L'humanité et l'empathie

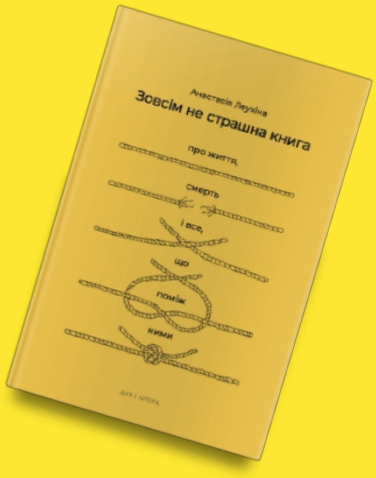
dans le secteur de la santé

guide pour les enseignants

Conception et mise en page
Anastasia Leukhina

« Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux » — un guide pratique conçu comme un manuel pour ceux qui sont eux-mêmes confrontés à une maladie grave et potentiellement mortelle, ou qui cherchent fébrilement des réponses pour aider un proche à surmonter telle ou telle situation. Un diagnostic incurable « efface » encore aujourd'hui chez le patient l'être humain avec tous ses besoins et ses sentiments, mais « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux » montre que tout peut et doit être différent. Ce livre
— un pont entre les médecins et les sentiments du patient. Un pont entre la société et les personnes gravement malades. En fin de compte, c'est un pont entre les patients et eux-mêmes. Car chaque personne, quelle que soit sa maladie, a droit à une vie digne et à la joie.

http://non-scary.org/



L'association « Horizontales » — pour plus d'humanité dans les soins de santé

Une équipe de personnes partageant les mêmes idées, qui tisse des liens horizontaux entre les acteurs des secteurs de la médecine et de l'éducation et mène une campagne de sensibilisation auprès des professionnels de santé et des patients afin de défendre la dignité de chaque personne dont la vie est « bouleversée » par le diagnostic qu'elle a reçu.
Grâce à l'action de l'organisation et de ses partenaires, les proches peuvent désormais rester aux côtés des patients en soins intensifs 24 heures sur 24 (arrêté n° 592 du ministère de la Santé), et des dizaines de milliers d'Ukrainiens dont les enfants se trouvent en soins intensifs disposent désormais d'un guide pratique intitulé « Avec son enfant en réanimation : questions et réponses ».

Cette publication a été éditée dans le cadre du projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical », mis en œuvre en Ukraine par l'Institut suisse de santé tropicale et publique (Swiss TPH) avec le soutien de la Direction du développement et de la coopération (DDC).

Responsable du bureau de projet :
Dr Tetyana Stepurko
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

Responsable du projet :
Martin Raab, chef de département, Centre suisse de santé internationale, Institut suisse de santé tropicale et publique (Swiss TPH), Socinstrasse 57, 4051 Bâle, Suisse
martin.raab@swisstph.ch

Coordonnées du bureau à Kiev :
6B, rue Luteranska, app. 43, 01001 Kiev, Ukraine Téléphone : +380 44 384 10 09
mededu.org.ua

MedEduUkraine

Développement de l'enseignement médical

Leukhina A. G.,
Bogdan D. B.,
Borovyk I. O.,
Gavrysh T. S.,
Galiash N. B.
Gvardovska O. O., Golovin
O. A., Goretska A. M.,
Gorska O. V.
Gusak S. R.,
Ignashchuk O. V.,
Kakhnova M. G.,
Korotun O. P.,
Kostyuk O. O.,
Movchan I. V.,
Petrynych O. A.
Povar N. A.
Rudakova N. E.
Sendetska T. M.
Tykholaz Yu. V.
Turpakova Yu. O.
Kharitonov O. V.
Shunko E. E.
Shchudrova T. S.

HUMANITÉ ET EMPATHIE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

GUIDE À L'INTENTION DES ENSEIGNANTS

MAÎTRE DES LIVRES
KIEV
2022

UDC

Leukhina A. G.

Bogdan D. B., Borovyk I. O., Gavrysh T. S., Galiash N. B., Gvardovska O. O., Golovin O. A., Goretska A. M., Gorska O. V., Gusak S. R., Ignashchuk O. V., Kakhnova M. G., Korotun O. P., Kostyuk O. O., Movchan I. V., Petrynych O. A.,
Povar N. A., Rudakova N. E., Sendetska T. M., Tykholaz Yu. V., Turpakova Yu. O., Kharitonov O. V., Shunko E. E., Shchudrova T. S.

Humanité et empathie dans les soins de santé. Guide pour les enseignants. – Kyiv : Maïster knyk : 2022. – ……. p., ill.

ISBN

Le guide « Humanité et empathie dans le secteur de la santé » est la première publication ukrainienne consacrée à l'enseignement, dans les établissements d'enseignement supérieur médicaux, des disciplines liées à l'approche centrée sur le patient, qui se doit également d'être interdisciplinaire. Ce guide s'inspire du cours de formation ukraino-suisse « Humanité et empathie dans les soins de santé » destiné aux professionnels de santé enseignants, dans le cadre du projet « Développement de l'enseignement médical ». Les coauteurs soulignent l'importance capitale d'une approche centrée sur la personne, par opposition à une approche paternaliste, lors de la prestation de soins médicaux à toutes les étapes : consultation, diagnostic, prévention, traitement et réadaptation. Les prestataires de soins de santé – médecins et infirmiers – doivent acquérir les compétences nécessaires pour instaurer le respect et l'empathie dans leurs interactions avec les patients dès leur formation dans l'enseignement supérieur.

Ce manuel a pour objectif d'améliorer le niveau général de qualité de la communication, afin de renforcer dans chaque cas la confiance et la coopération au service de la santé. Cet ouvrage contient des supports théoriques systématisés et des outils pratiques, fondés sur les connaissances actuelles en matière de communication respectueuse, d'éthique et d'empathie, et destinés à résoudre les défis contemporains urgents liés au bien-être humain.

Cet ouvrage propose de nombreux outils pour adopter un comportement professionnel dans des situations complexes, lors de l'annonce de mauvaises nouvelles et pour favoriser une communication bienveillante lors des consultations médicales. Il contient également des listes de contrôle destinées aux professionnels de santé et aux patients – des guides qui deviendront des outils indispensables pour toute personne concernée par les questions de soins médicaux.

