Claude Richard1, Marie-Thérèse Lussier1,2, Hélène Givron

1. Chercheur associé Pôle 1 Transformation des pratiques cliniques et organisationnelles, centre de santé et des services sociaux de Laval, Québec

2. Professeure titulaire, département de médecine de famille et de médecine d’urgence, Université de Montréal, Directrice du Réseau de recherche en soins primaires de l’Université de Montréal ([rrspum@umontreal.ca](mailto:rrspum@umontreal.ca)), Chercheuse régulière, Centre de recherche du Centre hospitalier de l’Université de Montréal.

3. PhD. Coordinatrice pédagogique. Coresponsable du groupe « Communication de la SIFEM ». Département de psychologie, faculté de médecine, université de Namur, Belgique. helene.givron@unamur.be.

**La vérité, toute la vérité ou sauver la face du patient en consultation.**

***The truth, the whole truth, or saving the face of the patient in consultation.***

**« Tout le monde ment » ?**

Dans un moment de nostalgie, nous avons réécouté des épisodes de la série « Dr House » (2004-2012). Première constatation, ce diagnosticien arrogant nous permet de mesurer comment ce qui était acceptable comme comportement a évolué. Il y a une phrase qui revient régulièrement chez House : « Tout le monde ment ». Ce qui justifie à ses yeux des comportements odieux pour découvrir la vérité. Ce qui est troublant c'est que cette affirmation a une grande part de vérité, car qui dit toute la vérité tout le temps ? Il y a plusieurs raisons de mentir : par exemple, vouloir se présenter comme un bon patient, se présenter sous un meilleur jour, atténuer des comportements indésirables, etc. Donc parfois le mensonge ou les demi-vérités cherchent à protéger l’image de soi1. Le danger est alors grand qu'à un moment donné le patient perde la face, car sa duplicité pourrait être révélée. Il est alors important que le professionnel aide le patient à sauver la face2. Cela permet généralement de développer une complicité et de renforcer la confiance entre les deux parties.

Quand est-il nécessaire d'aider autrui à sauver la face ? Sauver la face devient une nécessité lorsque l'autre partie a l'impression d'être contrainte à une situation compromettante, d’être humiliée, d’être dans une situation embarrassante. Cette situation pourrait entrainer le patient à se fermer à toute suggestion de la part du médecin. En termes simples, si vous essayez d'aider un patient à sauver la face, vous cherchez un moyen de préserver son image de soi3.

**« Une mise en scène de la vie quotidienne »**

Goffman a utilisé la métaphore du théâtre pour illustrer la mise en scène de soi dans la vie quotidienne4. La différence entre la psychologie, la sociologie et l'ordre de l'interaction est du même ordre que la différence entre la physique quantique et la physique standard. L'ordre de l'interaction auquel appartient la rencontre médicale a son propre ensemble de règles. Cet ordre de l'interaction quotidienne s'insère dans un réseau de significations qui existe dans toute rencontre et qui est associé avec qui je suis, qui je prétends être et qui je prétends que l'autre est. Ce réseau donne du sens à la situation et à la rencontre, mais cet ordre de l'interaction entretient des relations lâches entre ses constituantes et elle est susceptible d'évoluer, de se modifier et enfin... de ne pas être partagée5,6. Dans ce contexte, la probabilité d'incompréhension ou de faux pas est élevée en société et dans la rencontre médicale. Notre identité idéale projetée, ou *persona*, est donc fragile et nous tentons de la préserver en présentant ou en donnant les bonnes réponses, la bonne apparence et le bon comportement autrement dit : en tentant de ne pas perdre la face. Nous discuterons ici de comment rechercher l'information utile pour aider le patient sans menacer son image de soi, sans lui faire perdre la face ?4-6

**Sauver la face et la prévention**

Cette difficulté est particulièrement présente lorsque nous discutons des habitudes de vie ou de la prévention. En effet, je viens consulter pour un problème x et le soignant me demande des informations sur mes habitudes de vie7. Ces questions peuvent ne pas me sembler avoir de lien explicite et transparent avec ma raison de consultation. Toutefois, il est certain que la situation et le fait que c'est un médecin qui s'informe créent une situation particulière où il est acceptable que le professionnel s'informe de sujets qui ne sont pas normalement discutés avec les amis, les relations, etc. Le fait que le patient accepte cette apparente violation des conventions habituelles (questions éminemment intimes et touchant aux habitudes de vie, habituellement maintenues privées, voire cachées) ne veut pas nécessairement dire qu'il ne présentera pas l'information de manière à préserver l'image de soi qu'il désire projeter. Il pourrait donc en quelque sorte travestir ses propos et réponses afin de « préserver » sa face.

Prenons par exemple (tableau 1) une entrevue entre un médecin généraliste et une personne au cabinet du médecin. Le médecin aborde dans le cadre de la prévention la consommation d’alcool avec cet homme de 60 ans qui consulte pour une lombalgie. Il veut recueillir de l'information et construire la relation dans le cadre d’une relation partenaire.

