant un ensemble d'attitudes et de techniques dans un effort conscient pour entendre au-delà des mots ce que dit l'individu 50. À l'opposé de l'écoute passive, ce type d'écoute se veut un effort actif, qui demande du temps et de l'énergie 51. Elle exige que l'on porte son attention sur l'autre afin de l'amener à prendre conscience, par lui-même et à son rythme, de ses besoins, de ses attentes, de ses possibilités et, ultimement, de mieux s'assumer ou se prendre en charge 52,53.

L'écoute active ne signifie pas intervenir dans la conversation pour conseiller ou diriger. Elle signifie plutôt accueillir le message transmis par l'autre, le comprendre, s'en souvenir et surtout, en tenir compte par la suite <sup>54</sup>.



On s'en doute, il n'y a pas de formule magique pour mettre en pratique l'écoute active. Néanmoins, voici un aide mnémotechnique pouvant être utile dans la compréhension et la pratique de cette écoute bienveillante <sup>55,56</sup> (tableau 2).

I. Communication inhalothérapeute-patient

Tableau 2. E = MC<sup>2</sup> comme aide mnémotechnique au concept d'écoute active <sup>57,58</sup>.

57. Adapte	é de BOURRELLY, <i>op. cit.</i> , p. 166-168.
58 CORM	IIER on cit n 83-85

		E=MC <sup>2</sup>
E	Écouter l'autre	Lorsque l'on pratique l'écoute active, il faut évidemment écouter. Cela suppose que l'on écoute jusqu'au bout et que l'on ne coupe pas la parole de celui qui nous parle, afin de ne pas perdre une information qui pourrait être importante. Cela permet d'indiquer, par la même occasion, que l'on est activement à son écoute.
M	Montrer que l'on est à l'écoute	Montrer que l'on est à l'écoute de l'autre peut être aussi important que l'acte d'écouter en soi.  Cela contribuera, notamment, à encourager l'expression de l'autre.
		<ul> <li>Pour y arriver, certains comportements peuvent être utilisés:</li> <li>garder le silence;</li> <li>regarder l'individu dans les yeux;</li> <li>hocher la tête en signe d'approbation;</li> <li>prendre des notes Sans toutefois que cela se transforme en transcription de texte, ce qui aura pour effet d'altérer le contact visuel et notre capacité de questionner l'autre.</li> </ul>
C <sup>2</sup>	Considérer le non-dit	Nous l'avons vu précédemment, le contenu d'un message ne passe pas que par les mots. L'observation attentive de l'autre permettra de savoir s'il pense vraiment ce qu'il nous dit.
	Comprendre ce qui a été dit	Donner une rétroaction quant à notre compréhension de ce que l'individu nous a dit est l'un des éléments essentiels à toute bonne communication.  Cela fera comprendre à l'autre que ses propos ont été compris avec justesse ou, dans le cas contraire, qu'il devra répéter, nuancer, élaborer plus avant ou illustrer différemment tel ou tel propos.
		<ul> <li>Pour y arriver, certaines techniques de communication peuvent être utilisées dont, notamment:         <ul> <li>le questionnement: cette technique permet un libre développement des propos de l'autre. Elle permet de «faire dire » plutôt que « dire ».</li> <li>La reformulation: cette technique, particulièrement utile à la suite d'un long ou lourd dialogue, consiste à dire, en ses propres mots, l'essentiel du message de l'autre. Elle n'est toutefois pas un résumé de tout ce qui a été exprimé par l'autre ni une répétition d'un quelconque propos entendu ou de la dernière phrase.</li> </ul> </li> </ul>

59. DECHIÈVRE, op. cit., p. 49. 60. AUROUSSEAU, op. cit.

- 61. DECHIÈVRE, op. cit., p. 45.
- 62. CORMIER, op. cit., p. 60.
- 63. L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, op. cit.

• Il faut éviter d'adopter un comportement non verbal d'écoute active (contact visuel, hochement de tête, etc.), alors qu'en fait on écoute peu ou pas et que l'esprit est branché sur autre chose que le contenu du message<sup>59</sup>.

I. Communication inhalothérapeute-patient

 Si l'on manque de temps, plutôt que d'offrir un semblant d'écoute, il est préférable d'informer clairement le patient du temps dont nous disposons et, si possible, de convenir d'une rencontre ultérieure 60.



#### Le saviez-vous 61, 62, 63?

- 1. L'écoute est le vecteur de l'empathie et de la compréhension.
- 2. La qualité de la réponse dépend souvent de la qualité de la question!
- 3. Le facteur le plus important de l'écoute ne réside pas dans l'habileté à faire valoir son point de vue, mais plutôt dans l'habileté à saisir le point de vue de l'autre.
- 4. Il importe que des efforts raisonnables soient déployés pour écouter les préoccupations du patient relatives à sa santé.
- 5. Même lorsque l'on fait l'effort d'écouter activement, un patient peut se dire insatisfait parce qu'il a eu l'impression que l'on était trop occupé ou désintéressé.
- 6. Lorsque le patient se sent écouté activement, il percevra le professionnel comme un individu attentif et consciencieux, non pas distrait et à l'écart.

#### **RAPPEL**

L'inhalothérapeute doit documenter toute discussion avec le patient (sous forme de synthèse) au dossier de celui-ci. En plus d'être primordial pour assurer la continuité des soins et des services rendus, cela demeure la meilleure preuve de la teneur des propos échangés avec le patient (sa famille ou son aidant naturel) et permet aussi d'éviter toute interprétation erronée ou tout imbroglio.

I. Communication inhalothérapeute-patient



#### En résumé

La rencontre clinique doit minimalement respecter les règles générales de bonne pratique clinique et de conversation sociale (règles d'étiquette). Comme toute bonne histoire, elle possède un début et une fin.

Si la communication se veut d'abord un outil de collecte et de transmission d'information, elle s'utilise aussi comme outil de prévention, d'éducation et de promotion de la santé. Par ailleurs, la communication peut être verbale ou non verbale. En cas de discordance entre les deux, l'information transmise de façon non verbale l'emporte.

L'écoute est au cœur de la compétence interpersonnelle. Elle fait partie intégrante d'une communication efficace et l'utilisation de techniques incitant l'expression du patient ou signifiant notre compréhension de ce qu'il nous communique doit compter parmi les habiletés communicationnelles de l'inhalothérapeute.

II. Communication en santé

## 64. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. 2013. Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013: premiers résultats de l'évaluation des compétences des adultes, Éditions OCDE, p. 103. [En ligne] [http://www.oecd.org/fr/sites/piaac-fr/Skills%20(FR)--eBook\_Final\_B%C3%AOT\_06%20dec%202013).pdf] (consulté le 4 août 2014).

#### 65. Ibid.

- 66. CONSEIL CANADIEN SUR
  L'APPRENTISSAGE. Février 2008.
  Littératie en santé au Canada: une
  question de bien-être. Ottawa, CCA, p. 31.
  [En ligne] [http://www.ccl-cca.ca/pdfs/
  HealthLiteracy/
  HealthLiteracy/ReportFeb2008F.pdf]
  (consulté le 26 janvier 2015).
- 67. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
  D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE
  SERVICES SOCIAUX. Novembre 2010.
  Un « nouveau » concept: la littératie. Cité
  par LARAMÉ, P. [En ligne] [http://www.
  aqesss.qc.ca/fr/blogues.
  aspx?tag=Disponibilit%E9,%20
  accessibilit%E9%20et%20organisation&s
  ortcode=1.1.10.11.11&blogid=9]
  (consulté le 4 août 2014).

#### II. COMMUNICATION EN SANTÉ

Rencontre avec son professionnel de la santé, dépliants, revues, sites ou applications Web, ordonnances médicales, posologie, etc., les sources d'information en santé sont certes nombreuses, mais sont-elles comprises par la population canadienne? La réponse est non, si l'on se fie aux premiers résultats de l'Évaluation des compétences des adultes (2013) publiés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) 64.

En effet, le score moyen des adultes canadiens (16-65 ans) en matière de compétence en littératie se situe en deçà du niveau 3 (sur une possibilité de 5) 65. Or, le Conseil canadien sur l'apprentissage (2008) a établi à 3 le seuil de compétence minimal requis pour être à même « d'obtenir, de comprendre et d'évaluer adéquatement l'information relative à la santé 66 », ce qui laisse croire du coup qu'un grand nombre de Canadiens éprouvent de la difficulté à comprendre les renseignements sur la santé.

Par ailleurs, selon un sondage réalisé en 2007, près du tiers des professionnels de la santé n'avait jamais entendu parler de « littératie <sup>67</sup> ». Voilà donc une occasion d'améliorer cette statistique!

La présente section aborde dans un premier temps quelques notions de littératie liées à la santé. Par la suite, c'est l'utilisation d'Internet relative à la santé qui vient clore le sujet.

Il est à noter que les textes qui suivent n'ont pas pour objectif de fournir une formule de communication « passe-partout » à l'inhalothérapeute, mais plutôt de lui offrir quelques repères concernant la communication interpersonnelle et la communication en santé.

II. Communication en santé

- 68. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. Le Portail de la littératie en santé Foire aux questions Au sujet de la littératie en santé. [En ligne] [http://www.cpha.ca/fr/programs/portals/h-l/faqs.aspx] (consulté le 4 août 2014).
- 69. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, op. cit., p. 64.

#### 70. Ibid.

- 71. CONSEIL CANADIEN SUR
  L'APPRENTISSAGE. Mesurer les
  compétences en littératie au Canada.
  [En ligne] [http://www.ccl-cca.ca/CCL/
  Reports/LiteracySelfAssessment/
  aboutliteracy-2.html]
  (consulté le 4 août 2014).
- 72. BERNÈCHE, PERRON et TRAORÉ, op. cit., diapositive 4.

73. Adaptée de BERNÈCHE, PERRON et TRAORÉ, *op. cit.*, diapositive 4.

#### 1. LITTÉRATIE EN SANTÉ

Le terme « littératie » seul est un néologisme créé par l'OCDE pour étendre le sens du mot « alphabétisation <sup>68</sup> ». Il englobe une variété de compétences, depuis le décodage de mots et de phrases jusqu'à la compréhension, l'interprétation et l'évaluation de textes complexes. Il n'inclut toutefois pas la production de textes <sup>69</sup>.

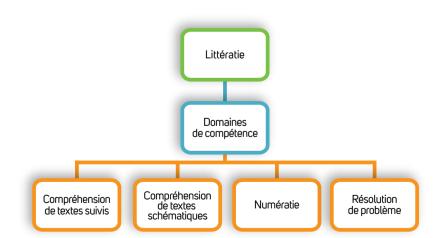
#### 1.1 Littératie et numératie

La littératie se définit comme la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'engager dans des textes écrits pour participer à la société, pour accomplir ses objectifs et pour développer ses connaissances et son potentiel<sup>70</sup>.

La littératie se mesure directement à partir de quatre domaines de compétences 71,72 (illustration 1):

- compréhension de textes suivis: connaissances et compétences nécessaires pour comprendre et utiliser adéquatement l'information figurant dans des documents imprimés;
- 2. compréhension de textes schématiques: capacité de repérer et d'utiliser l'information figurant dans des formulaires, des cartes, des graphiques et des tableaux:
- 3. numératie : capacité de faire appel à des compétences de base en mathématiques pour répondre aux exigences de la vie quotidienne ;
- **4. résolution de problèmes** : capacité de réfléchir et de réagir dans des situations où aucune solution de routine n'existe.

Illustration 1. Domaines de compétence en matière de littératie 73.



74. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, op. cit., p. 69.

75. Ibid.

On distingue six niveaux de littératie (tableau 3)\* 74

#### Tableau 3. Niveaux de littératie\*75

Niveau	Description
<1	<ul> <li>Lire des textes succincts sur des sujets familiers et localiser une information unique de forme identique à la question ou à la consigne.</li> <li>Seul un vocabulaire de base est requis et le lecteur n'a pas besoin de comprendre la structure des phrases ou des paragraphes.</li> <li>Les tâches inférieures au niveau 1 ne font appel à aucune caractéristique propre aux textes numériques.</li> </ul>
1	<ul> <li>Lire des textes numériques ou imprimés continus, non continus ou mixtes relativement courts, afin de trouver une information identique ou synonyme à l'information donnée dans la question ou la consigne. Les textes comprennent peu d'informations contradictoires.</li> <li>Les adultes atteignant ce niveau peuvent remplir des formulaires simples, comprendre le vocabulaire de base, saisir le sens des phrases et lire des textes continus avec une certaine aisance.</li> </ul>
2	<ul> <li>Intégrer au moins deux informations en fonction de critères, les comparer, les mettre en opposition ou engager une réflexion à leur sujet et effectuer des inférences (raisonnements) de faible niveau.</li> <li>Parcourir des textes numériques pour localiser et repérer les informations dans différentes parties d'un document.</li> </ul>
3	<ul> <li>Comprendre et répondre correctement à des textes denses ou longs, continus, non continus, mixtes ou comptant des pages multiples.</li> <li>Comprendre la structure des textes et les procédés rhétoriques; identifier, interpréter ou évaluer une ou plusieurs informations et réaliser des inférences correctes.</li> <li>Réaliser des opérations comprenant plusieurs étapes et sélectionner des données dans des énoncés contradictoires afin de trouver et de formuler les réponses.</li> </ul>
4	<ul> <li>Réaliser des opérations composées de plusieurs étapes afin d'intégrer, d'interpréter ou de synthétiser des informations provenant de textes continus, non continus, mixtes ou multiples, qui peuvent être complexes ou longs, tout en comprenant des informations conditionnelles ou contradictoires.</li> <li>Réaliser des inférences complexes, utiliser leurs connaissances de façon appropriée et interpréter ou évaluer des affirmations et des arguments subtils.</li> </ul>

<sup>\*</sup> Variables selon les auteurs.

 $\bigcirc$ 

II. Communication en santé

#### Tableau 3. Niveaux de littératie\* (suite)

Niveau	Description
5	<ul> <li>Rechercher des informations dans plusieurs textes denses et les intégrer, synthétiser des idées semblables ou contraires ou évaluer des arguments et des preuves.</li> <li>Appliquer et évaluer des modèles logiques et conceptuels, analyser la fiabilité des sources d'information ainsi que sélectionner les informations clés.</li> <li>Reconnaître les marqueurs rhétoriques subtils et effectuer des inférences de haut niveau ou encore des connaissances spécifiques.</li> </ul>

<sup>\*</sup> Variables selon les auteurs.

La numératie se définit pour sa part comme la capacité de localiser, d'utiliser, d'interpréter et de communiquer de l'information et des concepts mathématiques afin de s'engager et de gérer les demandes mathématiques de tout un éventail de situations de la vie adulte<sup>76</sup>.

On distingue six niveaux de numératie\*77 (tableau 4)

Tableau 4. Niveaux de numératie\*78

Niveau	Description		
<1	<ul> <li>Effectuer des opérations très simples, dans des contextes concrets et familiers où le contenu mathématique est explicite et demande de réaliser des processus simples comme compter, classer, exécuter des calculs arithmétiques de base avec des nombres entiers ou de l'argent, ou encore reconnaître des représentations spatiales courantes.</li> </ul>		
1	<ul> <li>Effectuer des opérations mathématiques de base dans des contextes courants et concrets présentant un contenu mathématique explicite avec peu de textes et un nombre limité de distracteurs.</li> <li>Réussir à mener à bien des processus simples ou en une étape, demandant de compter, de classer, d'effectuer des opérations arithmétiques de base, de comprendre des pourcentages simples et de localiser et de reconnaître des éléments de représentations graphiques ou spatiales simples ou courantes.</li> </ul>		

<sup>\*</sup> Variables selon les auteurs.

- 76. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, op. cit., p. 64.
- 77. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, op. cit., p. 83-84.

78. Ibid.

II. Communication en santé



Tableau 4. Niveaux de numératie\* (suite)

	. Invedux de numeratie (Suite)
Niveau	Description
2	<ul> <li>Reconnaître et agir sur des informations et des concepts mathématiques se trouvant dans différents contextes courants dont le contenu mathématique est assez explicite ou visuel, avec relativement peu de distracteurs.</li> <li>Les tâches peuvent demander de procéder en deux étapes ou plus, par exemple effectuer des calculs avec des nombres entiers et des nombres décimaux, des pourcentages et des fractions, des mesures et des représentations spatiales simples, des estimations et interpréter des données et des statistiques relativement simples dans des textes, des tableaux et des graphiques.</li> </ul>
3	<ul> <li>Comprendre des informations mathématiques moins explicites, enfouies dans des contextes parfois non familiers et représentées de façon plus complexe.</li> <li>Réaliser des tâches en plusieurs étapes et pouvant nécessiter de choisir des stratégies de résolution de problème et des processus adaptés.</li> <li>Disposer d'un bon sens des nombres et de l'espace, être à même de reconnaître et d'utiliser les rapports, structures et proportions mathématiques exprimés de façon verbale ou numérique, et d'interpréter et d'analyser de façon sommaire les données et statistiques de textes, tableaux et graphiques.</li> </ul>
4	<ul> <li>Comprendre un large éventail d'informations mathématiques parfois complexes, abstraites ou intégrées dans des contextes inconnus.</li> <li>Mener à bien des tâches en plusieurs étapes et sélectionner les stratégies et processus de résolution de problème appropriés.</li> <li>Effectuer des analyses ou des raisonnements plus complexes au sujet de quantités et de données, de statistiques et de probabilités, de rapports spatiaux, ainsi que sur des changements, des proportions et des formules.</li> <li>Comprendre des arguments et expliquer de façon raisonnée leurs choix et leurs réponses.</li> </ul>
5	<ul> <li>Comprendre des représentations complexes, ainsi que des concepts abstraits, statistiques ou mathématiques classiques, parfois enfouis dans des textes complexes.</li> <li>Intégrer plusieurs types d'information demandant un travail de traduction ou d'interprétation considérable, réaliser des inférences, développer ou utiliser des arguments ou des modèles mathématiques et justifier, évaluer ou réfléchir de façon critique</li> </ul>

<sup>\*</sup> Variables selon les auteurs.

sur leurs solutions ou leurs choix.