Ce guide s'adresse aux professionnels de santé formateurs, aux professionnels de santé de toutes spécialités et de tous niveaux, ainsi qu'aux patients et aux coordinateurs de groupes de pairs et d'autres communautés.

Tous droits réservés. Aucune partie de cet ouvrage ne peut être reproduite, copiée ou utilisée de quelque manière que ce soit sous quelque forme que ce soit sans l'autorisation écrite du détenteur des droits d'auteur.

© Anastasia Leukhina, 2022
© Projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical », 2022
© Alina Borisova, conception 2022

Людяність та емпатія

en santé

guide pour les enseignants

Concept et mise en page : Anastasia Leukhina

Lien vers la version électronique :
mededu/library/ludianist-ta-empatia

Cette publication a été réalisée dans le cadre du projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical », mis en œuvre en Ukraine par l'Institut suisse de santé tropicale et publique (Swiss TPH) avec le soutien de la Direction du développement et de la coopération (DDC). Le projet est financé par la Direction du développement et de la coopération. Les opinions et les idées exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de la Direction du développement et de la coopération.

UDC

ISBN

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЕКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

SOMMAIRE

Avant-propos de l'équipe du projet 11
Comment l'idée de ce cours est-elle née ? 17
Pourquoi l'humanité et l'empathie sont-elles d'actualité ? 21
Qu'avons-nous appris de l'enquête sur la disposition des médecins à travailler avec les gens et de la demande des patients en matière d'humanité ? 22
Comment ce guide a-t-il vu le jour ? 26
Équipe pédagogique du cours 29
Comment utiliser ce guide ? 46
Exemples de réussite dans la mise en œuvre du cours 47

PARTIE I

Format de l'enseignement et son adaptation aux besoins des différents publics cibles 55
Cadre de contenu du cours 58
Comment utiliser « Un livre pas si pas si effrayant... » 61
Le papa de Yulia 62
Comment savons-nous que l'approche centrée sur le patient fonctionne ? 63

Thème 1. L'approche centrée sur la personne 69
Une histoire de dignité, de libre arbitre et d'une dernière bouffée de cigarette 73

Thème 2. L'empathie 77
Comment apporter une touche d'humanité à la médecine ? 79
L'histoire de Natalia, qui ne va pas chez le médecin tant qu'elle ne « tombe pas gravement malade» 79

Thème 3. La confiance dans la relation avec le patient. La consultation comme espace pour établir une relation de partenariat 87
L'histoire d'Ivanna et d'un neurochirurgien à l'écoute 89

Thème 4. Subjectivité et autonomie du patient. Les limites professionnelles. 95
L'histoire de la mère de Maria et les dilemmes du traitement 97

Thème 5. Confidentialité 103
L'histoire d'une jeune médecin et de son rire face à un homme gay séropositif 105

Thème 6. États émotionnels de crise et mauvaises nouvelles 111
L'histoire de Tatiana et la lettre dans l'enveloppe 113

Thème 7. Conflits et conversations difficiles 119
L'histoire de la grand-mère combative et de l'anesthésiste grossier 121

Thème 8. Tolérance et diversité : comment et pourquoi travailler avec des personnes **différentes** 127
L'histoire d'André et de la médecin de famille qui a changé sa vie 129

PARTIE II

Matériel pédagogique rassemblé et élaboré pour les cours sur les thèmes du programme

Thème 1. Une approche centrée sur la personne 137
Partie 1. Notions théoriques 141
Partie 2. Exercices pratiques. Étude de cas à discuter 149

Thème 2. L'empathie 159
Partie 1. Documents théoriques 163
Partie 2. Exercices pratiques 169
Exploration et prise de conscience de ses propres expériences comme revers de l'empathie 177

Thème 3. La confiance dans la relation avec le patient. La consultation comme espace pour construire une relation de partenariat 191
Partie 1. Documents théoriques 195
Modèle de consultation clinique de Calgary-Cambridge 195
Partie 2. Exercices pratiques 206

Thème 4. Subjectivité et autonomie du patient. Limites professionnelles. 213
En quoi ce chapitre diffère-t-il des autres en termes de contenu et de structure ? 216
Partie 1. Notions théoriques 217
Subjectivité et frontières 220
Comment fournir correctement des informations au patient et déterminer le niveau de détail nécessaire à chacun pour prendre une décision commune 223
Partie 2. Exercices pratiques 244

Thème 5. Confidentialité 247
Partie 1. Notions théoriques 251
Les notions d'« information » et d'« information confidentielle » 251
L'autonomie, ses principes, la notion de « consentement éclairé » 252
La vie privée et les principes permettant de la garantir. 253
Partie 2. Exercices pratiques 258

Thème 6. États émotionnels de crise et mauvaises nouvelles 261
Partie 1. Notions théoriques 265
Annoncer une mauvaise nouvelle 265
Soins en fin de vie 272
Annonce d'un décès 274
États émotionnels de crise 274
Soutien psychologique en cas de deuil difficile 279
Partie 2. Exercices pratiques 282
Livres et films sur les crises de la vie 286

Thème 7. Les patients dans des situations complexes. Conflit 289
Partie 1. Documents théoriques 293
Partie 2. Exercices pratiques 300

Thème 8. Tolérance et diversité 305
Partie 1. Documents théoriques 309
Discrimination 309
Communication interculturelle et diversité culturelle 313
Partie 2. Exercices pratiques 337

Au lieu d'une postface 341
L'histoire de la maman d'Alla et l'importance du choix des mots 342
Listes de contrôle pour les professionnels de santé et les patients 347
Liste de contrôle de base sur la dignité pour les professionnels de santé 351
Liste de contrôle de base sur le respect pour les patients 355

Mots d'encouragement de la part de leaders d'opinion 360
Remerciements 363

AVANT-PROPOS DE L'ÉQUIPE DU PROJET

Tetiana Stepurko
responsable du bureau de mise en oeuvre ukr.ns-swe du projet royal « Développement médiqueo du monde », professeure à l'Université nationale université de « l'Académie de Kyiv-Mohyla »



Le monde change. Sur les plans professionnel et social, de nouvelles incertitudes apparaissent, face auxquelles nous nous sentons désemparés. En ce moment même, nous portons un regard neuf sur nos expériences professionnelles passées et nous constatons déjà que la manière dont nous gérions autrefois le quotidien et les difficultés ne nous satisfait plus, ni probablement notre entourage, ni peut-être même la société dans son ensemble. À un certain moment de notre vie professionnelle, nous remarquons que nous avons des lacunes dans nos connaissances ou nos compétences, mais nous ne voyons pas où nous pourrions acquérir de nouvelles compétences. Nous observons l'émergence de nouvelles solutions destinées à faciliter la résolution des tâches qui se présentent à nous.

