



Améliorer les compétences communicationnelles : expérience «clinique» et évaluation scientifique

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 390-2

F. Stiefel
I. Rousselle
J.-N. Despland
P. Guex

Pr Friedrich Stiefel
Mme Ingrid Rousselle
 Service de psychiatrie de liaison
Pr Patrice Guex
 Département de psychiatrie adulte
 CHUV, 1011 Lausanne
 frederic.stiefel@chuv.ch
 ingrid.rousselle@chuv.ch
 patrice.guex@chuv.ch

Pr Jean-Nicolas Despland
 Institut de psychothérapie – IUP
 Les Cèdres – Site de Cery
 1008 Prilly
 jean-nicolas.despland@chuv.ch

Improving communication skills is possible: «clinical» experience and scientific assessment

While the importance of individualized and comprehensive care, taking into account the bio-psychosocial characteristics of the patient, has been demonstrated, this remains a considerable challenge in daily clinical practise. The Swiss Cancer League promotes since many years so called Communication Skills Training (CST). Different studies have demonstrated a positive impact of CST, illustrating that communicational competence is not only a consequence of a personal and professional development, but can be modified by an intensive and interactive training. A new scientific approach aims to elucidate the underlying mechanisms of communicational improvements, based on the hypothesis that CTS modify participants' defence mechanisms.

Si l'importance d'une relation de soin prenant en compte le sujet malade dans sa globalité biopsychosociale n'est plus aujourd'hui à prouver, sa pratique au quotidien reste un défi considérable pour les cliniciens. La Ligue suisse contre le cancer propose depuis quelques années des séminaires intitulés *Communication Skills Training* visant à améliorer les aptitudes de communication des soignants. Plusieurs études ont mis en évidence l'impact positif de tels séminaires, démontrant que les compétences communicationnelles ne sont pas seulement le fruit d'un développement personnel et professionnel mais peuvent se modifier par un enseignement intensif et interactif. De nouvelles études cherchent à mettre en lumière les mécanismes profonds de ces changements, une des hypothèses retenues étant un possible remaniement des défenses des soignants.

INTRODUCTION

Pour un grand nombre de patients une maladie grave représente une rupture dans leur trajectoire existentielle. Au niveau physique, un corps jusqu'alors fiable et silencieux devient tout à coup bruyant et source de dysfonctionnements et de symptômes qui font irruption dans le quotidien. Au niveau psychique, la menace que représente la maladie fragilise l'individu et bouleverse ses repères. Au niveau social, la maladie change les rôles et les relations, modifie le statut du sujet, qui devient un «patient». Au niveau spirituel, la maladie interroge le sens de la vie et crée souvent un profond sentiment d'insécurité.¹

On en trouve un exemple dans le roman «La mort d'Ivan Ilitch» de Léon Tolstoï.² Ivan Ilitch a quarante-cinq ans, il est magistrat à la Cour. Il souffre tout à coup de symptômes de plus en plus douloureux et menaçants. Lors de sa visite chez son médecin, l'auteur écrit : «La visite se passa exactement comme il l'avait prévu et comme il se doit : une longue attente, une gravité toute médicale, de commande (celle-là même qu'il affectait à l'audience), l'auscultation, les questions qui réclamaient des réponses convenues d'avance et par conséquent inutiles...». Une mine imposante, qui semblait vouloir dire : «Faites-nous confiance. On saura vous tirer de là, ça nous connaît. Chez nous, tout est prévu pour tous et chacun...». «En fin de compte, il crut comprendre que son état était très grave, et soudain tout lui parut triste, si triste : les rues, les cochers de fiacre, les maisons, les passants, les boutiques...».