Tableau 1 : exemple de dialogue pour sauver la face

|  |  |
| --- | --- |
| MD : Pour vous connaître mieux, j'aimerais connaître votre consommation d'alcool ? | S'il n'y a pas de problème connu associé à la consommation d'alcool, cette demande peut être perçue comme inappropriée. C'est de l'ordre du privé. Alors "pour mieux le connaître" peut rendre cette demande acceptable. |
| Pt : Pas beaucoup, je ne suis pas un gros buveur. | Le patient se positionne d'emblée comme raisonnable dans sa consommation. |
| MD : Oui, et ça donne quoi par semaine environ ? | MD cherche à avoir une idée plus précise, chiffrée autant que possible. Il tente d'éviter de qualifier la consommation en termes de grandeur. Cela impliquerait un jugement qu'il est souhaitable d'éviter. |
| Pt : Je ne sais pas. Ça dépend. Je dirais deux à trois fois par semaine. | Le patient précise, mais garde un flou sur la quantité. Tout dans la manière de se présenter du patient véhicule l'image d'un homme raisonnable. |
|  | MD a une décision à prendre : doit-il insister pour préciser la quantité et les circonstances de sa consommation d'alcool ? A-t-il par ailleurs des raisons de croire que c'est plus et même qu'il pourrait y avoir une consommation excessive ? |
| MD : C'est de la bière, du vin, d’autres choses ? | Il tente d'avoir un portrait plus complet sans mettre en doute les quantités mentionnées. |
| Pt : Ça dépend, avec ma compagne c'est du vin en mangeant | Il ouvre sur la possibilité que c'est plus que 3 consommations. |
| MD : en mangeant… ? | MD a un doute sur les 3 fois par semaine… |
| Pt : Oui... Enfin... on prend un peu de vin avec les repas, les bons repas. | Cette information modifie complètement le tableau. Le médecin peut supposer que la recommandation « 2 verres par jour, pas tous les jours » est dépassée. C'est un peu embarrassant et le patient est menacé de perdre la face. Pour autant, le médecin a envie de délivrer ce message de prévention. |
| MD : Je comprends. Si vous avez envie, nous pourrons parler un jour de ce qui est recommandé et du pourquoi de cette recommandation. | Il ne relève pas la tentative du patient de se présenter sous un meilleur jour et continue l'entrevue. |

MD : médecin, Pt : patient.

Un calcul simple nous fait voir que le patient dans un premier temps a sous-estimé sa consommation d'alcool puis dans un deuxième temps qu'il est conscient que MD s'en est rendu compte. Cette situation demande habituellement réparation ou à tout le moins une explication. Le patient peut par exemple affirmer qu'il référait à un comportement passé, et que ce n’est plus le cas maintenant ; il peut également affirmer qu'il référait au fait qu'"en général" un bon repas commande du vin, mais que ce n'est pas son comportement habituel ; il peut affirmer qu'il voulait seulement vérifier si MD écoutait attentivement, etc. Enfin, il peut aussi reconnaître qu'il a sous-estimé sa consommation, mais de si peu...3. Dans tous les cas, ce sont des tentatives de restaurer une image de lui-même comme étant quelqu’un de raisonnable, soucieux de ne pas faire d'excès et ces tentatives conditionne les informations données. Comment traiter cette demi-vérité et cette tentative du patient de corriger ses propos pour rétablir les faits et son image de soi ? La confiance du patient dans son MD est alors centrale, car le patient est certainement embarrassé de la situation et son attitude dépendra de la relation de confiance qu'il a avec le MD. Si la relation est bonne, de type partenarial, il s'ajustera probablement avec une phrase comme "C'est vrai, j’ai minimisé un peu ma consommation, la réalité c'est que...".

Par ailleurs, la relation se construit dans le temps et le médecin peut juger qu’il n’y a pas d'urgence pour cette action de prévention. Le professionnel aura l'opportunité d'y revenir dans des rencontres futures et d'amener le patient à révéler son comportement réel. Le MD n'a pas besoin dans ce cas d'insister sur l'exactitude des propos du patient. Il aura l'opportunité de rediscuter ce point lors d’une consultation de suivi. Il peut donc se permettre, cette fois, de lui sauver la face.

**Conclusion**

Presque tout le monde préfère conserver une réputation positive et solide, « d’avoir de la face". Il est important de garder cela à l'esprit et d'identifier à quel point "sauver la face" peut être important pour votre patient. Comprendre cela peut faire place à un résultat positif qui laisse les deux parties confiantes dans leur décision8.

**Références**

1. Amossy R. La présentation de soi. Éthos et identité verbale. Paris : PUF, 2010.

2. Brill A. Saving face. Moving forward boldly despite a drug's betrayal. Psychology Today, 2010. Disponible sur : https://www.psychologytoday.com/ca/blog/chronic-healing/201011/saving-face [consulté le 12 janvier 2023].

3. Denvir P. Saving face during routine lifestyle history taking: How patients report and remediate potentially problematic conduct. Communication and Medicine 2014;11(3):263-74.

4. Gofman E. On face work: an analysis of ritual elements in social interaction. Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes 1955:18(3):213-31.

5. Gofman E. The Presentation of Self in Everyday Life. New York: Doubleday, 1959.

6. Gofman E. Relations in Public: Microstudies of the Public Order. New York: Harper & row, 1971.

7. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. ERPI : Montréal, 2016.

8. Shulman HP. The presentation of self in Contemporary Social Life. London: SAGE, 2016.