Des professions innovantes, actuelles et pertinentes, des connaissances, des compétences et les moyens de les acquérir : voilà ce qui naît d'une éducation saine. L'éducation et l'espace approprié, créé avec ceux qui aspirent au développement, apportent motivation et confiance, servent de stimulant et de fondement au développement professionnel et personnel.

Le projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical » est une plateforme qui aide les enseignants en médecine, les médecins et les infirmières à acquérir de nouvelles compétences et connaissances de manière agréable et approfondie, au sein d'un cercle de professionnels tout aussi engagés et compétents. Anastasia Leukhina, consultante du projet, est une experte dans l'art de changer le monde pour le mieux. En rassemblant dans son ouvrage « Un livre pas si effrayant que ça… » les histoires de patients, de leurs proches, de médecins, d'infirmières et de gestionnaires, elle nous a fait comprendre que la douleur existante doit être soulagée. Cette douleur résulte de situations complexes dans le domaine de la santé. Elle n'est pas tant physique qu'humaine. Elle concerne les relations, la communication, les valeurs d'humanité et de dignité.

Le projet a proposé à Anastasia, sur la base des études de cas tirées de « Un livre qui ne fait pas peur du tout... », de développer un produit éducatif qui aiderait les étudiants des établissements d'enseignement supérieur en médecine, ainsi que les praticiens – médecins et infirmières – à briser le cercle des malentendus et des accusations mutuelles pour s'engager sur une nouvelle voie de collaboration et d'empathie. Il y avait également une intention « cachée » (à l'instar des programmes cachés) : pendant six mois, côte à côte, les formateurs en médecine ont élaboré un cours, en apprenant par la pratique (learning by doing) l'approche par compétences dans l'éducation, sous la tutelle d'Anastasia.

L'année 2021, qui a été difficile, touche à sa fin, et les premiers pas vers des soins médicaux plus dignes ont déjà été franchis. Un groupe de formatrices en médecine a élaboré ce guide-référence en collaboration avec Anastasia. Nous sommes convaincues que les outils proposés et les compétences que vous aurez acquises donneront l'impulsion nécessaire à la publication du nouveau livre d'Anastasia sur les interactions dignes et humaines entre patients et soignants. Cela me donnera personnellement l'assurance que nous vivons dans un monde qui valorise la vie humaine.



Anastasia Leukhina,
consultante du projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical de premier cycle », formatrice et enseignante à l'École d'économie de Kiev et animatrice, présidente de l'association « Horizontal » « Un livre pas si effrayant que ça »

J'ai commencé à travailler dans le domaine de la santé par un combat. Mon fils nouveau-né, Maksymka, est mort derrière les portes closes de l'unité de réanimation. Sa grand-mère se tenait sur la cage d'escalier froide, devant la porte, cette nuit-là. Personne ne lui a donné de nouvelles de Maksymka ni ne lui a permis de lui dire adieu. Elle se souvient souvent des murs derrière cette porte, couverts d'affiches. Ces affiches contenaient de nombreuses interdictions et étaient rédigées sur un ton qui semblait s'adresser aux détenus d'une colonie pénitentiaire à régime strict, et non à des parents stressés par l'état critique de leur propre enfant. Les interdictions et les exigences strictes ont blessé, l'impossibilité d'être auprès de son enfant a traumatisé, et le manque d'informations a tué.

La campagne #пуститевреанимацию, que j'ai lancée avec d'autres mères, est devenue l'un des premiers mouvements de patients issus de la base en Ukraine, qui non seulement s'est battu contre le système, mais a également obtenu pour les gens le droit d'être aux côtés de leurs proches lorsqu'ils sont en réanimation. Ce fut une grande victoire : le ministère de la Santé a approuvé l'arrêté, et nous, en tant que communauté de patients, avons ressenti la force de l'union.

Les années ont passé, mais la pratique en matière d'accès variait considérablement d'un hôpital à l'autre : l'arrêté était le même, mais le personnel soignant et les administrateurs des établissements étaient différents. Dans certains hôpitaux, les visites étaient libres 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. D'autres enfreignaient l'arrêté en fixant des horaires de visite ou en gardant les portes fermées. Notre enquête auprès des patients et des visiteurs a montré que leurs principales sources de frustration étaient le manque d'accès, le manque d'informations sur le patient et le mauvais comportement du personnel soignant. Les patients et leurs familles ont un besoin important d'une meilleure communication.

J'ai pris conscience qu'il ne suffisait pas d'ordonner aux médecins et aux administrateurs d'ouvrir les services de réanimation. Il est essentiel de changer le modèle relationnel entre le personnel soignant et les patients. J'ai beaucoup étudié la facilitation, en grande partie pour disposer des outils nécessaires afin d'aider les patients et les médecins à mieux se comprendre. Grâce à ma formation professionnelle en matière de consolidation de la paix, à vingt ans d'enseignement des techniques de négociation et de communication, et à dix ans d'étude de la psychologie procédurale, j'ai pu apporter mes connaissances en matière de résolution des conflits à cette interaction.

Cela m'a amenée à explorer différents phénomènes et à expérimenter divers formats – de la formation des professionnels de santé pour partager des outils de communication, aux dialogues thérapeutiques pour écouter et comprendre leur souffrance. À ma grande surprise, la souffrance était immense. Je connaissais les différentes dimensions de la souffrance des patients, mais je ne réalisais pas que les médecins et les infirmières souffraient eux aussi, ni quelle était cette souffrance, ni pourquoi ils résistaient autant à l'ouverture et à l'honnêteté dans leurs relations.

Ces dialogues, associés à mon travail sur moi-même et à ma propre thérapie pour surmonter mes traumatismes, ont transformé ma vision de la relation entre le personnel soignant et le patient. Auparavant, j'attribuais toute la responsabilité de cette relation aux soignants, que je tenais pour responsables de nombreux problèmes. Je comprends désormais que cette relation relève de notre responsabilité commune. Que le patient et le médecin ou l'infirmière sont, à parts égales, responsables de la qualité du dialogue et du niveau de confiance mutuelle. Et la confiance a une influence directe sur les résultats du traitement. Il est donc important pour nous d'apprendre à établir ce dialogue de part et d'autre.