LA COMMUNICATION SOIGNANT-SOIGNÉ : UN ÉLÉMENT-CLÉ EN MÉDECINE

Selon le code de déontologie, le patient doit bénéficier d'une information loyale, claire et appropriée, essentielle à sa détermination et à l'expression de ses choix, en toute autonomie. La «démocratie du soin» entre soignant et soigné tient, en effet, à la valeur et à la pertinence de l'information échangée. Celle-ci



doit être adaptée aux rythmes et aux représentations de l'interlocuteur, en tenant compte de ses interrogations, de ses attentes et de ses besoins.³ Cet effort d'information et de communication contribue à maintenir l'estime de soi du malade et constitue un soutien essentiel. Au sens de Levinas,⁴ le premier niveau éthique survient lorsque quelqu'un se sent aimé et reconnu dans son altérité; il peut alors continuer à s'aimer soi-même, retrouver des repères, rétablir de la cohérence dans un projet de vie même limité et bouleversé par la maladie. La communication garantit aussi le développement d'une relation de soin authentique et d'un lien de confiance. La tension entre le sentiment de permanence de soi et les changements dus à la maladie peut être ainsi résolue par un travail sur l'identité narrative, qui est une mise en récit ou en intrigue du vécu du malade au cours des entretiens qu'il a avec ses soignants.⁵

Les multiples fonctions de la communication soignant-soigné – échange d'informations, expression émotionnelle, développement d'une alliance thérapeutique, reconstruction narrative – représentent un défi considérable pour les cliniciens. Il est alors compréhensible que cet entretien soit un exercice délicat et sensible et que certaines difficultés communicationnelles puissent se manifester dans la consultation.

DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION DANS LA RENCONTRE SOIGNANT-SOIGNÉ

Un bref entretien au cours d'une visite dans un service d'oncologie illustre notre propos. M^{me} P., 78 ans, souffre d'un lymphome. Elle est hospitalisée depuis trois jours. Le médecin entre dans la chambre et lui adresse la parole: «bonjour Madame... Avez-vous pu prendre une décision pour la chimiothérapie?...». La patiente le regarde et répond: «vous savez, comme enfant, j'ai grandi dans un orphelinat...». Ensuite le médecin dit: «mmh, oui ce n'était sans doute pas facile... je reviendrai pour la chimiothérapie dans l'après-midi...». Cet échange illustre à quel point la communication soignant-soigné ne se limite pas à échanger des mots, ni à entendre, répéter ou légitimer le vécu du patient, mais nécessite d'entrer véritablement dans la narration du patient. Ceci suppose reconnaître que la biographie colore le présent et donc le vécu face à la maladie; être entendu, compris, permet au patient de retrouver une cohérence et d'établir des liens. Des liens qui existent entre le passé et le présent, le corps et le psychisme, la pensée et l'émotion ou entre le soignant et le soigné.

Certaines difficultés de communication peuvent être certes reliées à une maîtrise insuffisante de techniques d'entretien telles que la gestion du temps, le style de communication ou la vérification de la compréhension de l'information. Mais nous avons surtout observé que ces difficultés surgissent à des moments précis, sensibles de l'entretien, notamment lorsque le soignant se trouve confronté à l'émergence de certains affects.

Nous avons décrit ailleurs la manière dont se traduisent ces difficultés:³ il s'agit notamment de la prédominance de termes médicaux dans l'entretien, de transitions abruptes (par exemple, un changement soudain de thématique face

à l'angoisse d'un patient), de phrases qui ne laissent que très peu d'espace à l'interlocuteur (par exemple, constatations péremptoires, questions suggestives, consolation précoce), de l'introduction d'un tiers (par exemple, annonce à un patient qu'il pourrait bénéficier des offres du service psychiatrique de l'Institution sans avoir clarifié la situation) ou de changements d'attitude du soignant caractérisés par un manque d'empathie et d'authenticité, par de l'indifférence, voire de l'irritation et une diminution de l'écoute.

