

20 ans de « Mieux communiquer »

Séminaire pour médecins et personnel soignant en oncologie

Ligue suisse contre le cancer
F. Stiefel, I. Rousselle, Sonia Krenz, P. Guex
CHUV Lausanne Suisse

Format

Plusieurs fois l'an, une formation d'environ 10 participants (médecins oncologues, soignants) (notre équipe de psychiatres, psychologues) dans les régions linguistiques du pays

- Cours résidentiel de 1 1/2, 2 jours, suivi de 4 à 5 supervisions individuelles, se terminant par une journée d'évaluation et d'enseignement (dépression, tr. adaptatifs, deuil)
- Formation par discussions de cas cliniques, jeux de rôles, analyses vidéo d'entretiens des participants avec un patient simulé (chaque participant est filmé au commencement et à la fin de la formation).

But du séminaire

A. Il a pour objectif de :

- Sensibiliser les professionnels à ce qui se passe dans l'interaction soignant/soigné
- Identifier son propre style de communication
- Gérer des situations difficiles avec le patient, la patiente
- Discuter des études de cas

But du séminaire

B. Aux moyens de :

- Réflexion sur différents modes de communication
- Communication centrée sur le patient, ses représentations, son vécu
- Comment développer la relation et une alliance avec le patient ?
- Exercices pratiques visant à plus de souplesse et de flexibilité dans les interactions

Éléments clefs de la communication soignant-soigné I: la forme

- Cadre de la consultation
 - Éléments
 - Fonction
 - Impact
- Structure de l'entretien
 - Comment structurer ?
 - Pourquoi structurer ?
 - Comment adapter la structure ?

Éléments clefs de la communication soignant-soigné II : échange et qualité des d'informations

- **Obtenir des informations**
 - Contextualiser les questions
 - Type de questions
 - Clarifications
- **Donner des informations**
 - Préparer l'entretien
 - Être attentif à l'état du patient
 - Langage
 - Masse critique
 - ReformulerPrioriser, introduire des étapes
 - Inviter à des questions
 - Vérifier la compréhension
- **Attention aux réponses hâtives aux questions**

Éléments clefs de la communication

Soignant-soigné III : les émotions

- Observer!
- Attendre!
- Ecouter!
- Réponse concernée / empathique
 - Je comprends ... vraiment?
 - Essayer de réellement comprendre
 - Contenir, supporter les préoccupations
- Pas de consolations précoces
- Transition nommée
- Pourquoi est-il difficile de tenir compte des émotions? Qu'est-ce qu'elles suscitent en nous?

Manifestations et sources des émotions

- Les émotions se traduisent par des attitudes verbales, non verbales et comportementales
- Elles sont souvent identifiables (peur, tristesse, déception, colère...)
- Les raisons de ces émotions ne peuvent être comprises que par rapport à la réalité du patient :

Exemple : carcinome du testicule et désir d'enfant : «Comment vais-je le dire à ma femme?»

« Je vais perdre mes cheveux, comment tenir dans mon nouveau travail? Ou dans mon couple ? Ou on m'a toujours admirée mes boucles! »

Correspondances: émotions/ sentiments

sentiments

- Insécurité
- Abandon, déception, perte
- Tension, Stress
- Antipathie, rancœur
- Haine, hostilité, révolte
- Sympathie, amitié
- Déstabilisé
- Humilié

émotions

- Peur
- Tristesse
- Anxiété, Angoisse
- Dégoût
- Colère
- Plaisir, joie
- Surprise
- Honte

Perspectives du médecin

Questions fermées ou suggestives

- Réponses précises attendues de type oui/non ou quantitatives
- Depuis quand ?
- Combien ?
- Vous êtes à l'aise ?
- Vous n'avez pas eu mal depuis la dernière fois ! (?)
- Vous n'avez pas d'autre question ?
- Souvent des questions pourquoi ? Système causal
- Avec réponse « alors je vous réexplique »

Questions ouvertes

- Pouvez-vous me parler de ce qui vous arrive, de comment vous vous représentez tout ça ?
- Quelles préoccupations et craintes par rapport à la suite des traitements ?
- Quelque-chose d'important que vous auriez encore envie de partager ?
- Il me semble que c'est d'autant plus angoissant pour vous que cette rechute vous la redoutiez depuis longtemps!
- Je vois que vous êtes très à l'écoute de votre mari, que vous suivez très attentivement ses traitements ! Vous vous tenez très informée, cela a toujours été comme cela ?