II. Communication en santé

#### Comment s'en tire la population canadienne en matière de littératie et de numératie ?

Au Canada, selon la définition de l'OCDE (2013), environ 50 % des adultes canadiens n'atteignent pas le seuil de compétence minimal de 3 (tableau 5)<sup>79</sup>.

À titre d'exemple, un niveau 3 de littératie est nécessaire pour 80 :

- prendre un rendez-vous;
- remplir un formulaire/questionnaire.

81. STATISTIQUE CANADA, op. cit.

79. STATISTIQUE CANADA. © Ministre de l'Industrie. 2013. Les compétences au Canada: premiers résultats du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA). Ottawa,

p. 16 et 20. [En ligne] [http://www.cmec.ca/ Publications/Lists/Publications/ Attachments/315/Canadian-PIAAC-

Report.FR.pdf] (consulté le 4 août 2014).

80. LUSSIER et RICHARD, La littératie en matière de santé : comment adapter...,

op. cit., diapositive 27.

Tableau 5. Pourcentage d'adultes (16-65 ans) atteignant chaque niveau de littératie 81.

Niveau	Littératie		Numératie	
<1	4%		6%	
1	13 %	<b>49</b> %	17 %	53%
2	32%		32%	
3	38 %		33 %	
4	13 %		11%	
5	1%		1%	

Note: les pourcentages ne s'additionnent pas en raison de l'arrondissement.

II. Communication en santé

#### 82. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES,

83. LUSSIER et RICHARD, La littératie en matière de santé: comment adapter..., op. cit., diapositive 34.

op. cit., p. 55.

84. WEISS, B.D. et collab. Novembre/ décembre 2005. «Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign.» Annals of family medicine, vol.3, n° 6, p. 514-522. [En ligne] [http:// www.annfammed.org/content/3/6/514. full.pdf] (consulté le 1 « octobre 2012).

#### Le saviez-vous?

- 1. Les niveaux de compétence en littératie, en numératie et en résolution de problème évoluent au cours de la vie et ne sont pas définitivement fixés en fonction du niveau atteint à la sortie des études. Les activités professionnelles et privées d'un individu, les occasions de formation qui s'offrent à lui ou le processus de vieillissement sont autant de facteurs qui, à des rythmes différents, améliorent ou détériorent le niveau des compétences au fil du temps<sup>82</sup>.
- 2. Un sentiment de honte est souvent associé à un problème de faible littératie 83.
- 3. Différents outils (validés et standardisés) d'évaluation peuvent être utilisés pour évaluer le niveau de littératie d'un individu. Si certains d'entre eux visent à connaître sa capacité à transformer les lettres en mots et à les prononcer par la suite (reconnaissance de mots), d'autres visent à évaluer la capacité d'un individu à comprendre un texte lu. Parmi les outils utilisés, soulignons, sans s'y limiter:
  - Test of Functional Health Literacy in Adults [TOFHLA]: cet outil est utilisé chez l'adulte dans le but d'évaluer le niveau de littératie fonctionnel en santé dans les domaines de la compréhension de texte et de la numératie. Ce test utilise une étiquette de médicament ou une convocation à un rendez-vous et il s'effectue en 22 minutes environ. Il est à noter qu'une version abrégée (domaine de la compréhension de texte seulement) de cet outil est également disponible [S-TOFHLA] et que celui-ci ne requiert que 7 minutes.
  - Newest Vital Sign [NVS] de Weiss: utilisée chez l'adulte, cette méthode de dépistage s'appuie sur l'habileté de l'individu à lire et à utiliser l'information écrite. Cet outil d'évaluation utilise une étiquette de valeur nutritive pour mesurer rapidement le niveau de littératie et il s'exécute en 3 minutes. Appelé « le signe vital le plus récent », il s'est montré fiable et précis pour identifier un niveau de littératie limité <sup>84</sup>.
  - Le Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) offre en exemple un test de littératie qui demande le calcul de la dose quotidienne de Tempra chez un enfant.

Le Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) offre cinq exemples en ligne pour aider à mieux saisir l'éventail des compétences entre les niveaux de littératie 1 et 5.

ÉCHO: exemples de questions d'évaluation.

II. Communication en santé

#### 85. STATISTIQUE CANADA, *op. cit.*, p. 28, 32, 35 et 45

#### 1.2 Compétences de littératie et numératie : population vulnérable au Canada<sup>85</sup>.

Des écarts, parfois importants, divisent la population canadienne et, à ce sujet, au moins quatre groupes d'individus ont été identifiés comme étant plus susceptibles d'avoir un faible niveau de littératie en santé: les individus plus âgés, les personnes peu scolarisées, les populations autochtone et immigrante.

#### Les individus plus âgés

Les compétences sont les plus élevées (niveau ≥ 3) dans le groupe d'âges se situant entre 25 et 34 ans, alors que le score moyen des individus âgés de 55 à 65 ans est de 2. Or, avec l'âge, les gens sont plus susceptibles d'être malades et de devoir prendre des décisions reliées à leur santé, de suivre une thérapie et d'utiliser le système de santé.

#### Les personnes peu scolarisées

Il existe une corrélation étroite et positive entre le niveau de scolarité et la maîtrise des compétences de littératie et de numératie. En effet, cette compétence augmente avec des niveaux de scolarité plus élevés, peu importe la cohorte d'âges.

Les compétences les plus élevées appartiennent aux personnes ayant fait des études postsecondaires — baccalauréat ou niveau supérieur.

#### Population autochtone

De façon générale, la population autochtone affiche des compétences moindres que celles de la population non autochtone; toutefois, l'écart varie considérablement selon les provinces et les territoires.

#### Population immigrante ou de minorité de langue officielle

Les immigrants présentent un niveau de compétence moins élevé que celui de la population née au Canada, et ce, peut-être en raison de l'usage d'une langue maternelle autre que le français ou l'anglais.

#### 1.3 Littératie en santé

Inspiré de nombreuses définitions, et en raison du lien étroit entre la littératie et la santé, un groupe d'experts sur la littératie en matière de santé de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) a défini, en 2008, la littératie en santé comme étant « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie<sup>86</sup>. »

De façon plus spécifique, et s'insérant tel un nouveau domaine de compétence en matière de littératie<sup>87</sup> (illustration 2 à la page 28), l'évaluation de ces compétences a été faite à partir d'un vaste éventail d'activités ou de comportements liés à la santé<sup>88</sup> (tableau 6):

- 86. ROOTMAN, I. et D. GORDON-EL-BIHBETY. 2008. «Vision d'une culture de la santé au Canada. Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en santé ». Association canadienne de santé publique, Ottawa, p. 13. [En ligne] [http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/ report\_f.pdf] (consulté le 4 août 2014).
- 87. BERNÈCHE, PERRON et TRAORÉ, op. cit., diapositive 4.
- 88. CONSEIL CANADIEN SUR
  L'APPRENTISSAGE. Septembre 2007.
  «Littératie en santé. Résultats initiaux
  de l'Enquête internationale sur
  l'alphabétisation et les compétences des
  adultes (EIACA). » [En ligne] [http://www.
  ccl-cca.ca/ccl/Reports/HealthLiteracy/
  HealthLiteracy/2007-2.html]
  (consulté le 4 août 2014).

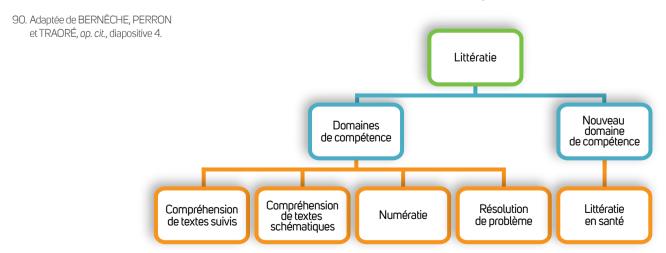
II. Communication en santé

89. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE, Littératie en santé. Résultats initiaux..., op. cit.

Tableau 6. Catégories d'activités ou de comportement liés à la santé et exemples associés 89.

Activités ou comportements liés à la santé	Exemple de document ou de tâche
Promotion de la santé	<ul> <li>Comprendre l'étiquette accompagnant un aliment ou un produit</li> <li>Établir un programme d'exercices</li> </ul>
Protection de la santé	<ul> <li>Comprendre une alerte (publication) en matière de santé et sécurité</li> <li>Choisir un produit parmi plusieurs</li> </ul>
Prévention de la maladie	<ul> <li>Comprendre un document présentant les résultats de test</li> <li>Se soumettre à des tests de dépistage ou de diagnostic</li> </ul>
Soins de santé	<ul> <li>Livrets et brochures d'information, renseignements sur la santé tirés d'Internet</li> <li>Suivre le mode d'emploi d'un médicament ou calculer le moment de la prise du médicament</li> </ul>
Compréhension du système de santé	<ul> <li>Remplir un formulaire de demande</li> <li>Offrir un consentement éclairé</li> </ul>

Illustration 2. Domaines de compétence en matière de littératie 90.



II. Communication en santé

#### Comment s'en tire la population canadienne et québécoise en matière de littératie en santé?

Selon un rapport rendu public par le Conseil canadien sur l'apprentissage (2007), c'est en raison d'un niveau de littératie en santé se situant à deux ou moins (définition EIACA-2003) que 60 % des adultes canadiens sont incapables d'obtenir des renseignements et des services de santé, de les comprendre et d'agir en conséquence, et de prendre eux-mêmes les décisions appropriées relatives à leur santé 91.

#### Carte interactive du Québec (CCA-2003)



Or, on se rappelle que le CCA (2008) a établi au niveau 3 le seuil minimal requis pour être à même d'obtenir, de comprendre et d'évaluer adéquatement l'information relative à la santé 92.

À titre d'exemple, un niveau 3 de littératie est nécessaire pour 93 :

- s'orienter dans le système de santé:
  - o prendre un rendez-vous;
  - se rendre à un rendez-vous;
- interagir avec des professionnels:
  - o présenter clairement son problème;
  - o obtenir les informations pertinentes/utiles sur le problème et sa thérapie;
- remplir un formulaire/questionnaire;
- adhérer à une thérapie :
  - o suivre les directives d'un régime alimentaire;
  - o prendre la dose adéquate d'un médicament et à la bonne fréquence;
  - o faire correctement la dilution d'une substance.

Par ailleurs, et à l'évidence, le risque d'événement indésirable sera moindre si le patient a bien compris les informations et directives fournies par l'inhalothérapeute.

En d'autres mots, un niveau de littératie élevé est porteur de santé et, à l'inverse, un faible niveau de littératie en santé est associé à une moins bonne santé. Ainsi exprimé, l'on comprend que plus le niveau de littératie en santé d'un individu est élevé, plus il sera instruit en matière de santé. Conséquemment, plus il saura comment favoriser sa propre santé et son autonomisation comme dans les exemples suivants:

- adopter de saines habitudes de vie (alimentation, exercices physiques, etc.);
- reconnaître les signes et symptômes de diverses maladies;
- suivre les directives relatives à une épreuve diagnostique;
- comprendre « quand » et « comment » prendre sa médication ou adhérer à sa thérapie.

91. CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE, Littératie en santé au Canada. Résultats initiaux..., op. cit.

L'APPRENTISSAGE, Littératie en santé au Canada..., op. cit. 93. LUSSIER et RICHARD, La littératie en matière de santé: comment adapter...,

92. CONSEIL CANADIEN SUR

II. Communication en santé

# 94. ROTHMAN, R.L. et collab. 2004. «Influence of patient literacy in the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program.» The Journal of the American Medicine Association, vol. 292, p. 1711-16. Cité par le Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007. État de l'apprentissage au Canada. Pas le temps de s'illusionner. Rapport sur l'enseignement au Canada, p. 50. [En ligne] [http://www.ccl-cca.ca/pdfs/SOLR/2007/SOLR\_Report\_Online\_FR.pdf] (consulté le 4 août 2014).

#### Littératie en santé et diabète 94

Pour illustrer l'importance pour le patient d'avoir un niveau de littératie adéquat, le diabète, maladie complexe, est un bon exemple, car il requiert un suivi attentif du taux de glycémie, un régime alimentaire sain, la pratique d'activité physique, la prise de médicaments et, dans bien des cas, l'injection d'insuline. De ce fait, l'individu diabétique doit apprendre à interpréter son niveau de glycémie et l'étiquetage nutritionnel, à planifier un programme d'exercice et à ajuster sa posologie — toutes des tâches exigeant un niveau élevé de littératie en santé — sous peine de conséquences graves telles que cécité, insuffisance rénale, troubles cardiaques et circulatoires.



#### Le saviez-vous?

- 1. La littératie en santé est plus complexe que la littératie générale.

  Pour maîtriser les tâches liées à la littératie en santé, il faut savoir utiliser, souvent simultanément, plus d'une compétence en littératie, par exemple, la compréhension de textes suivis, la compréhension de textes schématiques et la numératie 95.
- 2. Sans grande surprise, les individus âgés de plus de 65 ans, les nouveaux arrivants et les personnes à faible revenu, sous-scolarisées ou qui ne maîtrisent ni l'anglais, ni le français sont les plus susceptibles d'avoir un faible niveau de littératie en santé <sup>96</sup>.
- 3. Le simple fait de lire tous les jours peut entraîner une amélioration de la littératie en santé, de l'ordre de 38 % pour les personnes âgées de 16 à 65 ans et de 52 %, pour celles qui ont 66 ans et plus <sup>97</sup>.
- 4. Des difficultés personnelles, des croyances culturelles ou la stigmatisation sociale peuvent constituer des obstacles à l'amélioration des compétences du patient en littératie en santé <sup>98</sup>.

#### 95. Ibid.

- 96. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE, op. cit.
- 97. CONSEIL CANADIEN SUR
  L'APPRENTISSAGE. Février 2008.
  Littératie en santé. La littératie en santé
  au Canada: Une question de bien-être.
  [En ligne] [http://www.ccl-cca.ca/CCL/
  Reports/HealthLiteracy-2.html]
  (consulté le 4 août 2014).
- 98. ASSOCIATION CANADIENNE
  DE PROTECTION MÉDICALE.
  Septembre 2013. La littératie en santé
   Pour offrir des soins plus sécuritaires.
  [En ligne] [https://www.cmpa-acpm.ca/fr/web/guest/-/health-literacy-an-asset-in-safer-care] (consulté le 4 février 2015).

II. Communication en santé

Enfin, il faut savoir que la littératie en santé fait aussi appel à certaines habiletés communicationnelles chez le patient, car pour trouver et communiquer l'information relative à sa santé (évaluation, diagnostic, options thérapeutiques, pronostic, etc.), il doit d'abord être capable de poser des questions aux professionnels de la santé qu'il rencontre et rechercher parmi les nombreuses ressources disponibles (gouvernement, associations, publications, Internet, etc.) l'information dont il juge avoir besoin.

#### 1.4 Reconnaître l'individu avec un faible niveau de littératie en santé 99, 100

Bien que les préoccupations liées à la littératie en santé ne se limitent pas à des facteurs tels l'âge, la scolarité et les populations, le fait d'en tenir compte peut aider l'inhalothérapeute à adapter ses communications en fonction de sa clientèle. De même, des études ont démontré que les individus de tout âge, de toute race et de tout niveau de revenu et de scolarité peuvent avoir de la difficulté à traiter l'information nécessaire pour prendre des décisions de base en matière de santé.

Conséquemment, certains comportements évocateurs (volontairement ou non) ou des indicateurs d'un niveau de littératie possiblement faible peuvent être mis à contribution pour le clinicien.

Parmi ceux-ci, et sans s'y limiter, soulignons:

#### Comportements évocateurs d'une possible difficulté de compréhension :

- regarder le professionnel dans les yeux lorsque celui-ci lui montre un document écrit (évite de regarder le document);
- arriver à son rendez-vous sans avoir préalablement rempli le formulaire (en totalité ou en partie) tel que requis;
- manquer souvent son rendez-vous ou ne pas donner suite aux examens ou consultation;
- ne jamais faire allusion à l'information qui devait être lue;
- ne jamais noter les consignes par écrit;
- prétendre avoir des problèmes de vision pour éviter de lire (p. ex. dit avoir oublié ses lunettes);
- ne pas poser de questions;
- amener un membre de sa famille pour la lecture d'un document ou pour se faire expliquer les consignes.

#### Indicateurs d'un possible niveau de faible littératie :

- patient semble anxieux en lisant;
- lecture lente et semble représenter un effort:
  - o saute les mots difficiles;
  - o tient la page à l'envers;

99. LUSSIER et RICHARD, La littératie en matière de santé: comment adapter..., op. cit., diapositives 35-36.

100. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, op. cit.

II. Communication en santé

- interprétation littérale des mots (interprétation hors du contexte dans lequel ils sont utilisés);
- difficulté à isoler les concepts importants;
- être incapable de nommer le médicament prescrit, d'expliquer pourquoi il a été prescrit et quand il doit être pris.

#### Le saviez-vous?

- 1. Certains problèmes de littératie en santé sont visibles chez l'individu; d'autres par contre sont plus difficiles à cerner<sup>101</sup>.
- 2. Le rythme parfois effréné de la rencontre peut rendre difficile le repérage d'indicateurs possibles d'un patient incapable de fournir des renseignements justes ou de comprendre certains enjeux propres à sa santé.
- 3. Le fait de demander au patient, de répéter en ses mots ce qui lui a été dit ou expliqué peut aider l'inhalothérapeute à évaluer le niveau de compréhension du patient.
- 4. Avec le temps, le professionnel de la santé oublie qu'il existe un écart entre le vocabulaire qu'il utilise pour discuter de sujet en lien avec son domaine d'expertise et le vocabulaire que le patient utilise 102.

101. ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, op. cit.

102. LUSSIER et RICHARD, La littératie en matière de santé: comment adapter..., op. cit., diapositive 37.



II. Communication en santé

#### 1.5 Communication écrite efficace et accessible

Nous le savons tous, un jargon scientifique, des phrases longues et complexes, un mauvais choix d'outils de communication sont de véritables pièges qui peuvent rendre un message incompréhensible pour certaines populations.

Étant donné que les patients avec les plus faibles niveaux de littératie en santé sont aussi plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé, il importe, d'une part, de bien choisir les informations et explications à transmettre aux patients et, d'autre part, de s'assurer que celles-ci sont présentées dans un contexte (environnement, moment, etc.) et un format (communication verbale, non verbale, écrite ou autre) qui sont à la fois appropriés et optimaux.

Par ailleurs, et selon un article paru en 2013 dans l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), certaines études médicales ont révélé que la plupart des patients oublient jusqu'à 80 % des conseils qui leur sont donnés dès qu'ils quittent le cabinet du médecin ou la clinique <sup>103</sup>. Mieux vaut donc prévoir de la documentation écrite pour nos patients afin de leur permettre de comprendre, de se rappeler du contenu de la discussion et, pourquoi pas, favoriser l'adhésion thérapeutique ou encore encourager l'adoption de saines habitudes de vie par la même occasion!

Pour guider les professionnels de la santé dans la production de communications écrites efficaces et accessibles aux patients, le Bureau de soutien à la communication en santé publique a publié en 2010 neuf astuces <sup>104</sup> (tableau 7). À la suite de l'atelier méthodologique présenté au Journées annuelles de santé publique (JASP) 2011, le Bureau de soutien à la communication en santé publique a aussi publié un guide complémentaire sur la littératie en santé pour des communications écrites compréhensibles (2012). Enfin, l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal (en collaboration avec l'équipe de promotion de la santé du Centre hospitalier universitaire de Montréal) a également mis en ligne en 2014 un lexique de mots alternatifs afin d'aider les professionnels à adopter un langage simple pour des messages plus faciles à comprendre en proposant une vulgarisation des termes médicaux en mots ou expressions plus usuels.

- 103. MEDICAL PROTECTION SOCIETY.
  Août 2003. «Patients don't always
  understand », UK Casebook 3. Cité par
  l'Association canadienne de santé publique
  (ACSP), septembre 2013, La littératie en
  santé Pour offrir des soins plus
  sécuritaires. [En ligne] [https://www.
  cmpa-acpm.ca/fr/-/health-literacy-anasset-in-safer-care] (consulté le 4 février
  2015).
- 104. BEAUREGARD, G. 2010. Littératie en Santé. 9 astuces pour rendre ses communications écrites plus accessibles et efficaces, Bureau de soutien à la communication en santé publique. [En ligne] [http://www.espacecom.qc.ca/ contenus/dossier/liste/Litteratie-ensante/9-astuces-pour-rendre-sescommunications-ecrites-p.aspx] (consulté le 15 décembre 2012).

II. Communication en santé

Tableau 7. Neuf astuces pour rendre ses communications écrites plus accessibles et efficaces. Bureau de soutien à la communication en santé publique 105.

105. BEAUREGARD, op.cit.

#### 1. Allez à l'essentiel.

Déterminez clairement vos objectifs de communication et tenez-vous-y. À trop vouloir en dire, on dilue son message.

#### 2. Mettez-vous dans la peau de la personne à qui vous vous adressez.

Définissez d'abord clairement votre public cible. Une fois que c'est fait, mettez-vous dans la peau de la personne à qui vous vous adressez et restez-y pendant tout le processus. Adoptez sa logique de compréhension et repérez les arguments et les explications parlants et aidants pour elle.

#### 3. Choisissez des mots faciles à comprendre pour votre public cible.

Employez un vocabulaire facile à comprendre et concret pour un non-initié au domaine et évitez le jargon scientifique. Si vous devez absolument utiliser un terme complexe, assurez-vous de l'expliquer clairement et de donner des exemples. Également, si vous employez des acronymes, assurez-vous qu'ils sont clairement présentés à la première utilisation.

#### 4. Faites ça court et simple.

La difficulté de lecture s'explique principalement par des phrases longues et la présence de plusieurs mots difficiles. Pour alléger votre texte :

- tenez-vous à une idée principale par paragraphe, puis à une idée secondaire par phrase;
- limitez la longueur des phrases (entre 15 et 20 mots);
- n'abusez pas d'adverbes et d'adjectifs;
- divisez l'information en courts paragraphes (5 à 6 phrases maximum), eux-mêmes présentés par des sous-titres accrocheurs;
- dans les listes et les tableaux, ne vous limitez qu'aux éléments essentiels à la compréhension;
- une fois terminé, lisez votre texte à haute voix pour vous assurer qu'il coule bien.

#### 5. Dynamisez pour accrocher votre lecteur.

Pour ce faire:

- placez le sujet près du verbe;
- préférez les phrases actives, c'est-à-dire les phrases où le sujet fait l'action, aux phrases passives.

II. Communication en santé

Tableau 7. Neuf astuces pour rendre ses communications écrites plus accessibles et efficaces. Bureau de soutien à la communication en santé publique. (suite)

#### 6. Facilitez le travail de l'œil.

Pour faciliter la lecture :

- dirigez l'œil en utilisant le gras et une typographie plus grosse pour les éléments les plus importants, sans toutefois en abuser;
- évitez de tout écrire en majuscules;
- optez pour une police sans empattement pour une lecture à l'écran (p. ex. Arial) et avec empattement (p. ex. Times New Roman) pour un document imprimé;
- simplifiez la ponctuation (si possible, ne s'en tenir qu'à la virgule et au point);
- évitez les freins à la lecture comme les parenthèses ou les crochets;
- préférez une énumération verticale avec des tirets ou des puces plutôt qu'une énumération sous forme de phrase;
- alignez votre texte à gauche sans le justifier à droite. La justification crée des espaces inégaux entre les mots, ce qui rend la lecture plus difficile;
- aérez la présentation du texte et assurez-vous que le fond contraste avec le texte.

#### 7. Utilisez les données statistiques avec modération.

Bien qu'il soit souvent tentant d'appuyer ses dires avec des statistiques ou des données chiffrées, il convient de les doser en fonction du public à qui l'on s'adresse.

#### 8. Illustrez vos propos judicieusement.

L'idée est d'aider le lecteur et non pas de le distraire. Ainsi, les illustrations ou pictogrammes peuvent faciliter la compréhension dans la mesure où ils sont pertinents et accrocheurs pour le public à qui l'on s'adresse. À l'inverse, s'ils sont difficiles à comprendre ou n'évoquent rien pour le public cible, ils brouilleront la compréhension. Ce qui est illustré paraît plus important. Assurez-vous donc de mettre en valeur les éléments les plus importants.

#### 9. Testez votre communication auprès de votre public cible.

Tester permet de vérifier la compréhension et d'entendre les mots employés par votre public cible pour parler du sujet et d'ajuster votre communication en conséquence.

II. Communication en santé

#### 2. INTERNET EN SANTÉ

Nous l'avons tous constaté au cours des dernières années, la santé occupe une place de plus en plus importante sur Internet. On y recherche, notamment, de l'information relative à la maladie et à la prévention de celle-ci, à son diagnostic et son traitement, lequel tient parfois d'un *miracle de la science*. Ou encore, on y partage son expérience de « malade » avec une communauté d'internautes atteints de la même affection ou d'un même syndrome. De même, Internet favorise le libre accès à des thérapies (p. ex. appareils pour traiter un trouble respiratoire du sommeil) et le partage d'expériences par un forum ou un bloque virtuel.

De plus en plus de patients effectueront une recherche sur Internet avant la rencontre clinique avec leur professionnel de la santé. Ainsi, se sentant mieux informer, ils seront plus enclins à poser des questions, trouvant même parfois surprenant que certaines pistes étiologiques et thérapeutiques explorées ne soient pas abordées en cours de rencontre. De même, nul ne peut exclure l'idée que ces mêmes patients puissent également opter pour l'Internet dans leurs recherches d'informations complémentaires (effets secondaires du médicament prescrit, autres approches thérapeutiques, groupe d'entraide, etc.) suivant leur rencontre avec le clinicien 106. D'ailleurs, ces derniers sont de plus en plus nombreux à s'appuyer sur des ressources disponibles en ligne et, parfois même, à y diriger leurs patients pour un complément d'information 107.

#### 2.1 Patients internautes (e-patients)

Afin de bien cerner les besoins des patients en matière d'information en santé, il faut d'abord savoir qui ils sont.

Les données disponibles à propos des usagers de l'Internet en santé ont mis en évidence deux principaux profils d'individus recherchant de l'information sur le Web $^{108}$ :

- individu en bonne santé et qui en est très soucieux;
- individu vivant avec une maladie chronique (ou de longue durée) ou ayant dans son entourage quelqu'un qui souffre d'une telle maladie.

Même si les individus vivant avec une maladie chronique recherchent de l'information et des conseils en santé sur Internet, cela ne réduit en rien la contribution des professionnels de la santé dans la diffusion d'information et de conseil en santé chez ces mêmes patients. En effet, ceux-ci recherchent de l'information et des conseils relativement à leur santé auprès des ressources variées, selon une étude réalisée par le *Pew Internet and American Life Project* et le *California HealthCare Foundation* (2010)<sup>109</sup> (illustration 3).

- 106. THOËR, C. Janvier 2011. «Internet contribuerait à creuser l'écart entre les personnes en bonne santé et les plus malades ». Portail Internet et Santé. [En ligne] [http://blogsgrms.com/internetsante/2011/01/20/internet-contribuerait-a-creuser-l%e2%80%99ecart-entre-les-personnes-en-bonne-sante-et-les-plus-malades/] (consulté le 4 août 2014).
- 107. THOËR, C. Mai 2011. «Internet et la relation médecin patient: du patient « dérangeant » au patient partenaire ». Portail Internet et Santé. [En ligne] [http://blogsgrms.com/internetsante/2011/05/12/internet-et-la-relation-medecin-patient-du-patient-%C2%ABderangeant%C2%BB-aupatient-partenaire/] (consulté le 4 août 2014).
- 108. THOËR, Internet contribuerait à creuser l'écart.... op. cit.
- 109. FOX, S. et K. PURCELL. Mars 2010.

  «Chronic Disease and the Internet».

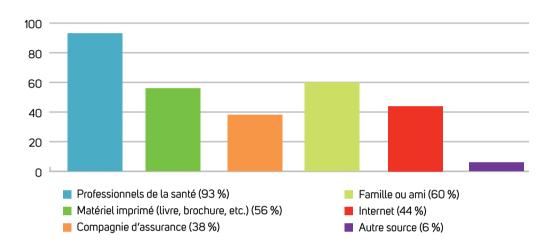
  Pew Internet and American Life Project,
  p. 2-3. [En ligne] [http://www.pewinternet.
  org/~/media//Files/Reports/2010/PIP\_
  Chronic\_Disease\_with\_topline.pdf]
  (consulté le 4 août 2014).

II. Communication en santé

#### 110. FOX et PURCELL, op. cit.

#### Illustration 3. Sources d'information et de conseil en santé 110.

#### Sources d'information et de conseil en santé



#### Le saviez-vous?

Toujours selon l'étude réalisée par le *Pew Internet and American Life Project* et le *California HealthCare Foundation* (2010), l'environnement en ligne d'informations de santé devient mobile. En effet, 17 % des utilisateurs de téléphone portable ont utilisé leur appareil pour consulter de l'information en santé et 9 % ont recours à des applications (*apps* ou *appli*) pour les aider à suivre ou à gérer leur santé <sup>11</sup>.

Pour certains cliniciens, le patient bien informé peut notamment être perçu comme une menace: mésinformation, surinformation, patient exagérément inquiet ou trop exigeant. À l'opposé, les cliniciens qui exercent selon une approche centrée sur le patient considèrent plutôt que la recherche d'e-information ou d'e-conseil peut être bénéfique au patient. En effet, cela l'aide à prévenir et à mieux vivre les problématiques de santé auxquelles il est confronté. Ainsi, dans l'exercice de leur fonction, certains cliniciens n'hésitent pas à diriger leurs patients vers le Web pour un complément d'information 112.

111. FOX, S. et K. PURCELL. Octobre 2010.

«Mobile Health 2010». Pew Internet
and American Life Project, p. 2. [En ligne]
[http://www.pewinternet.org/files/
old-media/Files/Reports/2010/PIP\_
Mobile\_Health\_2010.pdf]
(consulté le 4 août 2014).

112. THOËR, Internet et la relation médecin patient..., op. cit.

II. Communication en santé

113. LUSSIER, M.T. et C. RICHARD. Octobre 2006. «Le dialogue au rendez-vous. Internet et votre patient: un effet sur la consultation?», L'actualité médicale, vol. 6, nº 33, p. 37. [En ligne] [http://edumedic.info/Chroniques/ MedActuel/medactuel\_2006-10-18.pdf] (consulté le 4 août 2014).

114. THOËR, Internet et la relation médecin patient..., op. cit.

- 115. DUTTA-BERGMAN, M.J. 2004. «Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors among Internet Health Information Seekers: Population-Based Survey». J Med Internet Res, 6 (2): e15. [En ligne] [http://www.jmir.org/2004/2/e15/] (consulté le 4 août 2014).
- 116. HEALTH ON THE NET FOUNDATION. 2004-2005. «Analysis of 9<sup>th</sup> HON Survey of Health and Medical Internet Users». [En ligne] [http://www.hon.ch/Survey/ Survey2005/res.html#Ancre1] (consulté le 4 août 2014).

Lussier et Richard (2005) suggèrent, entre autres, deux raisons menant le patient à proposer le résultat de sa recherche en ligne au professionnel de la santé qu'il rencontre <sup>113</sup>:

- le patient croit que le médecin n'a pas cette information, alors il la lui transmet;
- le patient pourrait penser que le médecin n'accorde pas suffisamment d'importance à l'égard d'une telle préoccupation ou d'un questionnement.

À ceci, il faut toutefois y voir un aspect favorable au fait de rencontrer un patient «muni» de documentation médicale. Cela lui permet de jouer un rôle plus actif dans le processus de soins qui le concerne, ne serait-ce que parce qu'il pose plus de questions pendant la rencontre clinique <sup>114</sup>.

#### Le saviez-vous?

Selon une étude d'observation, le patient, qui recherche de l'information et des conseils relatifs à sa santé ou de l'information médicale (médication, maladie ou autre) sur Internet, est enclin à être plus attentif à sa santé et prédisposé à adopter un comportement propice à celle-ci<sup>15</sup>.

Selon une étude menée par la fondation *Health On the Net* (2005), les patients et les professionnels de la santé pensent, entre autres, que l'utilisation d'Internet rehausse les connaissances du patient, améliore la qualité de la rencontre clinique et la communication entre le professionnel et celui-ci ainsi que l'adhésion thérapeutique <sup>116</sup>.

#### 2.2 Références de sites ou applications Web pour les patients

L'information et les conseils virtuels relativement à la santé d'une population sont nombreux sur Internet, de qualité inégale et de sources multiples. Voyons un peu comment s'y retrouver et, surtout, comment guider nos patients dans cette jungle virtuelle.

#### 2.2.1 Sites ou applications Web

Le patient internaute et les professionnels de la santé peuvent consulter une multitude de sites ou d'applications Web lorsqu'ils recherchent une information ou un conseil en santé cardiorespiratoire. Parmi ceux-ci, et sans s'y limiter, soulignons :

- sites gouvernementaux (p. ex.: <u>Santé Canada</u>, <u>Santé et services sociaux</u> <u>Québec</u>, <u>Portail santé mieux-être</u>);
- organismes de réglementation (p. ex.: <u>Ordre professionnel des</u> inhalothérapeutes du Québec, Collège des médecins du Québec);
- sociétés médicales (p. ex.: Société canadienne de thoracologie, Société canadienne de pédiatrie);

II. Communication en santé

39

- organismes bénévoles à but non lucratif (p. ex.: Association pulmonaire du Québec, Société de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) du Québec, SMAT (service de textos de la division québécoise de la Société canadienne du cancer), Conseil québécois sur le tabac et la santé, SOS défi (application du Défi j'arrête, j'y gagne);
- organismes pluridisciplinaires (p. ex.: <u>Professionnels canadiens en santé</u> respiratoires, Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC);
- associations professionnelles (p. ex.: <u>Association québécoise</u>
   d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Association des
   pharmaciens du Canada (Compendium des produits et spécialités
   pharmaceutiques [CPS]);
- fournisseurs/fabricants d'équipement médical;
- pharmaciens/compagnies pharmaceutiques;
- établissements de santé;
  - CHU Sainte-Justine: <u>bibliothèque du CHU Sainte-Justine</u>:
     <u>Guide Info-Famille</u>;
  - o Institut de cardiologie de Montréal;
  - Chaire de transfert de connaissances cœur/poumons, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie du Québec (Université de Laval);
  - o Institut universitaire en santé mentale Douglas: infos santé mentale;
- maisons d'enseignement: site Web Extenso de l'Université de Montréal;
- médias sociaux [forum ou blogue avec ou sans la présence de professionnels de la santé] (p. ex. <u>lagangallumee.com</u>).

Grâce à Internet, les patients peuvent entrer en contact avec d'autres patients, et ce, avec une certaine facilité. Ces échanges entre pairs ont fait l'objet de plusieurs études, lesquelles ont démontré que ces espaces participatifs jouent un rôle de support émotionnel et qu'ils sont des lieux d'échanges sur des sujets comme les pathologies et leurs traitements <sup>117</sup>. Cela dit, si ces échanges entre pairs contribuent à l'autonomisation des patients, certains enjeux importants demeurent, dont, entre autres, la qualité et la validité de l'information véhiculée.