SÉMINAIRES POUR AMÉLIORER LES COMPÉTENCES DE COMMUNICATION

Face aux difficultés mentionnées ci-dessus, des séminaires adressés aux médecins et soignants travaillant en oncologie ont été organisés par la Ligue suisse contre le cancer, dans le but de développer les compétences liées à la communication.⁶ Ces séminaires, intitulés *Communication Skills Training* sont offerts depuis plus de sept ans en Suisse romande et une centaine de professionnels y ont participé. Les séminaires se déroulent en petits groupes d'environ huit personnes et se basent sur l'analyse d'entretiens filmés avec des patients simulés, sur des jeux de rôle et des discussions de cas cliniques. D'une durée de deux jours, ils sont suivis d'une supervision individuelle à raison d'une séance par mois, puis à nouveau d'une demi-journée en groupe six mois plus tard. Chaque participant réalise donc un entretien filmé avec un patient simulé au début du séminaire, puis six mois après. L'analyse de vidéos a pour objectif de permettre à chaque participant d'identifier son propre style de communication. Le regard se porte notamment sur la gestion et la structure de l'entretien, le style des questions, la transmission de l'information, l'expression verbale et non verbale, les silences, l'espace laissé aux émotions, la construction relationnelle et les mouvements défensifs du soignant. Cette analyse est complétée par des jeux de rôle basés sur des situations cliniques que les participants ont identifiées comme «difficiles» dans leur pratique, par des moments de réflexion et par des apports théoriques si nécessaire.

Ces séminaires permettent à la plupart des participants d'améliorer leurs compétences communicationnelles et leur capacité à mener un entretien centré sur le patient. Ces progrès se manifestent par une attitude relationnelle plus souple, alliant de manière équilibrée des informations médicales et la prise en compte du vécu, des émotions et des représentations du patient. Les transitions entre les différents thèmes sont abordées de manière cohérente et consensuelle. Les moments d'émotion sont partagés et s'accompagnent, si cela s'avère nécessaire, d'une clarification de la source de ces émotions. D'un tel entretien naît une alliance thérapeutique qui permet non seulement d'évoquer les faits, mais également de les signifier dans l'univers narratif du patient.

Une communication qui négligerait les besoins des malades est par contre associée à une augmentation de leur détresse psychologique, une diminution de leur qualité de vie, et à une mauvaise adaptation à la maladie. Elle aurait aussi une incidence sur les soignants et leurs risques d'épuisement professionnel.⁷



Différents éléments contribuent à l'amélioration des compétences communicationnelles des participants à ces séminaires. Relevons ici la confrontation directe avec leur propre style de communication en revoyant les entretiens filmés, l'expérience des jeux de rôle et la possibilité d'explorer des approches alternatives plus satisfaisantes, le partage avec les formateurs et les collègues, le vécu de l'acteur durant l'entretien, enfin l'identification des émotions et des mouvements défensifs liés à certaines confrontations cliniques et l'importance accordée au vécu des participants. Le haut degré d'interactivité, l'approche pédagogique individualisée et le vécu du participant, qui est au centre du séminaire, sont des éléments plus généraux qui contribuent aussi à ce succès.

ÉVALUATION SCIENTIFIQUE DES SÉMINAIRES

L'impact de ces séminaires a été démontré de multiples fois et une revue systématique l'a récemment confirmé.⁷ Toutes les études évaluant l'effet des séminaires de communication proposés à des cliniciens en oncologie se sont focalisées jusqu'à présent sur des aspects techniques tels que le style des questions, les moments de silence, la clarté des informations transmises, l'espace laissé à l'expression émotionnelle du patient, la réponse empathique et l'entrée en matière à partir de «perches» tendues par le patient. Alors que ces études ont permis de démontrer les changements induits par ces séminaires, elles n'ont pas permis de comprendre comment ces séminaires favorisaient ces modifications.

Notre expérience nous a amenés à émettre l'hypothèse que cette formation permettait aux participants de réduire leur anxiété et donc d'avoir moins recours à des mécanismes de défense mal adaptés, de type plutôt immature tels le déni ou la projection, et de rester plus en lien avec le patient, lui laissant de l'espace pour s'exprimer.