Ce cours et ce manuel constituent donc une réflexion sur la manière de passer du paternalisme ou du consumérisme à un véritable partenariat. Un long chemin nous attend encore, et je suis extrêmement heureuse que nous ayons réussi à réunir cette équipe de coauteurs et à trouver les moyens de faire ces premiers pas ensemble.



Olena Ignashchuk
Coordinatrice du projet ukraino-suisse
« Développement de
l'enseignement médical »

Je suis médecin de formation et j'ai enseigné à l'université de médecine. Tout au long de mon parcours universitaire – licence, master, internat, doctorat –, j'ai ressenti un manque de connaissances sur la manière de travailler avec les gens. J'ai eu de la chance avec mes professeurs : ce sont des personnes formidables qui, par leur propre exemple d'empathie, m'ont montré qu'une approche humaine en médecine est possible.

Mais cela ne figurait pas dans le programme d'études. Pendant les cours, je n'ai reçu aucun outil, algorithme ou schéma de communication en médecine concernant les pratiques d'une approche centrée sur la personne. Seulement les schémas médicaux standard d'un interrogatoire type et de la collecte des antécédents médicaux.

Comment sortir de situations difficiles ? Comment annoncer de mauvaises nouvelles ? Comment communiquer avec les différentes personnes qui se présentent à mon cabinet ? Je faisais tout cela de manière intuitive, en me basant sur mes propres idées, sans m'appuyer sur des connaissances ni des compétences.

Lorsque j'ai lu « Un livre pas si effrayant que ça... » d'Anastasia Leukhina[1], j'ai été très attristée d'apprendre que les patients se retrouvent si souvent dans des situations où il n'y a pas de compréhension avec le personnel soignant, où ils reçoivent trop peu, voire pas du tout, le soutien dont ils ont besoin, qu'ils se retrouvent seuls face à leurs peurs et à leur douleur, et que les professionnels de santé ne possèdent généralement pas les connaissances et les compétences qui leur permettraient de communiquer avec les patients avec humanité et empathie.

[1] Anastasia Leukhina. Un livre qui ne fait pas peur du tout. Sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux. - Kiev : Dukh et Littera, 2020. - 368 p.

Lorsque notre équipe de projet a commencé à discuter de l'idée de créer ce cours et ce manuel, nous avons ressenti une incroyable inspiration à l'idée de réaliser quelque chose d'important et d'utile. Une initiative importante à chaque étape de la formation – dans l'enseignement supérieur et postuniversitaire –, importante pour les médecins et les infirmières. Et surtout, importante pour les patients qui souhaitent être écoutés, voir leur opinion prise en compte dans les décisions, leurs limites respectées, et pouvoir compter sur le soutien de leur médecin dans les situations difficiles.



Maria Khrapachova,
rédactrice en chef, fondatrice du studio « Dali za tekstom »

J'ai découvert le guide « Humanité et empathie dans les soins de santé » à un stade où l'ouvrage devait être un petit manuel – un support des idées principales proposées par les participantes au projet ukraino-suisse
« Le développement de l'enseignement médical ». Le brouillon du manuel se présentait sous la forme d'une série de tableaux accompagnés d'explications, rassemblés dans un document Google Docs. Je lisais et je me surprenais à avoir le sentiment qu'un de mes souhaits les plus importants et les plus profonds était enfin en train de se réaliser, et je voulais vraiment que ces textes soient mûrement réfléchis, rédigés et assemblés non pas simplement en une chaîne linéaire, mais en un polyèdre harmonieux et rayonnant.

Au cours des mois suivants, le guide a décuplé de volume et s'est transformé en un futur manuel, dans lequel les anciens commentaires sur les tableaux constituaient désormais le « cœur » complet de tout ce que devaient assimiler les professionnels de santé à qui l'on allait enseigner cela. Humanité, éthique, communication écologique, priorité à la dignité humaine individuelle dans toutes les situations impliquant le personnel soignant et les patients, empathie, confiance et coopération au service de la santé.

Les contenus du manuel ont été regroupés en deux parties : les principes méthodologiques et les recommandations accompagnés d'exemples concrets dans la première, et les détails pédagogiques proprement dits dans la seconde. Certaines sections du manuel ont soulevé des questions : les thèmes voisins sont-ils réellement similaires en termes de densité de contenu, et tout ce qui est pertinent y a-t-il été inclus et a-t-il trouvé sa place et la forme d'expression appropriée ?

Certains thèmes ont posé des « difficultés », car une matière n'est pas nécessairement complexe en soi, mais plutôt en fonction du contexte et de l'expérience personnelle des personnes – des professionnels de santé formateurs – qui se sont attelés à traduire une quantité colossale de connaissances non médicales actuelles en sciences humaines pour leurs collègues. Ces connaissances et ces compétences sont novatrices et de pointe – elles sont souhaitables, et il est temps qu'elles s'intègrent au domaine médical.

Le fait de constater à quel point le travail des coauteurs du manuel s'est parfois avéré difficile montre qu'il est extrêmement important pour ces pionniers que l'humanité, l'empathie et la communication écologique deviennent compréhensibles et couramment utilisées par la communauté médicale. Je suis sans cesse impressionnée par la force de motivation de ces personnes. Car le travail des coauteurs du manuel est important pour l'ensemble du système de santé, et donc pour chaque individu, puisque nous sommes tous, à un moment ou à un autre, des patients.

La plupart des articles du manuel sont précédés des noms de ceux qui y ont travaillé. Tout le reste a été rédigé par Anastasia Leukhina.

Mon souhait suivant est de voir, à la suite de cette publication, des cours de formation mis en place dans les établissements d'enseignement supérieur en médecine et que les diplômés commencent à mettre en pratique une approche centrée sur le patient, et que tout cela contribue à un système de santé plus sain, tout en générant un retour d'expérience fructueux qui permettra de publier une nouvelle version du guide sur l'humanité et l'empathie, encore plus aboutie.



Alina Borisova,

graphiste, cofondatrice du projet Intozine

J'aime réaliser des projets que les gens créent à partir de leur motivation intérieure, comme une mission de vie, et qui peuvent changer quelque chose dans le monde. Le thème de l'empathie m'a beaucoup interpellée lorsque Anastasia m'a proposé de participer à la réalisation de cette publication, en me disant qu'elle souhaitait que j'apporte « ma chaleur et mon empathie » à ce projet. L'empathie est ma force, et je souhaite la mettre au service des projets auxquels je participe.