117. THOËR, C. Mai 2011. «Quand les échanges entre pairs facilitent la circulation et la production de connaissances.» Portail Internet et Santé. [En ligne] [http://blogsgrms.com/internetsante/2011/03/17/quand-les-echanges-entre-pairs-facilitent-la-circulation-et-la-production-deconnaissances/] (consulté le 4 août 2014).

II. Communication en santé

#### 2.2.2 Validité de l'e-information en santé

Peu importe ce que l'on en pense, les patients iront rechercher de l'information et des conseils en santé sur Internet. Mais consultent-ils toujours des sites validés, donc fiables, crédibles et vérifiables? La réponse semble être « non ». En effet, selon ce que rapporte l'étude américaine *Online Health Search 2006* (2006) 118, les trois quarts des adultes consultant Internet pour des informations sur la santé ne vérifient pas la validité de la source ou la date de création du contenu.

Cela dit, afin que les patients tirent profit du meilleur d'Internet, l'inhalothérapeute peut jouer un rôle actif en les dirigeant vers des ressources diffusant de l'information validée. Mais encore faut-il être en mesure de les identifier dans cette jungle du Web médical.

Même s'il encourage l'usage d'Internet à ses patients, l'inhalothérapeute doit tenir compte des limites de ses connaissances et s'assurer que les sites ou applications Web qu'il recommande sont appropriés et validés. De même, il doit mettre le patient en garde du fait qu'Internet n'est pas un substitut à une consultation médicale.



Outre les sites Internet mentionnés précédemment, peu de certifications de l'information médicale sont, à ce jour, reconnues. Soulignons, toutefois, les deux systèmes d'agrément suivants:

1. HON Code (Health On the Net): la certification HON Code permet de juger de la qualité des sources d'information, sans toutefois juger de la qualité du contenu d'un site Web. Si l'attestation HON oblige une certaine transparence, à l'égard notamment des sources d'information en santé et de financement, elle oblige aussi au respect de certains principes déontologiques fondamentaux<sup>19</sup>.



2. <u>Health Apps Library</u> (2013): cette librairie regroupe un ensemble d'applications (apps) rencontrant des critères définis par le <u>National Health Service</u> (Royaume-Uni). Appropriées pour la population anglaise, ces applications sont fiables, vérifiables de la source et respectent les règles relatives à l'information véhiculée par l'appli. Il est à noter que seules les applications jugées cliniquement sécuritaires pour la santé sont intégrées dans la bibliothèque 120.

Malgré leurs limites, ces certifications sont tout de même un pas dans la bonne direction. Évidemment, la présence d'une telle certification sur un site Internet ou une application Web dédiés à la santé ne doit pas conduire les internautes à mettre de côté leur sens critique <sup>121</sup>.

119. DUCHARME, É. Mars 2011. «Le système d'accréditation HON soulève certaines critiques.» Portail Internet et Santé.
[En ligne] [http://blogsgrms.com/internetsante/2011/03/17/le-systemed%e2%80%99accreditation-hon-soulevecertaines-critiques/] (consulté le 4 août 2014).

118. FOX, S. «Online Health Search 2006». Pew Internet and American Life Project,

p. iii. [En ligne] [http://www.pewinternet.org/

files/old-media//Files/Reports/2006/ PIP\_Online\_Health\_2006.pdf.pdf]

(consulté le 4 août 2014).

- 120. NATIONAL HEALTH SERVICE. Health Apps Library. [En ligne] [http://apps.nhs. uk/] (consulté le 4 août 2014).
- 121. DUCHARME, op. cit.

II. Communication en santé

#### Le saviez-vous?

- 1. Dans certains établissements de santé, il est possible de diriger le patient (sa famille ou son aidant naturel) vers la bibliothèque parce que l'accès à Internet est disponible et que ce lieu est perçu comme un environnement sécuritaire et accueillant par le patient 122.
  - Le bibliothécaire peut aider les patients à trouver les ressources conseillées par un professionnel de la santé, car il sait identifier les besoins d'information du patient et peut consacrer le temps nécessaire à la recherche d'information puisque cela est au cœur de son travail. De plus, il sélectionne l'information selon des critères précis: autorité de la source, qualité, validité et mise à jour du contenu ainsi que la facilité d'utilisation (littératie).
  - Consulter un intervenant à l'extérieur ou en périphérie de l'équipe de soins encourage le patient à exprimer ses besoins en utilisant ses propres mots (patient participatif), ce qui constitue un avantage non négligeable.
  - Le bibliothécaire peut aussi être une ressource de choix pour le professionnel et, par extension, ses patients. En effet, il peut diriger ou assister l'inhalothérapeute dans sa recherche de ressources appropriées. À titre d'exemple et sans s'y limiter, notons Résumé Cochrane, La boîte à décision de l'Université de Laval, EM|Premium ou autres ressources disponibles à partir de la Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ).
- 2. De nombreuses applications relatives à la santé sont également accessibles pour les *e*-patients mobiles. Encore ici, la validité de la source est à considérer.

122. CLAR, M. 2013. «L'information pour les patients sur Internet: éviter les effets secondaires à l'aide du bibliothécaire. » Communication présentée au colloque La communication au cœur de la e-santé. Opportunités et enjeux pour les patients, les professionnels de la santé et les organisations, 3-4 octobre; Montréal, Canada. [En ligne] [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10092;jsessionid=AA3A1DAE321B732C1FF4594

II. Communication en santé

#### 2.3 Conseils de recherche et d'usage d'Internet

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) met à la disposition des internautes canadiens des conseils relatifs à <u>l'évaluation de l'information sur la santé en ligne 123</u>. Informez-en vos patients!

#### Le saviez-vous?

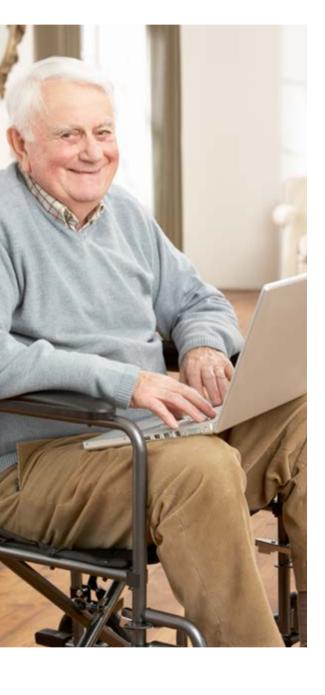
De nombreuses organisations à vocation éducative et médicale fournissent de l'information vulgarisée pouvant faciliter la compréhension du patient (et de sa famille ou de son aidant naturel) devant une problématique de santé en particulier. En voici quelques-unes (liste non limitative).

- Le site francophone PasseportSanté.net offre au grand public de l'information pratique, fiable, objective et indépendante sur la prévention de la maladie et l'acquisition de saines habitudes de vie. La ligne éditoriale se veut la plus objective possible. L'information relative aux différentes approches est présentée de façon factuelle, sans dicter de conduite particulière: le lecteur est le seul maître de ses décisions. Les informations de santé sont rédigées et certifiées par une équipe de médecins, chercheurs et spécialistes et un rigoureux contrôle de la qualité est assuré afin d'offrir un contenu digne de confiance\*.
- Le site Doctissimo est un portail francophone dédié au bien-être et à la santé qui est destiné au grand public. Expliqué dans un langage clair et accessible à tous, le contenu est rédigé par des rédacteurs et des professionnels de santé. Les rédacteurs se sont spécialisés dans un domaine de santé, mais ne sont pas tous des professionnels de la santé. Tout le contenu santé-bien-être est revu et validé par le rédacteur en chef et le directeur médical avant publication\*.

123. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. La littératie en santé. L'évaluation de l'information sur la santé en ligne. [En ligne] [http://www.cpha.ca/fr/programs/portals/h-l/web.aspx] (consulté le 8 avril 2014).

<sup>\*</sup> Selon l'information disponible au moment de la rédaction.

II. Communication en santé



#### En résumé

Si un niveau élevé de littératie en santé est propice à la santé, et qu'à l'inverse un niveau moindre est associé à une moins bonne santé, ce sont environ 50 % des adultes canadiens qui n'atteignent pas le seuil de compétence de 3. À cela, s'ajoute un nombre important (près du tiers) de professionnels de la santé qui n'ont jamais entendu parler de « littératie ». Le Conseil canadien sur l'apprentissage (2008) a établi le niveau 3 comme seuil minimal requis pour être à même d'obtenir, de comprendre et d'évaluer adéquatement l'information relative à la santé. Quelques groupes d'individus ont été identifiés comme plus susceptibles d'avoir un faible niveau de littératie en santé au Canada: les individus plus âgés, les personnes peu scolarisées, la population autochtone et les immigrants. Comme professionnel de la santé, conscient que ces groupes de population sont plus à risque, il conviendra d'être particulièrement vigilant dans nos communications verbales et écrites.

De plus en plus d'individus recherchent de l'information et des conseils relatifs à leur santé sur Internet (technologie fixe ou mobile). Et ceux qui vivent avec une maladie chronique (ou de longue durée) ou qui ont dans leur entourage quelqu'un qui souffre d'une telle maladie sont de plus en plus présents sur le Web médical. Malgré l'abondance, voire la surabondance, d'informations en santé disponibles en ligne, les patients continuent de rechercher de l'information et des conseils auprès des professionnels de la santé. La rencontre clinique entre l'inhalothérapeute et le patient devient alors une occasion à saisir pour sensibiliser et outiller les e-patients afin qu'ils puissent accéder à de l'information complémentaire valide en santé, et ce, sans pour autant y voir une substitution à leur rôle de personne ressource en matière de santé cardiorespiratoire. Ultimement, l'utilisation d'Internet en santé viendra rehausser les connaissances du patient, améliorer la communication entre le professionnel et son patient ainsi que la qualité de la rencontre clinique et l'adhésion thérapeutique de celui-ci.

III. Communication et adhésion thérapeutique

## Tu me dis et j'oublie, tu m'apprends et je me souviens, tu m'impliques et j'apprends.

(...)

- 124. CONSENSUS ONLINE. Décembre 2009.

  «Apnées du sommeil Mise en œuvre et suivi du traitement par PPC Cas cliniques Mise au point n°3: Comportement d'adhésion et croyances de santé. »

  [En ligne] [http://www.consensus-online.fr/ IMG/article\_PDF/article\_a556.pdf] (consulté le 4 août 2014).

  NDLR accès gratuit, mais inscription obligatoire.
- 125. SABATÉ, E. et collab. 2003. Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action. Switzerland, World Health Organization, p. 4. [En ligne] [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\_full\_report.pdf?ua=1] (consulté le 19 août 2014). Notre traduction.

#### III. COMMUNICATION ET ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

Dans l'histoire personnelle d'un patient qui vit avec une maladie chronique, le passage parfois abrupt d'un simple problème (p. ex. le ronflement) à une maladie cardiorespiratoire (p. ex. apnée obstructive du sommeil), ou le début d'une thérapie pouvant être vécue comme une intrusion (p. ex. appareil d'assistance ventilatoire) dans sa vie privée (relation conjugale, image corporelle, etc.) <sup>124</sup> sont autant d'éléments à comprendre et à accepter pour le patient et pour son entourage.

L'amélioration de la santé du patient sous-tend qu'il doit adhérer aux prescriptions et recommandations qu'il reçoit, par exemple : perdre du poids, prendre sa médication pour l'asthme ou utiliser chaque nuit un appareil à pression positive continue (PPC) pour l'apnée obstructive du sommeil. Ces comportements de santé nécessitent une motivation à engager le changement afin que le patient puisse retrouver une meilleure qualité de vie.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2003), l'adhésion thérapeutique, dans le cadre d'une thérapie à long terme, reflète la **concordance** entre le comportement d'un individu (prendre sa médication, suivre une diète ou apporter un changement dans ses habitudes de vie) et les recommandations du professionnel de la santé <sup>125</sup>.

La présente section présente deux des approches clés de l'adhésion thérapeutique, soit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'entretien motivationnel (EM).

Il est à noter que les textes qui suivent n'ont pas pour objectif de fournir une formule « passe-partout » à l'inhalothérapeute, mais plutôt de lui offrir quelques repères quant à l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel.

III. Communication et adhésion thérapeutique

#### 126. SABATÉ, op. cit.

- 127. NAAR-KING, S. et M. SUAREZ. 2011. L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes. Traduit de l'anglais par D. Lécailler et P. Michaud, Paris, InterEditions, p. 205.
- 128. ARKOWITZ, WESTRA, MILLER et ROLLNICK, op. cit., p. 330.
- 129. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. 1998. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Bureau Régional pour l'Europe, Copenhague, p. 10. [En ligne] [http://www.formatsante.org/download/OMS.pdf] (consulté le 14 juin 2014).
- 130. SABATÉ, op. cit., p. XIII.
- 131. CLEEMPUT, I., KESTELOOT, K., DEGEEST, S. 2002. «A review of the literature on the economics of noncompliance. Room for methodological improvement. » Health Policy, vol. 59, n° 1, p. 65-94. [Extrait en ligne] [http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(01)00178-6/abstract] (consulté le 4 août 2014).
- 132. FORD, E.S. et collab. 2009. «Healthy Living Is the Best Revenge: Findings From the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam Study.» Archives of Internal Medicine, vol. 169, n° 15, p. 1355-1362. [En ligne] [http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1108507] (consulté le 4 anût 2014)
- 133. SABATÉ, op. cit., p. XIII.
- 134. MILLER, W.R. et S. ROLLNICK. 2013.

  Motivational Interviewing: Helping people change. 3<sup>rd</sup> edition, New York, London, Guilford Press. Kindle Edition, emplacement 6468/12513.
- 135. MILLER et ROLLNICK, op. cit., emplacement 6469/12513.

#### Le saviez-vous?

- Le terme « adhésion » thérapeutique fait référence à la participation active du patient pour favoriser sa santé (p. ex. décisions prises et actions instaurées pour limiter les conséquences délétères sur la santé). Il se définit par une action d'assentiment du patient envers son traitement (OMS, 2003)<sup>126</sup>.
- 2. Les termes « compliance/observance », pour leur part, traduisent un comportement d'obéissance aux demandes médicales et tendent à disparaître de la littérature devant la nouvelle réalité des maladies chroniques: plusieurs gestes quotidiens complexes sont requis <sup>127</sup>.
- 3. L'adhésion thérapeutique (inclut la motivation à changer) est donc un processus où patient et professionnel doivent « collaborer » quant à la meilleure façon de faire face au problème de santé <sup>128</sup>.
- 4. L'OMS (1998, 2003) estime que, dans les pays développés, 50 % des patients vivant avec une maladie chronique adhèrent, à long terme, mal ou peu à leur thérapie 129, 130.
- 5. La non-adhésion thérapeutique est un problème de santé publique qui entraîne des problèmes dans la vie du patient (p. ex. développement de comorbidités telles que la dépression dans l'apnée du sommeil ou l'insomnie) et dans les coûts de gestion de santé (p. ex. frais d'hospitalisation, augmentation du nombre de médicaments prescrits pour stabiliser la santé du patient, etc.) <sup>131</sup>.
- 6. La non-adhésion thérapeutique a des implications cliniques clairement démontrables. À titre d'exemple, les principales causes de décès des maladies chroniques (recensées par Statistique Canada) sont en grande partie attribuables aux comportements et, par conséquent, sont évitables. Parmi ceux-ci, soulignons les facteurs de risque modifiables liés aux habitudes de vie, dont le tabagisme, la sédentarité et une mauvaise alimentation 132.
- 7. Le problème de non-adhésion thérapeutique est une réalité d'autant plus fréquente de plusieurs patients avec des maladies chroniques <sup>133</sup>, et ce, peu importe l'appartenance socioculturelle du patient ou de sa personnalité <sup>134</sup>. Il apparaît que le contexte de soins, dont la gravité de la condition clinique et la confiance du patient envers le professionnel, puisse agir activement à ce niveau <sup>135</sup>.

L'éducation thérapeutique du patient est une activité transversale qui concerne tous les professionnels de la santé et implique des compétences communicationnelles spécifiques.

Foucaud et Zaffran, 2013<sup>136</sup>

- 136. FOUCAUD, J. et M. ZAFFRAN. «Éducation thérapeutique du patient (ETP): quelles compétences communicationnelles pour les professionnels. » Communication présentée au colloque La communication au cœur de la e-santé. Opportunités et enjeux pour les patients, les professionnels de la santé et les organisations, 3-4 octobre, Montréal, Canada. [En ligne] [http://blogsgrms.com/internetsante/2014/03/31/education-therapeutique-dupatient-quelles-competences-communicationnelles-pour-les-professionnels/] (consulté le 15 juin 2014).
- 137. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *op. cit.*, p. 12.
- 138. DECCACHE, A. Mai-juin 1999. « Quelles pratiques et compétences en éducation du patient? Recommandations de l'OMS. » La santé de l'homme, n° 341, p. 12-14. Cité dans « Éducation du patient. » Centre départemental d'éducation pour la santé d'Eure et Loir. [En ligne] [http://www.cesel.org/spip.php?page=education&id\_article=74] (consulté le 4 août 2014).

139. Ibid.

140. Ibid.

#### 1. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à la persistance (continuité de la thérapie), à l'autogestion (utiliser la thérapie/le traitement comme prescrit et l'adapter à leur propre maladie) et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. Elle est essentielle pour la qualité des soins des maladies de longue durée ou chroniques 137.

Cela dit, et avant de développer plus avant l'éducation thérapeutique du patient, il faut savoir que l'OMS décline l'éducation du patient selon trois niveaux d'activité <sup>138</sup> (illustration 4 et tableau 8).