IV. Construction relationnelle : attitudes encourageant le patient à verbaliser son vécu

- Cadre adéquat et attitude accueillante
- Disponibilité, écoute empathique

Quand j'entends ce qui vous est arrivé, je peux comprendre que vous soyez parfois triste et désespéré

- Clarification des aspects psychologiques

Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous entendez quand vous dites « ça va mal » ?

“Il me semble d'autant plus important de discuter avec vous du nouveau traitement que j'ai bien enregistré vos craintes ! »

Attitudes n'encourageant pas le patient à verbaliser son vécu

Attitude non réceptive du soignant se manifestant par :

- Attitude de non disponibilité
- Focalisation sur les aspects médico-biologiques
- Questions suggestives (ça va déjà mieux n'est-ce pas ?)
- Consolation précoce (ça va s'arranger, ne vous en faites pas)

Literatur: Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C, Hillier V (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. Eur J Cancer 32A: 78-81.

Crainces du médecin/soignant

- Sentiment d'incompétence dans le domaine psychologique
- Comment se comporter ? « Que faire? »
- Crainte d'être intrusif, de se mêler de ce qui est de la sphère privée
- Perturber l'équilibre psychique du patient
- Etre envahi, débordé par cette l'émotion
- Avoir à prolonger la consultation, être débordé par le temps

Sélection d'entretiens

- **Difficultés de communication identifiées par :**
 - Focus limité aux aspects médicaux
 - Prédominance de questions fermées
 - Transitions abruptes d'un sujet à l'autre
 - Interruptions fréquentes du patient
 - Réassurance prématurée ou inadéquate
 - Évitement des préoccupations du patient

Information non adaptée aux besoins du patient

- Interviews insuffisamment structurés (patients anxieux)
- Interviews sur-structurés, privant le patient d'apparaître dans sa singularité de personne
- La compréhension de l'information n'est pas vérifiée
- Difficultés des cliniciens à distinguer réponses cognitives des réponses émotionnelles

Défenses des cliniciens et adaptation des patients

- L'auto-protection ou les « mécanismes de défense » du clinicien peuvent affecter l'adaptation du patient, sa qualité de vie, son adhérence au TTT, le contrôle de la douleur, sa capacité à retenir l'information et sa satisfaction.

Auto-réflexion

- Se revoir “filmés” conduit les participants une réflexion sur leurs choix ou leur identité professionnelle.
- En supervision, ils abordent des aspects personnels sensibles, ils font des liens entre vécu professionnel et éléments biographiques.
- La supervision est ainsi une expérience clé pour l’identification et l’analyse d’aspects de la communication
- Processus de changement et amélioration des habiletés cliniques.

Les travers les plus fréquents de la communication et voies alternatives...

- ▶ L'évitement (réponse à côté ou sans transition ou lien avec ce que vient de dire le patient)
- ▶ La standardisation excessive de l'information
- ▶ La collusion
 - ▶ Don't ask, don't tell
- ▶ La réassurance prématurée
- ▶ Fausses réassurances
- ▶ Faites-nous confiance !
- ▶ Relancer l'entretien
- ▶ Evaluer / reformuler
- ▶ Vérifier la compréhension
 - ▶ Attention à la loyauté de l'information
 - ▶ Ex : un « traitement »... dans quel but?
- ▶ Aider à verbaliser l'émotion
- ▶ Je vois que tout cela ne vous inspire pas confiance et...

Prochain meeting 2018.....

Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009

F. Stiefel^{1*}, J. Barth², J. Bensing³, L. Fallowfield⁴, L. Jost⁵, D. Razavi⁶ & A. Kiss⁷ for the participants[†]

¹Psychiatry Service, Department of Psychiatry, University Hospital Lausanne and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland; ²Division of Social and Behavioral Health Research, Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Switzerland; ³The Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, The Netherlands; ⁴Brighton and Sussex Medical School, Brighton, UK; ⁵Service of Oncology, Department of Internal Medicine, Cantonal Hospital Bruderholz, Bruderholz, Basel, Switzerland; ⁶Psychosomatic and Psycho-Oncology Research Unit, Institute Jules Bordet and Free University of Brussels, Brussels, Belgium and ⁷Division of Psychosomatic Medicine, Department of Internal Medicine, University Hospital, Basel, Switzerland

4 dimensions clés :