COMMENT L'IDÉE DE CRÉER CE COURS EST-ELLE NÉE

En observant les échanges au sein des communautés médicales et de patients, ainsi que les récits relayés par les médias, on constate qu'il existe une tension assez importante entre les patients et le personnel soignant. Les professionnels de santé ont du mal à supporter la charge de travail, ils sont épuisés par la fatigue et l'épuisement émotionnel, ils sont tendus en raison de la forte turbulence au sein du système de santé et de l'absence de résolution d'une multitude de questions financières, juridiques et sociales sur leur lieu de travail. Ils sont épuisés par les conflits internes et en reportent souvent les conséquences à l'extérieur, dans leurs relations avec les patients et leurs familles. Les professionnels de santé ont besoin de reconnaissance et de gratitude – de la part de l'État, de la direction, des patients et de la société en général –, mais ils n'en reçoivent pas suffisamment.

Les patients, quant à eux, sont également sur leurs gardes. Leur propre expérience et les récits d'autrui sont autant de sources de crainte et de méfiance. Les patients sont souvent pris en otage par les changements organisationnels. Ils se plaignent de ne pas bénéficier non seulement d'un respect et d'une compréhension suffisants, mais aussi des informations élémentaires concernant leur état de santé (ou celui des membres de leur famille). La tension qui règne dans les couloirs et les salles des établissements de soins, due à un faible niveau de confiance, crée une atmosphère assez hostile dans laquelle toutes les parties se sentent mal à l'aise : ni les médecins, ni les patients ne se sentent en sécurité.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette situation. Il s'agit :

Premièrement, **une culture d'interaction autoritaire au sein des hôpitaux, qui encourage une approche paternaliste dans le travail avec les patients**. Au sein de la profession médicale, il existe de nombreux modèles de comportement qui reflètent une attitude condescendante envers le personnel et les patients, mais trop peu de modèles fondés sur le respect et le partenariat. Les jeunes professionnels observent les maîtres expérimentés et reproduisent ce style dans leur propre travail.

Deuxièmement, **l'absence de formation en communication et en gestion de ses propres émotions et de celles des autres dans les programmes de formation des médecins et des infirmières.** De nombreux médecins et infirmiers souhaitent améliorer leur communication et résoudre les conflits, mais ne savent tout simplement pas comment s'y prendre. L'ensemble de leur formation antérieure était axée sur le corps et la maladie ; peu d'attention était accordée au travail avec les personnes.

Toute la formation des professionnels de santé était axée autour du travail sur le corps et la maladie ; le travail avec les personnes, peu d'attention a été accordée

Dans l'un des chapitres de « Un livre pas si effrayant que ça... », les faibles attentes des patients envers les professionnels de santé sont formulées. En substance : pour ne pas être déçu, n'attendez rien. Nous, l'équipe chargée de l'élaboration de ce guide, souhaitons changer cette situation. Nous voulons relever le niveau de qualité des relations, créer un espace propice à une interaction partenariale et améliorer la satisfaction des relations entre professionnels de santé et patients, tout en veillant aux ressources émotionnelles des professionnels de santé.

Que peut-on attendre du personnel soignant ?

Pour l'instant, force est de constater une évidence : la plupart des médecins et infirmiers ukrainiens ne savent pas comment annoncer correctement un diagnostic grave ou un décès à leurs patients. Ces derniers remarquent que les professionnels de santé évitent ces conversations, espérant que quelqu'un d'autre s'en chargera à leur place. Mais cette personne ne se présente jamais. Discuter avec les patients et leurs proches de maladies incurables ou de la mort est une partie importante, mais très complexe, de la pratique médicale. Et cela semble d'autant plus difficile que les professionnels de santé manquent de compétences et de formation adéquates, et parfois même de ressources émotionnelles.

On aimerait croire qu'aux moments critiques, les médecins et toutes les personnes en contact avec le patient feront preuve de compréhension, apporteront un soutien psychologique et donneront des conseils avisés. En réalité, la meilleure stratégie pour les patients et leurs familles est de ne pas avoir d'attentes. Le comportement des professionnels de santé dans de telles situations peut varier considérablement et dépend de la personne en question et de son état. Alors, si vous tombez sur un médecin humain, réjouissez-vous et remerciez-le ; si ce n'est pas le cas, essayez de ne pas vous en affliger et ne gaspillez pas votre énergie à vous irriter.

La meilleure stratégie : ne pas avoir d'attentes

Les professionnels de santé vivent eux aussi très mal les mauvaises nouvelles concernant leurs patients, mais ils ne sont formés ni à se soutenir eux-mêmes, ni à soutenir les malades. Ils souffrent d'un grave épuisement émotionnel, notamment parce que, dans le contexte ukrainien, il n'existe ni congés ni aide psychologique spécialisée pour les aider à faire face à cette période difficile

face au décès d'un patient. Eux aussi se sentent souvent impuissants ou sont en colère de ne pas avoir pu sauver le patient, et évitent tout contact avec les proches du défunt, notamment pour ne pas laisser transparaître leurs véritables sentiments, qu'ils ne savent pas comment gérer.

Parfois, éviter les conversations est le seul moyen connu pour prévenir l'épuisement professionnel et préserver son énergie. Il arrive donc que les patients et leurs familles se retrouvent, en quelque sorte, seuls face à des mauvaises nouvelles non communiquées[1] .

Ce guide est donc une tentative d'intégrer l'apprentissage pratique de la communication et de la gestion des conflits dans la pratique médicale. Pour remplacer la culture de l'arrogance et du manque de respect envers les patients, nous instaurons une culture d'humanité et d'ouverture dans la construction des relations entre les professionnels de santé et les patients. Ce sont précisément ces bonnes relations qui constitueront le paramètre principal de la qualité et de l'efficacité de la médecine de demain. Et il faut savoir les construire et les développer.

[1] Anastasia Leukhina. Un livre qui ne fait pas peur du tout. Sur la vie, la mort et tout ce
ce qui se trouve entre les deux. – Kiev : Dukh i Litera, 2020. – 368 p.