Illustration 4. Déclinaison de l'éducation du patient selon l'OMS<sup>139</sup>.



Éducation pour la santé du patient

III. Communication et adhésion thérapeutique

# Éducation du patient à sa maladie





Éducation thérapeutique du patient

NOTE: les trois niveaux peuvent s'imbriquer, même s'ils réfèrent à des champs d'action, des objectifs, des thèmes et des moments différents d'intervention dans l'histoire de la maladie ou de la santé des patients <sup>140</sup>. Ainsi, l'activité est préventive et non pas curative et la cible est le comportement de patients sous thérapie tant curative que préventive.

III. Communication et adhésion thérapeutique

141. COMITÉ DÉPARTEMENTAL
D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
D'EURE-ET-LOIR. Éducation du patient.
[En ligne] [http://www.cesel.org/spip.
php?page=education&id\_article=74]
(consulté le 4 août 2014).

142. Ibid.

143. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *op. cit.*, p. 10.

Tableau 8. Niveaux d'activité éducative de l'OMS 141.

Éducation pour la santé du patient	<ul> <li>Se situe en amont de la maladie.</li> <li>S'intéresse aux comportements de santé et au mode de vie du patient.</li> <li>Elle concerne, par exemple, les recommandations (saines habitudes de vie) et l'information (lutte contre le tabagisme ou l'alcoolisme) 142.</li> </ul>
Éducation du patient à sa maladie	<ul> <li>S'intéresse aux comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des rechutes.</li> <li>Elle concerne, notamment, l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie (p. ex. productivité au travail, relations interpersonnelles).</li> <li>Ce type d'éducation peut s'effectuer, notamment, en contexte de rencontres avec d'autres patients (p. ex. groupe d'entraide).</li> </ul>
Éducation thérapeutique du patient (par les professionnels de la santé)	<ul> <li>S'intéresse aux comportements d'éducation liés au traitement curatif ou préventif.</li> <li>En 1998, un groupe de travail de la région Europe de l'OMS<sup>143</sup> a proposé la définition suivante : « l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »</li> </ul>

III. Communication et adhésion thérapeutique

#### L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en pratique clinique

#### Pourquoi l'ETP?

Pour augmenter la qualité de vie du patient, en valorisant sa capacité à suivre son plan thérapeutique correctement au quotidien, le patient doit avoir reçu l'information qui lui est nécessaire afin de cheminer et de s'adapter à sa thérapie. Dans ses recommandations de 1998, l'OMS notait que les patients vivant avec une maladie chronique (en dehors des institutions hospitalières) étaient mal informés sur leur maladie et que peu d'entre eux étaient assistés dans la gestion de leur thérapie 144.

#### Parqui?

 Tous les professionnels de la santé qui possèdent les connaissances et compétences nécessaires et qui exercent auprès de patients ayant besoin d'apprendre et de gagner en confiance pour gérer leur maladie.

#### Le saviez-vous?

L'ETP ne se réduit pas à l'application d'une simple technique quelconque. Pour la réaliser, l'inhalothérapeute doit posséder les connaissances de base, ainsi que les compétences et les habiletés, relevant parfois du champ propre de l'éducation. Parmi celles-ci, soulignons 145:

- différencier les termes: information, enseignement, éducation et apprentissage;
- définir les principes et formes d'apprentissage et les particularités dont il faut tenir compte chez l'adulte ou l'enfant;
- réaliser l'importance d'identifier les motivations, les connaissances, les ressources et les sources de soutien qui influencent chacun des comportements de santé;
- déterminer des méthodes et des stratégies éducatives pour faciliter l'apprentissage des patients adultes ou pédiatriques;
- évaluer l'efficacité des interventions éducatives.

Des activités de formation spécifiques à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont offertes pour les intervenants en santé (maisons d'enseignement universitaire, organismes privés spécialisés ou autre). De même, de nombreux ouvrages sur le sujet sont disponibles afin de comprendre comment mieux éduquer ses patients. Pour plus d'information, consulter le chapitre IV: informations complémentaires.



144. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, op. cit., p. 10.

145. Adapté du RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE L'ASTHME ET DE LA MPOC (RQAM).
Formation en asthme. [En ligne]
[http://www.rqam.ca/fra/formations-et-conferences/les-formations/formation-de-base-en-asthme.asp]
(consulté le 4 août 2014).

III. Communication et adhésion thérapeutique

- 146. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *op. cit.*, p. 12.
- 147. SCHEEN, A.J. Août 2012. «Les maladies chroniques complexes. Du nouveau paradigme médical au gigantesque défi sociétal!» Revue Médicale Suisse, p. 1579-1580. [En ligne] [http://rms.medhyg.ch/numero-351-page-1579.htm] (consulté le 24 août 2014).
- 148. AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE DE FRANCE. Éducation thérapeutique du patient (ETP): information à destination du patient. [En ligne] [http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Education-therapeutique-du-pat.97573.0.html] (consulté le 4 août 2014).

149. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *op. cit.*, p. 12.

150. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ ©.
Juin 2007. Recommandations.
Éducation thérapeutique du patient –
Comment la proposer et la réaliser?
[En ligne] [http://has-sante.fr/portail/
upload/docs/application/pdf/etp\_-\_
comment\_la\_proposer\_et\_la\_realiser\_-\_
recommandations\_juin\_2007.pdf]
(consulté le 19 août 2014).

#### Pour qui?146

- Le patient vivant avec une maladie chronique.
- Le patient souffrant de maladie aiguë ne doit pas être exclu, bien que le nouveau paradigme de santé publique cible spécifiquement la prévention des maladies chroniques, qui évincent en priorité les maladies aiguës <sup>147</sup>.

Note: lorsque le patient le souhaite ou dans certains cas particuliers, la famille (p. ex. en pédiatrie) ou l'aidant naturel (p. ex. en gériatrie) peut être également impliqué.

#### **Quand?**148

- Dès le diagnostic établi ou à tout autre moment en cours de thérapie.
- Quels que soient le stade et l'évolution de la maladie.

#### Comment?

#### **NDLR**

Parce que l'ETP implique l'acquisition de connaissance de base en psychologie clinique/sociale et la maîtrise de certaines compétences relevant du domaine de l'éducation, les données qui suivent ne sont fournies qu'à titre informatif et ne sauraient remplacer une activité de formation spécifique à l'ETP.

Ayant comme but principal de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, etc.)<sup>149</sup>, un programme d'ETP comprend minimalement trois phases\*:

- 1. établir un **diagnostic éducatif** avec le patient afin de mieux le connaître, identifier ses besoins, définir les connaissances et les compétences qu'il aura à acquérir ou à mobiliser pour gérer sa maladie, et ce, en tenant compte de ses priorités (tableau 9);
- 2. planifier et mettre en œuvre un **programme personnalisé d'éducation** avec le patient;
- 3. effectuer une **évaluation individuelle** au terme du programme afin de faire le point sur la compréhension et les acquis du patient, lui demander s'il y a eu des changements positifs dans sa vie depuis l'acquisition de nouvelles connaissances sur sa maladie et de compétences relatives à son plan thérapeutique, lui proposer de nouvelles rencontres (individuelles ou de groupe) au besoin et transmettre un bilan au médecin traitant le cas échéant.
- \*Selon les auteurs, la mise en œuvre du programme d'éducation personnalisé peut être définie comme une étape à part entière 150.

III. Communication et adhésion thérapeutique

151. MATHIEU, A. Adapté de J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre. Septembre 2001.

«Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. » Actualité et dossier en santé publique, n° 36, p. 12 (tableau 1).

[En ligne] [http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad361113.pdf] (consulté le 19 juin 2014).

Tableau 9. Exemple de compétences qu'un patient devrait être en mesure d'acquérir au terme d'un programme d'ETP<sup>151</sup>.

Connaissance/compétences à acquérir	Exemples
Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec l'équipe de soins, informer son entourage.	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions.
Comprendre, s'expliquer.	Comprendre sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales, s'expliquer les principes physiologiques, thérapeutiques et le rôle des émotions.
Repérer, analyser, mesurer.	Repérer des signes d'alerte d'une détérioration de sa condition clinique à l'aide des symptômes précoces, analyser une situation à risque, mesurer l'impact d'un changement à ses habitudes.
Faire face, décider.	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une détérioration de sa condition, décider devant une situation d'urgence.
Résoudre un problème lié à la gestion de sa thérapie dans son quotidien, à la prévention ou à la thérapie	Aménager l'environnement ou adopter un mode de vie favorable à sa santé, prévenir les accidents, ajuster le traitement (selon les indications reçues).
Pratiquer, faire.	Pratiquer les techniques liées à la thérapie ou aux soins appris.
Adapter, réajuster.	Adapter sa thérapie à un autre contexte de sa vie (voyage, sport, etc.).
Utiliser adéquatement les ressources du système de santé, faire valoir ses droits.	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher les informations utiles. Rencontrer d'autres patients. Faire valoir ses droits au travail.

III. Communication et adhésion thérapeutique

152. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, op. cit. 153. Ibid. À l'évidence, des ressources éducatives devront être utilisées afin de favoriser l'acquisition d'un savoir (connaissance) et d'un savoir-faire (compétence) chez le patient (tableau 10). De même, en contexte pédiatrique, elles doivent s'adapter à la vie scolaire de l'enfant <sup>152</sup>.

Tableau 10. Exemples de ressources éducatives 153.

Ressources	Exemples (non limitatifs)
Techniques de communication	Écoute active, empathie.
centrées sur le patient	Attitude encourageante.
	Entretien motivationnel à utiliser en particulier au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif (entreprendre un changement de comportement) et au cours du suivi éducatif (soutenir sa motivation au fil du temps).
Techniques pédagogiques	Exposé interactif, table ronde, témoignage, simulations de gestes et de techniques, jeu de rôle, etc.
Outils	Affiche, vidéo, brochure, représentations d'objets de la vie courante, etc.

# 154. TUBIANA-RUFI, N. 2009. «Éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. » *La Presse Médicale*, © Elsevier Masson SAS, 38:1805-1813.

#### Particularités pédiatriques<sup>154</sup>

- L'ETP pédiatrique est un processus continu qui s'inscrit dans la durée du suivi et du développement de l'enfant. Elle ne peut être réalisée en une seule fois, mais comporte plutôt une éducation thérapeutique initiale, de suivi et de reprise au besoin.
- L'éducation thérapeutique des parents se fait à tout moment de la prise en charge médicale avec les mêmes exigences que celles de l'enfant.
- En contexte pédiatrique, l'ETP doit tenir compte du fait que l'enfant est un être en développement dépendant des adultes et de son environnement, y compris pour ses soins, et que l'adolescence comporte, notamment, des enjeux qui entrent en conflit avec les exigences de la maladie chronique et de ses traitements. L'ETP pédiatrique pour un enfant ou un adolescent atteint d'une maladie chronique ne peut donc pas être calquée sur le modèle de l'adulte.
- Les ressources éducatives doivent être adaptées aux besoins des enfants, à leur âge et à leur stade de développement, afin de les aider à acquérir un savoir, un savoir-faire sur leur corps, la maladie et le volet thérapeutique et les aider à vivre avec la maladie.



III. Communication et adhésion thérapeutique

Éducation thérapeutique du patient.
Modèles, pratiques et évaluation.
Saint-Denis, Inpes, coll. Santé en action,
p. 39. [En ligne] [http://www.inpes.sante.fr/
CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf]
(consulté le 4 août 2014).

155. FOUCAUD, J., BURY, J.A., BALCOU-DEBUSSCHE, M., EYMARD, C., dir. 2010.

156. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, op. cit.

157. Ibid.

#### Le saviez-vous?

- 1. Éducation  $\neq$  information.
- 2. Les pratiques de l'ETP se réduisent souvent à de l'information, de la transmission de savoirs et de savoir-faire, ne prenant que partiellement en compte les facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui interagissent dans les problèmes de santé<sup>155</sup>.
- 3. Une offre d'ETP doit pouvoir s'adapter aux besoins d'éducation du patient 156.
- 4. L'ETP est un processus continu qui s'inscrit dans la durée du suivi clinique. L'offre d'ETP peut être initiale (au moment du diagnostic) ou en contexte de suivi régulier (renforcement) ou de reprise au besoin <sup>157</sup>.

#### **RAPPEL**

Porter attention à la façon de s'adresser au patient ou de le questionner, car celui-ci peut avoir un faible niveau de littératie. Les aînés, les individus peu scolarisés et les populations autochtone et immigrante sont parmi les gens plus à risque d'un faible niveau de littératie.

III. Communication et adhésion thérapeutique

## 158. ARKOWITZ, WESTRA, MILLER et ROLLNICK, op. cit., p. 4.

- 159. ROLLNICK, S., MILLER, W.R., BUTLER, C.C. 2009. Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation. Traduction française de É. Languérand, D. Lécallier, P. Michaud, Paris, InterÉditions—Dumod, p. 16. [Traduction de l'ouvrage Rollnick, Miller et Butler, 2008. Motivational Interviewing in Health Care Helping Patients Change Behavior, New York, Guilford Press].
- 160. VALLERAND, J.R et P. MIQUELON.

  «Le modèle hiérarchique: une analyse intégrative des déterminants et conséquences de la motivation intrinsèque et extrinsèque ». Bilan et perspectives en psychologie sociale, s.d., vol. 2, p. 163.

  [Chapitre en ligne] [http://www.er.uqam.ca/nobel/r26710/LRCS/papers/vallmique.pdf] (consulté le 2 novembre 2014).

#### 161. *Ibid*.

- 162. MILLER et ROLLNICK, Motivational Interviewing in Health Care – Helping Patients Change Behavior, op. cit., emplacement 90/12513 et 191-204/12513.
- 163. ROSENSTOCK, I.M., STRECHER, V.J., BECKER, M.H. 1988. Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education & Behavior, 15 (2): 175-83, publié dans Sage Journals. [En ligne] [http://heb.sagepub.com/content/15/2/175] (consulté le 10 septembre 2014).
- 164. VALLERAND et MIQUELON, op. cit., p. 170. 165. Ibid.

#### 2. ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'approche motivationnelle (entrevue motivationnelle ou entretien motivationnel [EM]) est une approche centrée sur le patient. Elle s'utilise pour réduire l'ambivalence à propos du changement et augmenter la motivation intrinsèque du patient pour changer <sup>158</sup>. Précisons toutefois que l'EM n'est pas une approche pour entraîner l'individu à faire ce qu'il ne souhaite pas faire <sup>159</sup>, mais plutôt une façon de «guider en collaboration», qui permet à l'individu d'identifier les motifs qui l'incitent à adopter un comportement propice à sa santé. Conséquemment, on comprend que le comportement du patient devient ainsi un déterminant de santé.

La motivation fait référence aux forces internes et externes à la base du comportement individuel. Elle peut donc être influencée par le contexte ambiant, la personnalité et le type d'activité en cours. On ne peut observer la motivation elle-même, mais plutôt les comportements qui résultent de la motivation propre de cet individu <sup>150</sup>.

La recherche scientifique distingue, entre autres, deux types de motivation, soit la motivation intrinsèque (p. ex. arrêter de fumer pour soi et pour la satisfaction que l'on en retire dans sa vie) et la motivation extrinsèque (p. ex. arrêter de fumer pour faire plaisir à son conjoint et éviter de se sentir coupable) <sup>161</sup>. La nuance entre les deux est frappante, car le moteur du changement diffère d'un cas à l'autre. Sans connaître la théorie qui se cache derrière, il suffira par l'écoute active (le choix des mots entre autres) de bien cerner à quel niveau se situe la motivation du patient qui se trouve devant vous <sup>162</sup>.

Retenons aussi que la motivation, dans certains cas, se nomme « amotivation », soit l'absence de motivation. Celle-ci est en grande partie imputable au sentiment de ne plus être capable d'anticiper les conséquences de ses actions 163, 164. L'absence de motivation (amotivation) est différente de la motivation extrinsèque et intrinsèque, car l'individu ne cherchera pas à moduler son comportement selon des demandes externes ou internes: il ne fera pas de lien entre son comportement et les conséquences de celui-ci 165. L'amotivation se présente dans plusieurs conditions médicales/psychologiques, mais pas dans tous les cas. Elle peut aussi être situationnelle. Dans le doute et au besoin, il faut en informer le médecin traitant.

Parfois, le patient se présente déjà motivé (non ambivalent). Mais il faut aussi savoir que la rechute fait partie de toute maladie. Un patient peut donc être motivé et devenir ambivalent ensuite... Soyons vigilants!



III. Communication et adhésion thérapeutique

#### Particularité pédiatrique

• Bien que l'entrevue motivationnelle ait démontré son efficacité à modifier un comportement chez l'adulte, des questions demeurent quant à la viabilité de cette technique chez les enfants d'âge scolaire. Par contre, l'entrevue motivationnelle semble être très efficace pour modifier un comportement chez les adolescents et les jeunes adultes et son utilisation paraît également prometteuse auprès des parents de jeunes adolescents. De plus, intervenir afin de changer le comportement à risque pour la santé des parents (p. ex. l'abandon du tabac) au bénéfice de leur enfant semble un moyen d'intervention efficace 166,167.



#### Le saviez-vous?

- Lorsque le patient se sent mieux, c'est la qualité de vie de toute la famille qui s'en trouve améliorée. Ainsi, la présence du partenaire de vie (ou de la famille immédiate) ne devrait pas être exclue de l'équation, car celui-ci peut jouer un rôle important, et ce, de plus d'une façon 168:
  - réassurer son partenaire sur ses sentiments envers lui;
  - encourager son partenaire à continuer la thérapie même si ce n'est pas toujours facile;
  - demander à son partenaire s'il se sent encore capable de gérer sa maladie. L'assistance d'un professionnel pourrait s'avérer utile dans certains cas;
  - assister aux réunions, aux groupes de soutien ou aux rendez-vous de suivi avec son partenaire pour apprendre davantage au sujet de la maladie;
  - encourager les efforts de son partenaire à adopter des comportements de santé et apprécier, s'il y a lieu, le regain d'énergie de son partenaire en planifiant des activités ensemble.