- Une dimension théorique sur les techniques de communication
- Une dimension comportementale basée sur des jeux de rôle ou des entretiens simulés
- Une dimension de *modeling* basée sur des entretiens enregistrés
- Un échange entre pairs à partir des situations de jeu de rôle et des

CSTs : recommandations

- ▶ Durée, contenu, méthodes pédagogiques utilisées, nombre de participants et leurs professions
- ▶ Recommandations du *Consensus meeting*.
- ▶ *Setting*, objectifs et participants: obligatoires, cours de base et avancés centrés sur des objectifs précis_ discuter des options thérapeutiques, identifier et traiter la détresse psychosociale, durée d'au moins trois jours pour « potentialiser » le transfert des compétences dans la pratique clinique, petits groupes (4 à 6 participants par formateur/animateur)*
- ▶ *Stiefel F, Barth J, Bensing J et al. (2010) Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 21:204-207

CSTs enseignent :

- ▶ Structurer un entretien,
- ▶ Organiser l'échange d'informations,
- ▶ Répondre aux émotions du patient
- ▶ Établir une relation de confiance
- ▶ Favoriser l'alliance thérapeutique

Comment évaluer ?

- ▶ Meilleures aptitudes communicationnelles des participants ?
- ▶ Grilles standardisées d'observation, *checklists*, systèmes d'analyse des interactions (*Interaction Analysis Systems* (IAS))
- ▶ RIAS
- ▶ Déconstruction, décontextualisation

Protocoles, guidelines etc..

- ▶ Acquis: 80% des énoncés « sensibilité émotionnelle » du clinicien (*cluster* regroupant les catégories *montre de la préoccupation, empathie, légitimise et rassure/encourage*) étaient en fait des formules:
 - ▶ « Il ne faut pas vous inquiéter! »
 - ▶ « Ça va aller! »
 - ▶ Les cliniciens se servent des énoncés « réassurances » pour clore un sujet, voire la consultation, ou pour interrompre le récit des patients

Autres critères d'impact ?

- ▶ Plus complexe à mesurer et suppose des approches qualitatives inductives:
- ▶ Pas de réassurance prématurée du patient
- ▶ Ne pas chercher à solutionner un problème psychique en recourant à des interventions somatiques
- ▶ Supporter une certaine incertitude
- ▶ Évolution des mécanismes de défense des cliniciens, signalant une diminution ou augmentation de l'angoisse face au patient?
- ▶ Bernard M, de Roten Y, Despland JN, Stiefel F. (2010) Communication skills training and clinicians' defenses in oncology: an exploratory, controlled study. *Psycho-Oncology* 19: 209-215

Et le clinicien? Ses représentations?

- ▶ Pourquoi il évite certains thèmes?
- ▶ Son vécu ? Raison de son agir?
- ▶ Oubli de parler de la possibilité de traitements symptomatiques sans chimiothérapie, proposition alternative adéquate d'un point de vue médical.
- ▶ Seulement quelques études en oncologie portent sur les caractéristiques du clinicien susceptibles d'influer sur la communication ou sur le patient
- ▶ De Vries AMM, de Roten Y, Meystre C, et al. (2014) Clinician characteristics, communication and patient outcome in oncology: a systematic review. *Psycho-Oncology* 23:375-381

Bibliographie

- ▶ F. Stiefel, C. Bourquin. Aptitudes communicationnelles et formations à la communication en oncologie : discussion critique. *Psycho-Oncol.* (2014) 8:195-199
- ▶ F. Stiefel, M. Saraga, C. Bourquin. Clinical communication: don't forget the physician! *Medical Education* 2017 51: 974–978
- ▶ C. Bourquin, F. Stiefel. Formation à la communication clinique : malaise dans la médecine. *Rev Med Suisse* 2017 ; 13 : 350-2
- ▶ B. Schaad, C. Bourquin B, F. Panese, F. Stiefel. Patients : sujets avant d'être partenaires. *Rev Med Suisse* 2017 ; 13 : 1213-6

Sommairement

- ▶ Désenchantement et différenciation spécialisée des formations
- ▶ Il semble nécessaire d'envisager une formation postgraduée centrée davantage sur les éléments qui participent à la construction de la relation interpersonnelle avec le patient et au renforcement de l'alliance thérapeutique que sur l'acquisition d'« aptitudes» techniques et ce, afin que la singularité du patient ne se trouve pas évacuée de la communication clinique.
- ▶ Les patients désirent être des sujets avant d'être des partenaires à propos du circuit des plaintes