Pour tester cette hypothèse, un nouveau projet de recherche évaluera entre autres le nombre et le type de mécanismes de défense utilisés par le soignant durant le premier et le deuxième entretien; le codage sera effectué sur la base d'enregistrements vidéo par une personne spécialement formée à l'utilisation des différents instruments sélectionnés.

Une première étude pilote⁸ a ainsi permis de démontrer une diminution significative des défenses immatures et une augmentation du niveau défensif global vers plus de maturité et de flexibilité. Ces résultats rejoignent des

recherches en psychothérapie qui montrent que des interventions brèves de quelques séances induisaient des modifications de l'organisation défensive du patient.

Cette préenquête nous a permis d'obtenir un subside d'OncoSuisse pour réaliser une étude plus ambitieuse qui analysera un plus grand nombre d'interventions en les comparant avec un groupe contrôle sans séminaire de communication.⁹

CONCLUSION

La communication soignant-soigné est l'élément central de toute rencontre avec nos patients, caractérisée par une densité relationnelle et une complexité importante.¹⁰ Cette communication, à redécouvrir lors de chaque entretien, et au cœur de l'action médicale, est source de satisfaction personnelle. Notre expérience «clinique», confirmée par l'évidence scientifique, permet de constater que les compétences communicationnelles ne sont pas seulement innées, fruits d'un développement personnel et professionnel, mais peuvent se modifier grâce à un enseignement intensif et interactif qui confronte les participants à leur propre style communicationnel et leur permet d'évoluer. ■

Implications pratiques

- Les difficultés de communication soignant-soigné surgissent surtout lorsque le soignant se trouve confronté à l'émergence des affects du patient, tels que l'anxiété ou l'agressivité
- Les *communication skills training* permettent d'améliorer les compétences communicationnelles et la capacité des soignants de mener un entretien centré sur le patient
- Il a été démontré que les *communication skills training* favorisent une meilleure maîtrise des techniques de l'entretien tels que le style des questions, la vérification de la compréhension de ces informations, les moments de silence, la clarté des informations transmises, l'espace laissé à l'expression émotionnelle du patient
- Une première étude pilote s'intéressant à des aspects psychodynamiques montre que les *communication skills training* induisent des modifications de l'organisation défensive des soignants

Bibliographie

- 1 Stiefel F. Le «soutien psychologique» des patients gravement malades – Tout le monde en parle, mais qu'est-ce que cela veut dire? Palliative-CH 2005;3:4-5.
 - 2 * Tolstoi L. La mort d'Ivan Iltch. M.-R. Hofmann. Paris: Ed. Gallimard, 1976.
 - 3 * Stiefel F, Rousselle I, Guex P. La communication: un élément central en soins palliatifs. Med Hyg 2002; 60:308-12.
 - 4 Lévinas E. Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. La Haye: Ed. Martinus Nijhoff, 1974.
 - 5 ** Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Ed. Seuil, Coll. L'ordre philosophique, 1990.
 - 6 Kiss A. Communication skills training in oncology: A position paper. Ann Oncol 1999;10:899-901.
 - 7 * Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: A systematic review of effectiveness. Support Care Cancer 2004;12:692-700.
 - 8 Despland JN, Stiefel F, Favre N, et al. Adaptation of the defense mechanism rating scales for evaluating therapists' defense mechanisms: Principles, reliability and face validity. Presented at the European Chapter Meetings of the Society for Psychotherapy Research, March 2005, Lausanne.
 - 9 Stiefel F, Despland JN, Favre N, Guex P. Effects of Communication Skills Training on oncology clinicians' communication styles and defense mechanisms. Onco-Suisse (OCS-01595-08-2004).
 - 10 * Maguire P. Breaking bad news. Eur J Surg Oncol 1998;24:188-91.
- * à lire
** à lire absolument