# 169. DURRER-SCHUTZ, D. et Y. SCHUTZ. 2009. «Comment aborder l'éducation thérapeutique d'un patient obèse? La motivation du patient... et du médecin: une des clefs du succès thérapeutique?» Obésité, 3: 23-27, p. 24. [Résumé en ligne] [http://link.springer.com/article/10.1007% 2Fs11690-009-0206-0#page-1] (consulté le 10 octobre 2014)

166. ERICKSON, S.J., GERSTLE,

jamanetwork.com/article aspx?articleid=486200]

206 et 236-242.

du sommeil, p. 9.

(consulté le 10 novembre 2012).

167. NAAR-KING et SUAREZ, op. cit., p. 3,

168. Adapté de L'ASSOCIATION PULMONAIRE DU QUÉBEC. Le guide d'action de l'apnée

M.H., FELDSTEIN, S.W. Décembre 2005. «Brief Interventions and Motivational Interviewing With Children, Adolescents, and Their Parents in Pediatric Care Settings. » Arch Pediatr Adolesc Med. Vol. 159, p. 1177. [En ligne] [http://archpedi.

- 170. ROLLNICK, MILLER, BUTLER. 2009. Pratique de l'entretien motivationnel..., op. cit., p. 13.
- 171. ARKOWITZ, WESTRA, MILLER et ROLLNICK, *op. cit.*, p. 4.

#### L'entretien motivationnel (EM) en pratique clinique

#### Pourquoi 169, 170 ?

L'EM vise deux objectifs: réduire l'ambivalence à propos du changement et augmenter la motivation intrinsèque pour changer<sup>171</sup>. Concrètement, c'est une approche efficace qui permet d'adopter des comportements de santé et qui a fait ses preuves dans plusieurs domaines comme en témoignent les exemples suivants:

- prendre ses médicaments ou adhérer à sa thérapie comme prescrit;
- respecter des directives nutritionnelles reçues;
- initier ou persévérer dans un programme d'activité physique;
- cesser de fumer;
- réduire ou supprimer sa consommation d'alcool.

- 172. MATHIEU, A. et collab. Octobre 2011.

  «Se motiver... pour adhérer à une meilleure santé. » l'inhalo, vol. 28, n° 3, p. 29.

  [En ligne] [http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/0PIQ\_inhalo\_Octobre\_2011\_VF.pdf]
  (consulté le 4 août 2014).
- 173. ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009. Pratique de l'entretien motivationnel..., op. cit., p. 14.
- 174. SMITH, A. Janvier 2012. Recension des écrits et des meilleures pratiques pour soutenir efficacement l'autogestion en maladies chroniques. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, p. 8.
- 175. ARKOWITZ, WESTRA, MILLER et ROLLNICK, op. cit., p. 3.

Pour assurer la pérennité de la motivation d'un patient, l'entretien motivationnel (EM), approche validée empiriquement, peut être utilisé en clinique afin d'aider les patients à développer leur motivation et à la conserver dans le temps <sup>172</sup>.

III. Communication et adhésion thérapeutique



#### **Par qui** ?<sup>173</sup>

 Tous les professionnels de la santé qui, dans l'exercice de leur fonction, possèdent les connaissances et compétences nécessaires et qui ont l'occasion d'aborder la question du changement de comportement de santé auprès de leurs patients.

#### Le saviez-vous?

- 1. Dans l'EM, le rôle du clinicien (accompagnateur en changement de comportement) dépasse celui d'expert-conseil <sup>174</sup>.
- 2. L'entrevue motivationnelle ne se réduit pas à l'application d'une simple technique quelconque. Pour la réaliser, l'inhalothérapeute doit posséder les connaissances de base ainsi que les compétences et les habiletés propres à cette technique de communication fortement enracinée dans l'approche psychologique humaniste de Carl Rogers <sup>175</sup>. Parmi celles-ci, soulignons:
  - identifier les différents types de discours de changement;
  - susciter le discours-changement;
  - être capable d'écoute active;
  - utiliser différentes stratégies pour augmenter la motivation du patient;
  - reconnaître le degré de préparation et d'engagement du patient;
  - élaborer un plan d'action personnalisé.

Des activités de formation spécifiques à l'entrevue motivationnelle (EM) sont accessibles pour les intervenants en santé (maisons d'enseignement universitaire, organismes privés spécialisés ou autre). De même, de nombreux ouvrages sur le sujet sont disponibles afin de comprendre comment mieux aider nos patients à entreprendre et maintenir des changements propices à leur santé. Pour plus d'information, consultez le chapitre IV: informations complémentaires.



III. Communication et adhésion thérapeutique

#### Pour qui?

- Le patient vivant avec une maladie chronique ou aiguë et qui doit choisir s'il commence ou non sa thérapie et la poursuit (adhésion thérapeutique) par la suite.
- Le patient vivant avec une dépendance et qui doit s'en défaire.

Note: dans certains cas, comme en pédiatrie, la famille peut s'impliquer.

#### Quand?

 Le thème du changement de comportement prend place dans une consultation lorsque le clinicien et son patient considèrent que quelque chose doit changer (habitude de vie, nouvelle thérapie, etc.) pour améliorer la santé du patient ou lorsque celui-ci doit prendre conscience des risques (ou autres effets délétères) pour sa santé.

#### Comment?

#### **NDLR**

Parce que l'EM implique l'acquisition de connaissances de base et la maîtrise de certaines compétences relevant du domaine de la psychologie de la santé, les données qui suivent ne sont fournies qu'à titre informatif et ne sauraient remplacer une activité de formation spécifique à l'EM.

L'EM fonctionne en activant les propres motivations du patient pour le changement et l'adhésion thérapeutique <sup>176</sup>.

L'EM comprend habituellement deux étapes:

- 1. amener le patient à faire un choix santé;
- 2. proposer au patient un plan d'action.

Voyons maintenant plus en détail chacune d'elles.

#### 1 Amener le patient à faire un choix santé

D'une part, avant de faire un virage santé, le patient doit d'abord surmonter son ambivalence, ce qui implique qu'il se questionne sur la nature de sa propre motivation (intrinsèque ou extrinsèque). L'ambivalence est une réaction normale dans laquelle le patient oscille entre deux ou plusieurs choix qui, selon lui, peuvent être équivalents<sup>177</sup>.

#### À propos de l'ambivalence

L'EM permet de renforcer la motivation du patient par l'exploration et la résolution de son ambivalence à travers la balance décisionnelle <sup>178</sup>. Il faut savoir que l'ambivalence comporte quatre dimensions : les avantages et les inconvénients associés au changement, les avantages et les inconvénients associés au statu quo (illustration 5) <sup>179</sup>. Conséquemment, peu importe la décision que prendra le patient (statu quo ou changement), il y aura un comportement qui perdurera ou qui changera ainsi que des bénéfices (avantages) et des coûts (désavantages) associés à sa décision.

176. ROLLNICK, MILLER, BUTLER, 2009. Pratique de l'entretien motivationnel..., op. cit., p. 14.

177. MATHIEU, op. cit., p. 30.

178. Ibid.

179. Ibid.

III. Communication et adhésion thérapeutique

- 1. Attention de ne pas confondre *statu quo* d'un comportement d'amotivation (absence de motivation).
- 2. Ne pas agir (ne rien faire pour le moment) est aussi considérer un comportement.



Illustration 5. Dimensions de l'ambivalence: exemple d'avantages et de désavantages selon la décision du patient 180.

Exemple: j'ai de l'apnée du sommeil et je désire perdre du poids.

Statu quo Maintenir mon poids		Changement Maigrir		
1. Avantages	2. Inconvénients	3. Avantages	4. Inconvénients	
Sans effort	Persistance de mon apnée	Être mieux dans ma peau	Manger moins souvent	
Plus de temps pour	du sommeil	gue, stress et moins ergie pour jouer avec	dans les restos fast-food, avec les amis	
les loisirs : regarder la télévision et jouer à l'ordinateur	Fatigue, stress et moins d'énergie pour jouer avec mes enfants		Effort pour commencer à faire de l'exercice	
	Prise de deux médicaments pour contrôler ma pression	Plus d'énergie (p. ex. moins essoufflé donc je pourrais faire des randonnées avec mes amis et jouer au parc	Moins de temps pour regarder mes émissions de télévision préférées	
	Essoufflement (p. ex.	avec mes enfants)	Faire des suivis pour mon	
	lorsque je monte l'escalier, quand je fais mes courses)	Réduire les risques de maladies	apnée du sommeil	
	Relations interpersonnelles difficiles			
		Éviter d'avoir ou empirer mon apnée du sommeil		

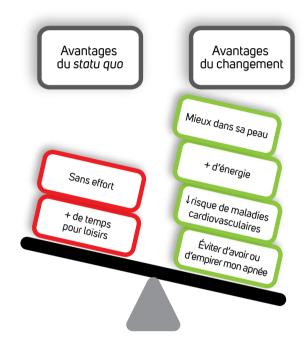
180. MATHIEU, op. cit., p. 30.

III. Communication et adhésion thérapeutique

181. DURRER-SCHUTZ et SCHUTZ, op. cit.182. Adapté de DURRER-SCHUTZ et SCHUTZ, op. cit

De toute évidence, le changement de comportement s'amorce dès que le patient identifie qu'il y a plus de désavantages à rester dans le *statu quo* et plus d'avantages à changer; ce qui a comme résultante un « balancement » vers un comportement de santé! (Illustration 6)<sup>181</sup>.

Illustration 6. Balance décisionnelle vers un comportement de santé (p. ex. patient vivant avec un trouble respiratoire du sommeil) 182.



En pratique, il est tout à fait possible de reconnaître un discours de changement chez le patient. À titre d'exemple (et sans s'y limiter) soulignons :

#### Le désir de changement

«J'ai envie, j'aimerais... pour moi (motivation intrinsèque) ou pour mon conjoint (motivation extrinsèque).»

#### Le besoin de changer

«Il faut, je dois faire... j'aimerais être capable de...»

#### La capacité de changer

«Je peux y arriver...» en opposition à «je ne suis pas capable».

#### La raison

«Si je ne fais rien, je risque de..., je ne me sens pas bien...»

III. Communication et adhésion thérapeutique

183. MATHIEU, op. cit., p. 30.

#### Le saviez-vous?

- 1. L'ambivalence est une réaction normale, fréquente et nécessaire au processus de décision et de changement <sup>193</sup>.
- 2. La rechute fait partie de toute maladie et l'ambivalence peut se réinstaller en présence d'une situation ou d'une expérience nouvelle ou encore si un autre problème de santé apparaît.
- Deux indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer la motivation du patient: l'importance accordée à la thérapie et la confiance en soi. À noter que la confiance que le patient a en sa thérapie peut aussi être utilisée comme indicateur.
- 4. Différents outils (validés et standardisés) d'évaluation de la motivation peuvent être utilisés, voire intégrés au questionnaire d'évaluation de l'inhalothérapeute. À noter qu'il appartient à chaque établissement d'utiliser/développer un outil adapté selon la clientèle et le contexte donnés. De même, son utilisation doit être uniforme et standardisée au sein d'une même équipe.

Exemple [en ligne] : [Osez la santé pour la vie]
Exemple annexe 1. Évaluation de la motivation du patient (adulte).



#### **RAPPEL**

Porter attention à la façon de parler au patient ou de le questionner, car celui-ci peut avoir un faible niveau de littératie. Les aînés, les individus peu scolarisés et les populations autochtone et immigrante sont parmi les gens plus à risque d'un faible niveau de littératie

De plus, afin d'intervenir efficacement auprès du patient, l'inhalothérapeute devra adapter ses interventions selon l'étape de changement de comportement à laquelle se situe le patient <sup>184</sup>.

#### À propos des étapes de changement de comportement

Le modèle d'approche comportementale de Prochaska et Di Clemente (1982) a été formulé au départ pour la cessation du tabagisme. Comportant cinq étapes distinctes de changement de comportement, il peut également intégrer une 6° étape: la réussite ou la récidive (Prochaska, Norcross, Di Clemente, 1992 185).

#### 184. Ibid.

185. PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., NORCROSS, J.C. Septembre 1992.

«In Search of How People Change.
Applications to Addictive Behaviors.»
American Psychologist, vol. 47, n° 9, p. 1102-1114. [En ligne] [http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/In%20Search%20of%20How%20
People%20Change%20Applications%20 to%20Additive%20Behaviors.pdf] (consulté le 19 août 2014).

III. Communication et adhésion thérapeutique

Il est à noter que ce modèle précise, qu'à tout moment et pour tout comportement, un individu se situe à l'une ou l'autre des cinq (ou six) étapes de changement de comportement (tableau 11).

Tableau 11. Étapes de changement de comportement 186, 187.

Étape 1. Précontemplation (préréflexion)	Patient qui n'a pas l'intention de changer son comportement au cours des six prochains mois* (statu quo).  Soit par déni, manque d'information ou inexactitude d'information. Souvent, le patient n'a pas conscience de son problème. Famille et entourage peuvent être conscients du problème, ce qui mène à des conflits dans les relations interpersonnelles.
Étape 2. Contemplation (réflexion)	Patient qui pense à agir, mais qui n'a pas pris d'engagement à le faire. Toutefois, il a l'intention de le faire au cours des six prochains mois*. Cela dit, si le patient ne change pas de comportement au cours des six prochains mois, il peut rester à ce stade durant +/- deux ans 188.  • Le patient attribue davantage les causes de son problème de santé à des éléments extérieurs (motivation extrinsèque) et évalue les coûts et les efforts de la résolution.
Étape 3. Préparation	Patient qui n'a pas commencé à changer son comportement, mais qui a l'intention de le faire au cours du prochain mois*.
Étape 4. Action	Patient qui a changé son comportement avec succès il y a moins de six mois*.
Étape 5. Maintien	Patient qui a adopté un comportement de santé avec succès depuis au moins six mois*.
Étape 6. Réussite ou récidive	Patient qui a adopté un comportement de santé (réussite) ou qui a repris le comportement à risque (récidive).

<sup>\*</sup> Bien que six mois soit un critère fort utilisé, il demeure variable selon les auteurs.

- 186. Adapté de l'UNIVERSITÉ D'OTTAWA.
  Mise à jour 30 mars 2009. La société,
  l'individu et la médecine. Changement du
  comportement. [En ligne] [http://www.med.
  uottawa.ca/sim/data/BehaviorChange\_f.
  htm] (consulté le 4 août 2014).
- 187. Adapté de L'ORDRE PROFESSIONNEL
  DES INHALOTHÉRAPEUTES DU
  QUÉBEC (OPIQ)-INSTITUT NATIONAL DE
  SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ).
  2010. Formation OPIQ 310: Intervenir
  auprès de vos patients fumeurs Le rôle
  des inhalothérapeutes. Présentation
  PowerPoint, diapositives 36-82.

188. VALLERAND, op. cit.

En pratique, il est possible de situer à quelle étape de changement se trouve le patient à l'aide de questions ciblées ou à partir du discours de celui-ci (tableau 12) 189.

III. Communication et adhésion thérapeutique

Étapes	Questions ciblées	Éléments de discours
1. Précontemplation (préréflexion)	«Pensez-vous que dans six mois?»	«Ça ne me concerne pas.»
2. Contemplation (réflexion)	«Avez-vous actuellement envie de?»	«Je sais, je dois»
3. Préparation	«Pensez-vous que d'ici un mois?»	«Je veux, je peux»
4. Action	«Comment cela se passe-t-il depuis que vous avez réussi à?»	«Je fais»
5. Maintien	«Ces dernières semaines, vous avez continué à?»	«Je continue, je n'abandonne pas»
6. Réussite ou récidive	«Ces derniers mois, vous avez continué à?»	«Je n'y pense même plus.» «J'y pense sans cesse.»

189. Adaptée d'YVES MAGAR ÉDUSANTÉ, cité dans PIEFFER, G. et collab., Éducation thérapeutique du patient. Applications aux pathologies respiratoires de l'adulte (asthme, BPCO) et de l'enfant. Présentation PowerPoint, diapositive 9. [En ligne] [http://www.ammppu. org/abstract/educ.pdf] (consulté le 4 août 2014).

190. Ibid.

- 191. «Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory Research and practice.» 1982: 19; 276-88. Cité dans ROUSSEAU, É. 2010. L'approche motivationnelle: un nouveau type d'entrevue en clinique. Présentation PowerPoint, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal, diapositive 12.
- 192. BUNDY, C. (2004). «Changing Behaviour: Using Motivational Interviewing Techniques.» Journal of the Royal Society of Medicine, 97 (Supplement 44), 43-47. Cité dans SMITH, op. cit., p. 9.

193. SMITH, op. cit., p. 9.

Tableau 12. Exemples de dialogue 190.

#### Le saviez-vous?

- Les étapes de changement de comportement forment un processus dynamique, donc si un patient rechute, il ne recommence pas nécessairement au début... D'où l'importance de vérifier à quelle étape se situe le patient après sa rechute et reprendre le travail à partir de cette étape.
- 2. L'entrevue motivationnelle peut utiliser, lorsqu'approprié, les étapes de changement de comportement pour bien identifier les moments propices au changement <sup>191</sup>.
- 3. À l'évidence, l'intervention de l'inhalothérapeute devra s'adapter à l'étape de changement de comportement où se situe le patient.

Exemple annexe 2. Exemple de situation.



4. L'évaluation de la motivation est une habileté fondamentale pour bien accompagner le changement et il est de bonne pratique d'utiliser un outil de mesure dynamique et évolutif de la motivation, lequel tient compte des étapes de changement de comportement de Prochaska et collab. 193

III. Communication et adhésion thérapeutique

#### Particularités pédiatriques

Voici quelques points à considérer lorsqu'on veut utiliser l'entretien motivationnel en contexte pédiatrique.