Pour remplacer une culture d'arrogance et de mépris envers les patients

Nous créons le firmwarelyudyanostitavidkritosti

Le nouveau « firmware » comporte plusieurs éléments : une gestion correcte des hiérarchies grâce au passage de relations paternalistes à des relations de partenariat, une communication de qualité et la gestion des situations conflictuelles.

Les rangs sont des privilèges, des sources de subjectivité et de pouvoir pour l'individu dans différents contextes. Ils peuvent être de nature diverse : par exemple, professionnels, sociaux, psychologiques ou spirituels. Dans la relation patient-médecin, les deux parties ont un rang. Chez le médecin et l'infirmière, il trouve son origine dans les connaissances et l'expérience accumulées au fil des années ou des décennies de travail.

Chez le patient : dans son expertise de sa propre vie, ses valeurs, sa compréhension de son parcours et sa responsabilité vis-à-vis de sa santé. Dans le contexte ukrainien, on observe souvent des déséquilibres dans l'utilisation des statuts : le patient ignore ou néglige son propre statut et son pouvoir, tandis que le médecin, en exagérant ses prérogatives, abuse de son statut et décide à la place du patient, ce qui dévalorise le statut de ce dernier. Il faut changer cela – avant tout pour protéger le médecin contre une responsabilité excessive et les accusations. Et pour réduire la pression psychologique qui pèse sur lui/elle. C'est pourquoi nous parlerons de la nécessité de passer d'une approche paternaliste à un format de relations de partenariat avec les patients.

Une bonne communication est l'outil principal pour instaurer la confiance et relever pratiquement tous les défis. Tout peut se résoudre par le dialogue. Une communication de qualité – simple et réfléchie – sauve aujourd'hui de nombreuses vies face au Covid (et pas seulement). Une mauvaise communication tue. Parfois au sens propre du terme.

Les conflits accaparent beaucoup de temps et d'énergie aux médecins ; c'est pourquoi savoir les gérer et les faciliter peut permettre aux professionnels de santé d'économiser beaucoup d'énergie. La facilitation implique de savoir écouter et comprendre les différentes parties en conflit, d'observer la dynamique des relations entre elles et de trouver des solutions qui apaisent les tensions émotionnelles et améliorent les relations. Contrairement à l'approche directive de la prise en charge des patients ou de l'enseignement, qui consiste à transmettre une vérité unique et immuable d'une partie à l'autre, la facilitation permet d'explorer différents points de vue et de trouver une bonne solution pour les différentes parties en tenant compte de leurs intérêts, de leurs visions, de leurs craintes et de leurs réserves.

La facilitation des conflits peut faire des merveilles pour améliorer la communication, gérer correctement les hiérarchies

Le passage du paternalisme (où l'on se place au-dessus) au partenariat (où l'on est sur un pied d'égalité) est indispensable tant au sein des organisations que dans les programmes éducatifs, ainsi qu'au niveau de la relation entre le personnel soignant et le patient. L'évolution de la culture d'enseignement dans les établissements d'enseignement supérieur en médecine vers la facilitation de la diversité des points de vue et l'établissement de relations avec les participants aux programmes de formation aura également un impact sur la relation médecin-patient dans le contexte thérapeutique. En effet, des relations et des formats de formation plus partenariaux et plus équitables aideront les médecins et les infirmières à mieux percevoir tous les avantages d'une relation bien établie. Les professionnels de santé qui auront fait l'expérience du respect et de l'attitude partenariale des enseignants ne pourront plus facilement pratiquer l'autoritarisme lors de leurs consultations.

POURQUOI L'HUMANITÉ ET L'EMPATHIE SONT-ELLES D'ACTUALITÉ ?

Il ne s'agit probablement pas là d'une liste exhaustive des arguments en faveur de l'importance de l'empathie ; vous pourrez donc approfondir cette question avec vos auditeurs et la compléter.

Les technologies font leur apparition dans le domaine médical : intelligence artificielle, consultation à distance, libre accès à d'énormes volumes d'informations médicales, de recherches et de protocoles de traitement, ainsi que de nombreuses autres technologies d'interaction avec le patient. D'ici peu, l'empathie et la capacité à communiquer avec le patient resteront peut-être le seul (j'exagère un peu ici, mais quand même) avantage d'un médecin en chair et en os par rapport à un robot ou à une base de données. Et cette concurrence pourrait être féroce.

Les changements dans le système de financement – une perspective de financement reposant sur le principe du paiement par le client ou l'acheteur public de services médicaux pour une personne spécifique, et non pour le nombre de lits – sont déjà une réalité, même en Ukraine. Le niveau de satisfaction des patients influencera le niveau de financement des établissements médicaux. Et lors d'un sondage auprès des patients, une communication empathique obtiendra toujours plus de points qu'une distance défensive. La concurrence pour attirer les patients s'intensifie peu à peu, et ce ne sont pas tant les équipements et les bâtiments qui feront la différence, mais plutôt les personnes, le personnel et leur attitude envers les patients.

La pénurie de personnel est déjà un problème très préoccupant pour de nombreux hôpitaux, et la concurrence pour recruter du personnel, dans un contexte d'émigration vers l'étranger, ne fera que s'intensifier. Des études montrent que dans 80 % des cas, les causes de l'épuisement professionnel du personnel sont liées à des facteurs systémiques et à l'organisation du travail, et seulement 20 % à des raisons personnelles[1] . Il est donc important de développer l'empathie non seulement envers les patients, mais aussi envers les collègues et son propre personnel. En effet, il est impossible d'améliorer l'attitude envers les patients sans améliorer celle envers le personnel. L'intégration de l'empathie dans la culture organisationnelle des établissements médicaux et dans les pratiques de gestion du personnel peut constituer un avantage concurrentiel majeur dans la guerre des talents.

Les plaintes des patients sont une source de stress et de frustration, ainsi qu'un gouffre en temps tant pour le personnel médical que pour l'administration[2] . Des études étrangères montrent que la plupart des plaintes sont dues à une mauvaise communication. L'analyse des plaintes concernant les jeunes médecins a mis en évidence quatre thèmes principaux : la communication non verbale (contact visuel, expressions faciales et langage corporel), la communication verbale (capacité d'écoute et pertinence du choix des mots), le contenu (mauvais choix quant à la quantité et à la qualité des informations fournies), ainsi qu'une mauvaise attitude (manque de respect et d'empathie)[3] .