- Entrevue individuelle ou en famille: selon l'âge, l'entrevue peut se dérouler seule avec l'enfant, avec le (s) parent (s) ou en présence de l'enfant et de son parent. Si quelques évidences suggèrent que les enfants plus âgés ne bénéficient pas de l'implication de leurs parents et, qu'à l'opposé, la présence parentale peut être bénéfique aux jeunes enfants, il n'y a pas de consensus quant à l'âge auquel il est préférable de rencontrer un enfant seul ou accompagné 194.
- Susciter des réponses chez l'enfant: il peut être nécessaire de poser davantage de questions (plutôt que de miser sur la réflexion) pour susciter des réponses chez l'enfant <sup>195</sup>. De même, l'on devrait éviter de suggérer des réponses à l'enfant, car il ne nous dira pas nécessairement la vérité.
- Capacité de compréhension de l'enfant: quelques recherches empiriques suggèrent que le personnel soignant et les parents ont tendance à surévaluer la capacité des jeunes enfants à comprendre les concepts liés à la maladie et à sous-évaluer cette même capacité chez les enfants plus vieux<sup>196</sup>.
- Intervenir adéquatement et efficacement auprès d'un jeune patient requiert notamment une connaissance du stade de développement de l'enfant, lequel est généralement lié à son âge.

#### À titre d'exemple 197:

- capacité de compréhension. Parce que la capacité du jeune enfant à comprendre les questions liées à la santé est limitée, les interventions devraient demeurer concrètes et ciblées sur le changement de comportement auquel on s'attend;
- capacité de traitement de l'information. Les habiletés de l'enfant à traiter l'information reçue sont influencées par le genre, la culture, les intérêts et la motivation;
- capacité de lier le passé et le présent. Parce qu'il est difficile pour le jeune enfant de faire des liens entre des événements passés et les comportements/problèmes de santé actuels, les interventions devraient être faites essentiellement avec les parents;
- capacité à décrire son expérience et à comprendre les recommandations. La capacité de l'enfant à décrire son expérience et à comprendre l'intervention thérapeutique recommandée peut (ou limiter ou accroître) sa capacité à s'impliquer et à bénéficier d'une intervention.



195. Ibid.

196. PERRIN, E.C. et J.M. PERRIN. «Clinicians' Assessments of Children's Understanding of Illness.» Am J Dis Child. 1983; 137(9): 874-878 et RUBOVITS, D.S. et T.H. WOLYNN. «Children's Illness Cognition: What Mothers Think.» Clin Pediatr (Phila) 1999; 3899-105. Tous deux cités dans ERICKSON, S.J., GERSTLE, M., FELDSTEIN, S.W. Décembre 2005. « Brief Interventions and Motivational Interviewing With Children, Adolescents, and Their Parents in Pediatric Health Care Settings.» Arch Pediatr Adolesc Med. vol. 159. p. 1175-1176. [En ligne] [http://archpedi. iamanetwork.com/article aspx?articleid=486200] (consulté le 10 novembre 2012).

197. ERICKSON, GERSTLE, FELDSTEIN, op. cit.



III. Communication et adhésion thérapeutique

#### Particularités pédiatriques (suite)

- La compréhension de soi est l'une des compétences développementales chez l'enfant qui mérite aussi d'être prise en considération. Tout au long de son enfance, et particulièrement pendant l'adolescence, l'enfant devient plus concerné par la cohérence entre ses valeurs, ses croyances et ses comportements. Il se construit une identité et devient plus indépendant. Conséquemment, cette période du développement peut jouer un rôle incitatif important lorsqu'un changement de comportement est souhaité. Il est aussi à noter qu'au cours de cette période, l'adolescent adopte un rôle plus participatif, alors que l'implication des parents devient plus limitée (parfois négociée avec l'adolescent)<sup>198</sup>.
- Parce que l'enfant a relativement peu de contrôle sur le choix de son environnement et les possibilités de le modifier, il importe de comprendre le contexte élargi dans lequel vit l'enfant, car ce dernier peut l'affecter. Par ailleurs, l'environnement familial et social (p. ex.: les pairs, l'école et l'entourage élargi) peut aussi influencer les efforts de l'enfant à modifier un comportement de santé. Par exemple, l'adhésion thérapeutique ou l'adoption d'un comportement à risque pour la santé peut être influencée (volontairement ou involontairement) par les individus (p. ex. membres de la famille, amis) présents dans l'entourage de l'enfant 199.



199. *Ibid.* 

198. ERICKSON, GERSTLE, FELDSTEIN, op. cit,

#### 2 Proposer un plan d'action au patient

À l'évidence, cette étape nécessite que le patient soit en mesure de passer à l'action.

Pour le professionnel, cette étape consiste à proposer au patient un plan d'action, lequel sera adapté, approprié dans le temps et acceptable. De même, il doit être rédigé clairement et avec précision afin que le patient sache notamment quoi faire, comment le faire, quand et à qui demander de l'aide au besoin.

- 1. Exemple [en ligne]: plan d'action (feuille de travail)
  - . Exemple annexe 3. Plan d'action



III. Communication et adhésion thérapeutique

Les éléments clés du plan d'action sont:

1. Établir les objectifs précis et réalistes

#### L'acronyme SMART\* peut être utilisé pour établir les objectifs 200

**S**pécifique

Mesurable

**A**ttirant

**R**éaliste

Temps (défini dans le)



200. ASSAAD, J.M. et J. KAYSER. Mai 2012.

psychologiques, présentation PowerPoint,

[http://psymontreal.com/em\_resources/

PsyMontreal\_presentation\_entrevue\_motivationnelle\_Niveau\_I\_mai2012.pdf]

Une introduction à l'entrevue motivationnelle. PsyMontréal, services

diapositive 40. [En ligne]

(consulté le 4 août 2014).

- \* Variable selon les auteurs
- 2. Identifier les raisons qui motivent (voir argument de la <u>balance décisionnelle</u> à la page 58).
- 3. Définir des stratégies précises pour l'atteinte des objectifs.
- 4. Identifier les obstacles potentiels et les facilitateurs.
- 5. Identifier des solutions à ces obstacles.
- 6. Identifier des personnes ressources dans l'entourage du patient pouvant exercer un rôle de soutien.
- 7. Définir les indicateurs de progrès (p. ex. marcher plus loin, avoir plus d'énergie).
- 8. Identifier les récompenses (p. ex. voir un spectacle ou autre) lors d'un changement notable de comportement.

#### **RAPPEL**

Rédiger une note au dossier de l'usager quant aux évaluations et interventions réalisées. Pour ce faire, **bien que ce ne soit pas une obligation**, un formulaire spécifique peut être utilisé.

Exemple en ligne: rapport de visite – session d'entrevue motivationnelle



#### Le saviez-vous?

La réussite du plan d'action repose sur le temps accordé afin de bien comprendre la réalité du patient et la présence (ou l'absence) d'ambivalence.

III. Communication et adhésion thérapeutique

#### DISCUTONS SANTÉ: PARTENAIRES — PATIENT — PROFESSIONNEL

Lancé en octobre 2014, <u>DiscutonsSanté.ca</u> est un programme gratuit qui vise une meilleure collaboration entre les patients et les professionnels de la santé. Ce projet novateur mise sur une communication efficace pour favoriser des interactions de qualité entre les patients et le personnel soignant, appelés à agir en tant que partenaires dans la gestion des maladies chroniques.

#### Pour le patient, Discutons Santé:

- offre des conseils pratiques ainsi que des pistes d'action pour qu'il puisse mieux se préparer à ses consultations médicales, y participer plus activement et se responsabiliser face à son état de santé;
- est basé sur l'approche PIVO :
  - P: se Préparer;
  - I: s'Informer;
  - V: Vérifier;
  - O: Oser parler.

#### **Pour le professionnel,** Discutons Santé:

- offre une formation en ligne gratuite qui propose des outils afin qu'il puisse mieux décoder les réactions de son patient, communiquer plus efficacement avec lui et ainsi optimaliser le temps de consultation;
- est basé sur l'approche CIM :
  - C: convaincre et éduquer le patient à propos d'un problème de santé;
  - 1: implanter un traitement et soutenir le patient lors de l'implantation;
  - **M**: maintenir l'adhésion du patient à un traitement déjà implanté.

Note: *Discutons Santé* est une initiative de Capsana (auparavant ACTI-MENU) réalisée en collaboration avec l'Équipe de recherche en soins de première ligne du Centre de santé et de services sociaux de Laval et soutenue financièrement par le programme *Santé des Populations*, auquel participe AstraZeneca.



III. Communication et adhésion thérapeutique



#### En résumé

Chaque rencontre clinique devrait être une occasion d'influencer positivement le patient et lui permettre de cheminer vers un comportement de santé. Cela dit, la volonté d'un patient à changer un comportement est en partie tributaire des croyances que celui-ci entretient avec la santé, la maladie et la thérapie ainsi que de l'étape de changement de comportement où il se situe.

L'entretien motivationnel (EM), ciblant le degré de motivation et l'ambivalence du patient, augmente l'efficacité thérapeutique en potentialisant notamment l'efficacité individuelle.

Dès lors que le patient est bien éduqué et motivé, un comportement actif de santé peut être adopté. Ce sera enfin pour lui la récolte de ses efforts!

IV. Informations complémentaires

#### **NDLR**

L'OPIQ et les auteures déclarent n'avoir aucune affiliation ni aucun intérêt financier de tout ordre et ne reçoit aucune rémunération ni redevance des sociétés commerciales mentionnées ici.

La présente section est offerte à titre informatif seulement. Elle est non limitative, non exclusive et non exhaustive.

L'OPIQ et les auteures ne peuvent, en aucune circonstance, être tenus responsables de dommage particulier, indirect ou consécutif, ou de tout dommage de quelque nature que ce soit, qui pourrait résulter de l'utilisation de l'information présentée dans cette section. De plus, le contenu proposé par les références et les lectures d'intérêt ici-bas n'engagent que leurs auteurs.

L'OPIQ se réserve le droit, à son entière discrétion, d'ajouter, de modifier ou de retirer toute référence ou lecture présentées.

#### COMMUNICATION INHALOTHÉRAPEUTE - PATIENT



OPIQ-503. Les mots qui donnent du souffle! Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard.



Vive les mots clairs!

Un manuel de formation en langage clair et communication verbale claire Programme national sur l'alphabétisation et la santé. Association canadienne de santé publique. Copyright © 1998 de l'Association canadienne de santé publique.



La communication professionnelle en santé.

Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard. 2005. Ville Saint-Laurent, Édition du renouveau pédagogique inc., 844 p.



Soigner (aussi) sa communication: la relation médecin-patient.

Tate, P. 2005. Trad. de l'anglais par Françoise Anthouard-Trémolières, Bruxelles, Édition De Boeck Université, 226 p. (Coll. «La relation médecin-patient»).



The Doctor's Communication Handbook
Tate, P. et E. Tate. 2014. 7<sup>th</sup> edition,
Radcliffe Publishing Ltd., United Kingdom, 208 p.

IV. Informations complémentaires

#### **COMMUNICATION EN SANTÉ**

- Portail Internet et Santé
  <a href="http://blogsgrms.com/internetsante/">http://blogsgrms.com/internetsante/</a>
- Association canadienne de santé publique (ACSP): le portail de la littératie en santé http://www.cpha.ca/fr/programs/portals/h-l.aspx
- Pour qu'on se comprenne. Guide sur la littératie en santé.
  <a href="http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\_asssmpublications/litteratie\_v9.pdf">http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\_asssmpublications/litteratie\_v9.pdf</a>
- Readability-Score.com https://readability-score.com/
- La littératie au Québec http://www.youtube.com/watch?v=TaU12jlwkwl
- Health Literacy: Making the Connection DVD http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/health\_literacy\_video.asp
- Bongour [c.-à-d. bonjour] docteur [enregistrement vidéo]: une réflexion sur les difficultés d'accès à l'information médicale; vidéo réalisée par des adultes en alphabétisation.

http://bv.cdeacf.ca/flashvideo/videofull.php?no=RA\_VIDEO/138048

#### COMMUNICATION ET ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

- Discutons Santé (vidéo de présentation)
  https://portail.capsana.ca/site/cepps/home.html#section=at\_a\_glance
- Réseau québécois en asthme et MPOC
  - Formation de base en asthme <a href="http://www.rqam.ca/fra/formations-et-conferences/les-formations/formation-de-base-en-asthme.asp">http://www.rqam.ca/fra/formations-et-conferences/les-formations/formation-de-base-en-asthme.asp</a>
  - Formation de base en MPOC <u>http://www.rqam.ca/fra/formations-et-conferences/les-formations/formation-de-base-en-mpoc.asp</u>
- Réseau canadien pour les soins respiratoires http://www.cnrchome.net/frhome.html
- Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe. Copenhague. <a href="http://www.formatsante.org/download/OMS.pdf">http://www.formatsante.org/download/OMS.pdf</a>
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé http://www.inpes.fr/default.asp
- IPCEM, pour le développement de l'éducation thérapeutique http://www.ipcem.org/
  - Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Dirigé par Foucaud, J. et collab. 2010. Saint-Denis, Inpes, 412 p. (Coll. «La Santé en action»).
    - Téléchargez-le à partir de http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf

IV. Informations complémentaires













Entrevue motivationnelle <a href="http://www.youtube.com/user/psychologuemontreal?feature=results\_main">http://www.youtube.com/user/psychologuemontreal?feature=results\_main</a>

#### **NDLR**

- Les exemples suivants proviennent soit de la documentation disponible ou fournie gracieusement par un établissement de santé ou un fournisseur de soins de santé
- 2. Tous les exemples ont fait l'objet d'une adaptation pour les besoins du présent document.
- En aucun cas, la présence de ces exemples ne signifie que l'OPIQ ou les auteures ont un intérêt (financier ou autre) envers l'auteur ou le propriétaire de la version originale.
- Chaque exemple vous est fourni à titre informatif seulement. Il appartient à chaque établissement d'utiliser/développer un outil adapté selon la clientèle et le contexte donné.
- 5. Prière de citer la source de chaque exemple, lorsqu'utilisé en guise de référence.



- 201. Adapté avec autorisation du carnet de santé *Démarche éducative et motivationnelle*, p. 6. Juin 2012, Biron Soins du sommeil, soumis par A. Mathieu, Ph. D.
- 202. Adapté de l'OPIQ-INSPQ, op. cit.
- 203. Adapté de PSYMONTRÉAL. Questionnaire pour mesurer la motivation. [En ligne]
  [http://psymontreal.com/em\_resources/
  Questionnaire-motivation-0-10.pdf]
  (consulté le 19 août 2014).

Nom:						Date de	e naissar	ice:	
Date:		Heure:							
		IMP	ORTAN	CE DE L	ATHÉR.	APIE			
Question	importan mieux <b>('i</b>	échelle de t), encercl <b>mportance</b> iaires au b	er le chiff <b>e</b> que vol	fre corres	pondant	à l'énon	cé qui dé	crit le	
0	1 2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucunem	ent impor	tant			Extrêm	ement im	nportan	t
Question	<b>2</b> . Pourquo	i avez-vou	ıs encerc	clé ce chi	ffre plutô	t que le	maximur	m (10)?	
Question	3. Que pou (qu'est-c	rrait-on fai e qui pour			thérapie	soit plus	s importa	nte pou	Irvous
			CONF	IANCE E	EN SOI				
Question	mieux <b>la</b>	échelle de , encercle <b>confiance</b> liaires au t	z le chiff que vou	re corres	pondant	à l'énor	icé qui de	écrit le	
0	1 2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Aucuner	nent confi	ant			Totale	ement co	nfiant	
Question	<b>5</b> . Pourquo	i avez-vou	ıs encerc	clé ce chi	ffre plutô	t que le	maximur	m (10)?	
Question	6. Que pou (qu'est-c	rrait-on fai e qui pour			ayez da <sup>,</sup>	vantage	confianc	e en vo	US
	ous d'autres i lisez l'espace				ntaire à n	ous tran		? Non	☐ Oui
Notes de	l'inhalothéra	peute							
Signature	e de l'inhaloth	nérapeute							

204. Adapté de l'OPIQ-INSPQ, op. cit.

Description

Étape 1. Précontemplation (préréflexion)

EXEMPLE 2. Exemple de situation où l'inhalothérapeute adapte son intervention selon l'étape de changement de comportement (adulte)<sup>204</sup>

• Patient qui n'a pas l'intention de changer son comportement au cours des six (6) prochains mois\* (statu quo).

Description	, ,	identide d'idriger son comportement de cours des six (o) prochains mois (stata quo).		
		us de changement (s <i>tatu quo</i> ) : déni, manque d'information, ne pas avoir conscience santé ou ne pas en connaître l'impact.		
		ruse d'adhérer à sa thérapie ou qui ne songe pas à adopter de saines habitudes de vie.		
l'inhalothérapeute**	<ul> <li>Aider le patient à amorcer une réflexion sur le comportement à risque afin de le motiver à prendre éventuellement la décision d'adhérer à sa thérapie et d'adopter de saines habitudes de vie.</li> <li>Aider le patient à prendre conscience qu'il y a plus de désavantages à rester dans le statu quo et plus d'avantages à changer de comportement (balance décisionnelle).</li> </ul>			
Exemple de situation (a	pnée obstructive du so	ommeil chez un patient fumeur avec surplus de poids) ***		
Être respectueux		«J'aimerais prendre quelques minutes pour discuter de votre thérapie. Êtes-vous d'accord?»		
Évaluer le niveau de moti	ivation	Voir exemple 1 à la page 71.		
Balance décisionnelle Poser des questions ouve	ertes à propos des :			
a. avantages et désavant liés au fait de ne pas ac		<ul> <li>a. «Quels avantages personnels retirez-vous à ne pas utiliser votre appareil?»</li> <li>«Qu'est-ce que vous n'aimez pas concernant l'absence de thérapie (statu quo)?»</li> </ul>		
b. bienfaits et méfaits ass à l'adhésion thérapeuti		<ul> <li>b. «Quels avantages personnels pourriez-vous retirer en utilisant votre appareil toute la nuit et à chaque nuit?»</li> <li>«Qu'est-ce qui vous fait peur concernant l'utilisation de l'appareil la nuit?»</li> </ul>		
Pratique motivationnelle	possible	<ul> <li>Empathie: «je sais que beaucoup de gens ont des inquiétudes par rapport au fait de dormir avec un masque sur le visage toute la nuit. Ils se demandent comment ils vont réussir à s'endormir. Est-ce votre cas?»</li> <li>Contradiction: «il me semble que vous êtes très dévoué envers votre famille et qu'elle vous tient à cœur. Comment pensez-vous que votre besoin de dormir durant la journée et votre manque d'énergie affectent vos enfants?»</li> <li>Résistance: patient: «tout le monde me dit de perdre du poids. J'ai essayé plusieurs fois, mais je n'y arrive pas.»</li> <li>Inhalothérapeute: «il me semble que vous ressentez beaucoup de pression pour perdre du poids et je constate que vous êtes persistant! Est-ce que perdre du poids a un peu d'importance pour vous?»</li> <li>Efficacité: « vous avez réussi à cesser de fumer pendant six (6) jours. C'est signe que vous pouvez réussir à cesser de fumer pour de bon.»</li> <li>« je suis persuadé que vous avez relevé bien des défis dans votre vie et je suis certain que vous pouvez perdre du poids quand vous aurez pris la décision. »</li> </ul>		
Exprimer votre inquiétude thérapie (p. ex. non-adhési de santé et les facteurs de	ion) relativement à l'état	«Comme inhalothérapeute, votre état de santé m'inquiète et je crains que vous n'ayez un accident de la route. Utiliser votre appareil toute la nuit et chaque nuit est une décision importante que vous devriez prendre pour améliorer votre condition. Qu'en pensez-vous?»		
Informer le patient de vot	re désir de l'aider.	«Je crois comprendre que vous n'êtes pas prêt à perdre du poids maintenant. Je suis ici pour vous aider et, lorsque vous serez prêt, nous pourrons en reparler ensemble.»		
Offrir au patient des optior à favoriser des petits pas v		« La meilleure façon d'améliorer votre état de santé et de diminuer la somnolence durant la journée est d'utiliser votre appareil toute la nuit et à chaque nuit. Qu'en pensez-vous ? »		

- \* Variable selon les auteurs.
- \*\* L'intervention doit être adaptée selon la clientèle et le contexte donné.
- \*\*\* Exemple fourni à titre informatif seulement.

/3

#### de son impact. Évaluer les coûts et les efforts de la résolution. Exemple: patient qui a parlé à son conjoint et à sa famille des bienfaits de la thérapie par pression positive ou qui songe à adopter de saines habitudes de vie. Aider le patient à prendre la décision d'adhérer à sa thérapie et d'adopter de saines habitudes de vie Interventions de dans un avenir rapproché. l'inhalothérapeute\*\* • Aider le patient à prendre conscience qu'il y a plus de désavantages à rester dans le *statu quo* et plus d'avantages à changer de comportement (balance décisionnelle). Exemple de situation (apnée obstructive du sommeil chez un patient fumeur avec surplus de poids) \*\*\* Être respectueux Évaluer le niveau de motivation Balance décisionnelle Poser des guestions ouvertes à propos des : Voir l'étape 1. Précontemplation (préréflexion) à la page 72. a. avantages et désavantages liés au fait de ne pas adhérer à sa thérapie b. bienfaits et méfaits associés à l'adhésion thérapeutique Pratique motivationnelle possible «Je sais que vous traversez une période émotive intense, crouez-vous que votre conjoint Discuter des inconvénients soulevés peut vous aider à traverser cette période?» par le patient et des stratégies pour faire face à ses inconvénients «Que pensez-vous de reprendre vos activités physiques trois fois/semaine, comme vous Sensibiliser le patient afin de déterminer une le faisiez avant, lorsque votre déménagement sera terminé?» date de début, car fixer une date contribue à confirmer l'engagement du patient à modifier un comportement à risque «La meilleure façon d'améliorer votre état de santé et de diminuer la somnolence durant Donner un avis clair la journée est d'utiliser votre appareil toute la nuit et à chaque nuit. Qu'en pensez-vous?» «Aimeriez-vous que je vous donne la brochure de la Société canadienne du sommeil? Offrir une brochure-conseil Elle donne des conseils utiles pour une bonne nuit de sommeil.» et informer des ressources disponibles «Aimeriez-vous que je vous donne aussi l'adresse Internet de l'Association pulmonaire du Québec? Il y a beaucoup d'informations validées pour les patients à propos de l'apnée obstructive du sommeil.»

Patient qui pense à agir, mais qui n'a pas pris d'engagement à le faire. Toutefois, il a l'intention de le faire au cours

Parmi les causes de changement d'étape: être conscient qu'il y a un problème de santé ou être conscient

\* Variable selon les auteurs.

Étape 2. Contemplation (réflexion)

des six (6) prochains mois\*.

Description

- \*\* L'intervention doit être adaptée selon la clientèle et le contexte donné.
- \*\*\* Exemple fourni à titre informatif seulement.

santé sont supérieurs a	angement d'étape : évaluer que les avantages relatifs à l'adoption d'un comportement de ux désavantages. ixé une date pour cesser de fumer ou pour commencer un programme d'exercice
Intervention de	parer et à trouver des stratégies pour y arriver.
Exemple de situation (apnée obstructive du s	ommeil chez un patient fumeur avec surplus de poids) ***
Être respectueux	«Avez-vous quelques minutes? J'aimerais discuter de votre tabagisme. »
Évaluer le niveau de motivation	Voir exemple 1 à la page 71.
Féliciter pour la prise de décision	« Félicitations ! Vous avez franchi une étape importante vers l'amélioration de votre état de santé. »
Identifier et discuter	
<ul> <li>a. des moments difficiles (travail, situation sociale, etc.) reliés à l'adoption du comportement de santé et des stratégies appropriées</li> </ul>	a. «Quels sont les obstacles qui pourraient vous empêcher d'atteindre vos objectifs?» «Qu'est-ce qui vous permettrait de surmonter ces obstacles?»
<ul> <li>b. des tentatives passées le cas échéant</li> <li>identifier les stratégies aidantes</li> <li>et évaluer la possibilité de les</li> <li>réutiliser ou de les adapter</li> <li>identifier les stratégies qui ont nui</li> <li>lors de tentatives antérieures</li> </ul>	b. «Qu'est-ce qui vous a aidé à tenir le coup aussi longtemps la dernière fois?» «Que s'est-il passé pour que vous retourniez vers vos anciennes habitudes?»
c. du plan d'action et de la date de départ	<ul> <li>c. «Que pensez-vous du plan d'action que je vous propose?»</li> <li>«Quand souhaitez-vous commencer?»</li> <li>«Que diriez-vous de commencer avant notre prochaine rencontre?</li> <li>Nous pourrions en discuter ensemble après.»</li> </ul>
Exprimer votre confiance en sa capacité de réussir	«Je suis persuadée que vous pouvez y arriver.»
Donner un avis clair	« La meilleure façon d'améliorer votre état de santé et de diminuer la somnolence durant la journée est d'utiliser votre appareil toute la nuit et à chaque nuit. Qu'en pensez-vous ? »
Offrir une brochure-conseil et informer des ressources disponibles	«Aimeriez-vous que je vous donne la brochure de la Société canadienne du sommeil? Elle donne des conseils utiles pour une bonne nuit de sommeil.» «Aimeriez-vous que je vous donne aussi l'adresse Internet de l'Association pulmonaire du Québec? Il y a beaucoup d'informations validées pour les patients à propos de l'apnée obstructive du sommeil.»

• Patient qui n'a pas commencé à changer son comportement, mais a l'intention de le faire au cours du prochain mois.\*

Étape 3. Préparation

Description

- \* Variable selon les auteurs.
  \*\* L'intervention doit être adaptée selon la clientèle et le contexte donné.
  \*\*\* Exemple fourni à titre informatif seulement.

Description	<ul> <li>Patient qui a changé son comportement avec succès, il y a moins de six (6) mois*.</li> <li>Parmi les causes de succès: prendre sa santé en main, consolider les gains, travailler à prévenir une rechute.</li> <li>Exemple: patient qui utilise son appareil d'assistance ventilatoire toute la nuit et à chaque nuit ou qui a adopté de saines habitudes de vie.</li> </ul>			
Intervention de l'inhalothérapeute**	Aider le patient à maintenir un comportement de santé.			
Exemple de situation (	apnée obstructive du sc	ommeil chez un patient fumeur avec surplus de poids)***		
Être respectueux		« J'aimerais prendre quelques minutes pour discuter avec vous de l'utilisation de votre appareil la nuit. Êtes-vous d'accord?»		
Évaluer le niveau de mo	otivation	Voir exemple 1 à la page 71.		
Féliciter et encourager le patient de ses efforts		« Je vous félicite pour votre réussite. Je sais que vous avez travaillé fort pour y arriver. »		
Discuter des difficultés r et des moyens de les su		«Vous me dites avoir la bouche sèche et le nez sec au réveil le matin, est-ce que votre humidificateur est en fonction lorsque vous utilisez votre appareil la nuit?»		
Faire des recommandat du comportement santé de situation particulière		«Je sais que vous partez en voyage bientôt. Vous devrez utiliser votre appareil d'assistance ventilatoire pour dormir là-bas aussi. N'oubliez pas de vérifier avec votre compagnie aérienne pour les modalités de transport de votre appareil. »		
Suggérer au patient de s des récompenses pour s		«Je pense que vos efforts devraient être récompensés. Que pourriez-vous vous offrir comme récompense?»		
Remettre une brochure- et informer des ressourc		«Voici la brochure de la Société canadienne du sommeil. Elle donne des conseils utiles pour une bonne nuit de sommeil.» «Je vous remets aussi l'adresse Internet de l'Association pulmonaire du Québec? Il y a beaucoup d'informations validées pour les patients à propos de l'apnée obstructive du sommeil.»		

Étape 4. Action

- \* Variable selon les auteurs.
  \*\* L'intervention doit être adaptée selon la clientèle et le contexte donné.
  \*\*\* Exemple fourni à titre informatif seulement.

#### Description Patient qui a adopté un comportement de santé avec succès depuis au moins six (6) mois.\* Parmi les causes de succès: adopter un comportement de santé, surmonter les obstacles identifiés, utiliser les stratégies aidantes. Exemple: patient qui utilise son appareil d'assistance ventilatoire toute la nuit et à chaque nuit ou qui a adopté de saines habitudes de vie. Intervention de • Aider le patient à maintenir un comportement de santé. l'inhalothérapeute\*\* Exemple de situation (apnée obstructive du sommeil chez un patient fumeur avec surplus de poids)\*\*\* Être respectueux «Avez-vous quelques minutes? J'aimerais discuter de vos nouvelles habitudes de vie. » Évaluer le niveau de motivation Voir exemple 1 à la page 71. Féliciter et encourager le patient «Je vous félicite pour votre réussite. Il ne faut pas abandonner, vous en êtes capable.» de ses efforts Discuter des difficultés rencontrées Voir l'étape 4. Action à la page 75. et des moyens de les surmonter Faire un rappel des objectifs et des moyens «L'objectif est toujours d'utiliser votre appareil toute la nuit et à chaque nuit. Je vous rappelle que vous pouvez rencontrer des gens comme vous qui dorment avec un disponibles pour les atteindre appareil. Venez à notre prochaine rencontre. Cela pourrait être l'occasion pour vous d'apprendre comment eux ils arrivent à bien dormir avec leur appareil.» Suggérer au patient de s'offrir régulièrement des récompenses pour ses efforts Voir l'étape 4. Action à la page 75. Remettre une brochure-conseil et informer des ressources disponibles

Note : si le maintien peut être perçu comme une étape statique, il représente en fait la continuité du changement (et non l'absence de changement).

\* Variable selon les auteurs.

Étape 5. Maintien

- \*\* L'intervention doit être adaptée selon la clientèle et le contexte donné.
- \*\*\* Exemple fourni à titre informatif seulement.

Description de la récidive	<ul> <li>Patient qui a repris le comportement à risque.</li> <li>Parmi les causes de rechute: incapacité à surmonter les obstacles ou à utiliser les stratégies aidantes.</li> <li>Manque de soutien ou de confiance en soi.</li> <li>Exemple: patient qui a recommencé à fumer.</li> </ul>			
Interventions de l'inhalothérapeute*	Déculpabiliser le patient et l'encourager à passer à l'action à nouveau.			
Exemple de situation (	apnée obstructive du som	meil chez un patient fumeur avec surplus de poids)**		
Être respectueux		«Avez-vous quelques minutes? J'aimerais discuter avec vous. »		
Situer à quelle étape de de comportement se tro sa rechute afin de repre de cette étape.	ouve le patient après	Questions ciblées  Précontemplation: « pensez-vous que dans 6 mois? »  Contemplation: « avez-vous actuellement envie de? »  Préparation: « pensez-vous que d'ici un mois? »  Élément du discours du patient  Précontemplation: « ça ne me concerne pas. »  Contemplation: « je sais, je dois »  Préparation: « je veux, je peux »		
Évaluer le niveau de motivation		Voir exemple 1 à la page 71.		
b. en soulignant les eff c. en mentionnant que	la période d'abstinence forts fournis e plusieurs tentatives saires et qu'en présence recommence pas	a. «Je vous félicite pour tout ce temps où vous n'avez pas fumé.» b. «Je sais que vous avez mis beaucoup d'effort pour réussir.» c. «Beaucoup d'ex-fumeurs y sont arrivés, mais après plusieurs tentatives»		
<ul><li>b. des raisons qui avair de comportement</li><li>c. des stratégies utilisé</li></ul>	ui ont entraîné la rechute ent motivé le changement ées et qui ont été efficaces re pour que le patient 'action (étape 4)	<ul> <li>a. «Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé pour que vous fumiez à nouveau?»</li> <li>b. «Vous souvenez-vous de ce qui vous avait motivé à vouloir arrêter de fumer?»</li> <li>c. «Ce n'est pas la première fois que c'est difficile. Les autres fois, vous pouviez compter sur l'appui de vos collègues de travail.»</li> <li>d. «Si nous reprenions le plan d'action afin d'essayer à nouveau?</li> <li>Qu'en pensez-vous?»</li> </ul>		
Remettre une brochure et informer des ressourd		Voir l'étape 4. <i>Action</i> à la page 75.		

- \* L'intervention doit être adaptée selon la clientèle et le contexte donné.
  \*\* Exemple fourni à titre informatif seulement.

Étape 6. Réussite ou récidive

205. Adapté avec autorisation du carnet de santé *Démarche éducative* et motivationnelle, op. cit., p. 7.

Exemple 3. Plan d'action 205	
Nom:	Date:
Diagnostic:	
Thérapie (s) proposée (s):	
Quels sont mes objectifs de santé?	
Les raisons principales qui me moti	ivent sont:
Mon plan d'action	
Les stratégies qui me permettront d	de réaliser mes objectifs sont :
Les obstacles et les facilitateurs	
Les obstacles éventuels qui peuver	nt m'empêcher d'atteindre mes objectifs sont:
Les solutions	
Les éléments qui vont me permettr	e de surmonter les obstacles sont :
Entourage	
Les gens qui peuvent m'aider sont:	
Le manière de m'aider est:	
Suivi de mes progrès	
Les façons de suivre mes progrès s	ont:
Mes récompenses	
Les façons de me récompenser:	
Auriez-vous d'autres informations d Si oui, utilisez l'espace ci-dessous. I	ou un commentaire à nous transmettre ? Merci.
Notes de l'inhalothérapeute	
·	

VI. Crédits et remerciements

#### Auteure

Marise Tétreault, inh., M.A., coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

#### Coauteures

Sylvie Laporte, inh., coordonnatrice au laboratoire des troubles du sommeil, CHU Sainte-Justine (particularités relatives à la clientèle pédiatrique)

Annie Mathieu, Ph. D. en sciences biomédicales et chercheuse (chapitre 3. Communication et adhésion thérapeutique)

## L'OPIQ remercie sincèrement les collaborateurs suivants pour leur précieuse contribution à la recherche ou à la révision du contenu des textes:

Bernard Cadieux, inh., M.Sc., M.A.P., syndic, OPIQ

Sandra Di Palma, inh., coordonnatrice à l'inspection professionnelle, OPIQ

Maxime Hébert, inh., candidat au baccalauréat en psychologie, Polyclinique du Cap, UQTR

Élaine Paré, inh., Ph. D. en pédagogie, chargée de projet, OPIQ

Josée Prud'Homme, Adm.A., M.A.P., directrice générale et Secrétaire, OPIQ

Jocelyn Vachon, inh., DESS en enseignement collégial, président, OPIQ

# L'OPIQ remercie également les personnes suivantes pour leurs commentaires sur la version préliminaire du document :

Louise Auger, inh., Hôpital de la Cité-de-la-Santé du CSSS de Laval (au moment de la consultation)

Johanne Gravel, inh., Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Anne-Marie Laurin, inh., coordonnatrice au laboratoire sommeil CHUM, pavillon Hôtel-Dieu

Comité d'inspection professionnelle de l'OPIQ

#### Révision linguistique et conception

Line Prévost, inh., réd. a., coordonnatrice aux communications, OPIQ

#### Conception, mise en page et révision

Fusion Communications & Design inc.