[1] Alla Boiko, présentation, cours pour partenaires « Meilleures pratiques de gestion d'un établissement médical », Épuisement professionnel chez les professionnels de santé .

[2] Abdelrahman, W., & Abdelmageed, A. (2017). Comprendre les plaintes des patients. BMJ : British Medical Journal, 356. URL : www.bmj.com/content/356/bmj.j452

[3] Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Compétences en communication skills in patient-doctor interactions: learning à partir des plaintes des patients. Health Professions Education, 4(2), 97-106. URL : www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225

QU'AVONS-NOUS APPRIS DE L'ENQUÊTE SUR LA DISPONIBILITÉ DES MÉDECINS À TRAVAILLER AVEC LES GENS ET SUR LA DEMANDE DES PATIENTS EN MATIÈRE D'HUMANITÉ ?

Lorsque nous avons commencé à travailler sur le cours de formation qui a précédé la rédaction de ce manuel, nous avons demandé à des étudiants en médecine et à des médecins en exercice dans quelle mesure ils se sentaient aujourd'hui prêts à travailler avec des patients. Les résultats d'une enquête menée auprès de 468 étudiants et 167 praticiens ont montré que seuls 7,5 % des étudiants et 19,7 % des médecins se considèrent comme pleinement préparés à travailler avec les gens. La pertinence d'un cours sur la communication et l'interaction entre le médecin et le patient ne fait donc aucun doute pour aucun des publics concernés.

Prêts à travailler avec les gens
7,5% des étudiants et 19,7 % des médecins se considèrent

En élaborant le contenu de ce cours, nous avons cherché non seulement à refléter le point de vue pédagogique, mais aussi à répondre à la demande actuelle des étudiants et des médecins en matière de formation au travail avec les personnes. C'est pourquoi nous nous sommes également intéressés à leurs attentes concernant les thèmes qu'ils souhaitaient voir abordés dans ce cours. Il s'est avéré que les thèmes les plus demandés concernaient le travail avec des patients « difficiles », la relation médecin-patient et la communication de la vérité au patient. Toutes ces attentes ont été prises en compte dans les objectifs et le contenu du cours « Empathie et humanité dans le travail du personnel médical »

Au cours de l'élaboration du cours, nous avons également trouvé plusieurs études ukrainiennes récentes qui montrent que la demande de respect et d'une communication plus empathique est assez forte parmi les patients.

L'ONG « Athéna » a mené une enquête auprès de patients atteints de cancer (2019). À la question de savoir quelle est la meilleure source d'information sur le traitement, les médecins arrivent en dernière position (11 %), derrière les groupes de patients atteints de cancer (70 %) et Internet (30 %). Cela témoigne très probablement non pas d'un manque de connaissances, mais d'un faible niveau de communication et d'une capacité insuffisante des médecins à dialoguer.

À l'aide d'Info Sapiens, nous avons analysé les réponses à une question ouverte sur les 5 qualités d'un médecin que les patients atteints d'un cancer interrogés dans le cadre de cette enquête jugent importantes, et nous avons obtenu des données intéressantes. Nous avons regroupé les réponses des participants en 5 catégories. Les qualités les plus importantes d'un médecin se sont avérées être :

Le professionnalisme – la compétence, l'expérience, le développement continu dans son domaine, la curiosité, le talent et l'intelligence	**82 %**
L'intelligence émotionnelle – humanité, empathie, sensibilité, respect, tact, patience, tolérance, bienveillance	**72 %**
Positivité et intégrité – honnêteté, gentillesse, intégrité, ouverture d'esprit, sens de l'humour, absence de corruption	**61 %**
Communication – attention, capacité à écouter et à expliquer, sociabilité et clarté	**50**
Qualités professionnelles – ponctualité, responsabilité, politesse, disponibilité, capacité à reconnaître ses erreurs, audace et détermination	**34 %**

Ces données montrent que, outre les compétences techniques, l'intelligence émotionnelle, l'attitude positive et l'intégrité, la communicativité et les qualités professionnelles occupent une place extrêmement importante dans le classement des qualités d'un professionnel de santé jugées essentielles par les patients. Si l'on regroupe les réponses concernant l'intelligence émotionnelle et la communicativité (qui ne peut exister sans un haut niveau de développement émotionnel) avec l'attitude positive et l'intégrité dans une seule catégorie intitulée « compétences relationnelles », ces « compétences relationnelles » l'emportent sur la compétence professionnelle.

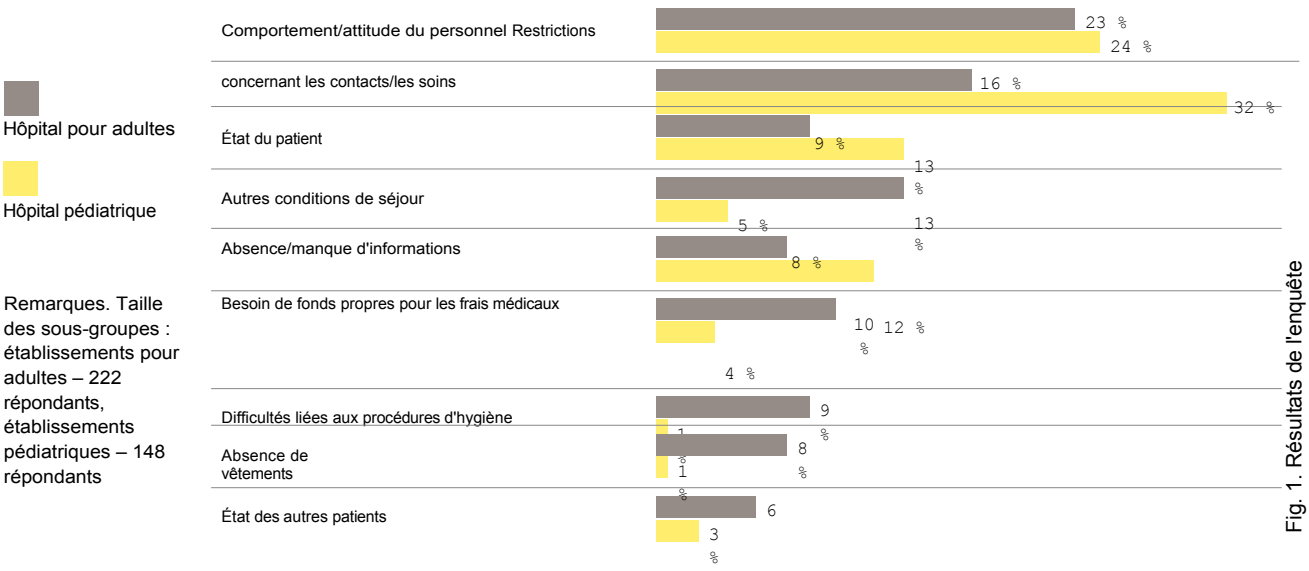
Compétences relationnelles : intelligence émotionnelle, positivité et intégrité, communicativité	**96 %**
Compétences techniques	**82 %**
Qualités professionnelles	**34**

Cela ne signifie pas que les gens choisiront parmi les médecins ceux qui s'expriment bien. Cela signifie que tant le professionnalisme que les compétences relationnelles sont des composantes indissociables du professionnalisme d'un professionnel de santé. Ce n'est pas « l'un ou l'autre », mais les deux à la fois : à la fois le QI et le QE.

Une étude sur les pratiques d'ouverture des services de soins intensifs, menée par l'ONG « Horizontali » en partenariat avec Info Sapiens (2019), montre que les moments les plus difficiles et les plus douloureux du séjour en soins intensifs pour les patients et leurs familles étaient l'attitude du personnel (23 %), les restrictions en matière de contacts et de soins (16 %) et le manque d'informations (8 %). Il est intéressant de noter que ces « aspects subjectifs » des relations ont davantage préoccupé les proches que l'état critique du patient ou les questions financières liées à son traitement.

Il arrive assez souvent que les médecins et les infirmières se demandent, lors de discussions, si les compétences en communication doivent constituer des compétences de base ou si elles ne sont qu'un atout supplémentaire venant s'ajouter aux connaissances et compétences médicales. Ces études montrent que, du côté des patients, il existe une forte demande pour une attitude humaine et une communication de qualité, et que le professionnalisme d'un médecin ou d'une infirmière ne se résume pas uniquement à des connaissances médicales et à des compétences techniques dans la réalisation d'actes médicaux. La capacité à communiquer, à établir un dialogue, à écouter le patient et à tenir compte de son état émotionnel est tout aussi importante que les compétences médicales.

Quel aurait été pour vous ou pour un de vos proches le moment le plus difficile, le plus douloureux ou le plus humiliant pendant votre séjour en soins intensifs ?



Remarques. Taille des sous-groupes : établissements pour adultes – 222 répondants, établissements pédiatriques – 148 répondants

Fig. 1. Résultats de l'enquête

Les réponses à la question « Qu'est-ce qui pourrait améliorer l'interaction entre le personnel et les visiteurs ? » ont révélé que les 4 principales suggestions des répondants concernaient précisément la communication empathique, à savoir (1) une meilleure communication et des règles claires (34 %), une attitude plus humaine de la part du personnel (14 %), la simplification des modalités d'accès (12 %) et la compréhension mutuelle des deux parties (11 %).

En réponse aux plaintes des patients concernant le manque de communication, les médecins rappellent souvent que leur rôle consiste à soigner, tandis que la communication et le soutien relèvent de la compétence des psychologues. Mais les patients ont une perception différente : seuls 2 % d'entre eux estiment que le recours à un soutien psychologique résoudra le problème. Ainsi, l'attente d'une « fonction d'empathie intégrée » est assez répandue parmi les patients ukrainiens.

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer l'interaction entre le personnel médical et les visiteurs dans l'unité de soins intensifs ?

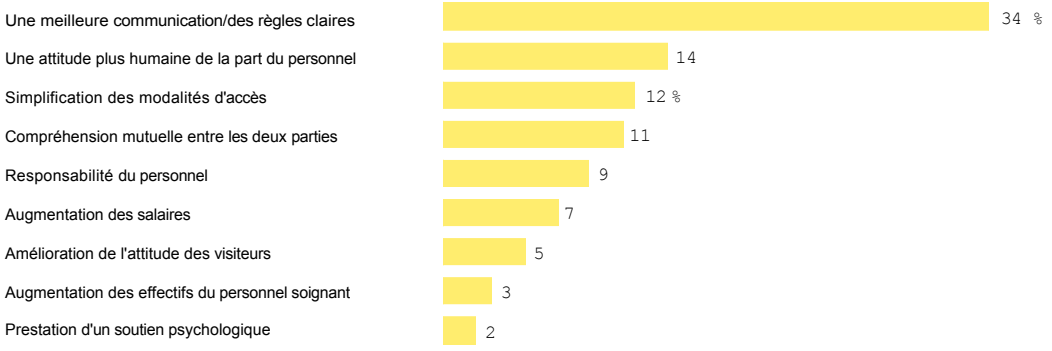


Fig. 2. Résultats de l'enquête

Une meilleure communication et une attitude plus humaine sont donc nécessaires tant pour le personnel soignant que pour les patients, de part et d'autre. C'est pourquoi nous vous invitons à explorer ces thèmes et à mener des expériences avec nous.

COMMENT CE GUIDE « » A VU LE JOUR

L'idée de ce cours est née du livre « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux ». Ce livre est devenu pour les médecins et les infirmières un guide dans l'univers des patients, leur a donné des exemples et une compréhension de ce qui blesse les patients et de ce dont eux et leurs familles souffrent le plus, ainsi que de ce qu'ils apprécient le plus et de ce qu'ils doivent au personnel médical dans le cadre de leurs interactions directes.

Ce livre est devenu un outil permettant de promouvoir une attitude plus humaine et empathique envers les patients et les médecins au sein du système de santé. J'ai longtemps hésité à élaborer un cours destiné aux médecins et aux infirmières : j'avais beaucoup d'expériences (principalement négatives) dans mes interactions avec le personnel soignant, mais il me manquait le point de vue médical sur les relations avec les patients – je ne comprenais pas suffisamment les priorités et les difficultés des médecins. J'ai donc décidé de trouver des partenaires de co-création parmi les médecins et mes collègues enseignants de différents établissements d'enseignement supérieur en médecine. Après tout, ce sont eux qui comprennent le mieux les besoins des professionnels de santé et des étudiants, ainsi que les moyens de leur transmettre l'information. Et les histoires tirées du livre sont devenues nos alliées : elles se transforment facilement en cas pratiques à discuter ou en jeux de rôle à analyser.

Grâce au projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical », nous avons organisé un appel à candidatures et invité 15 enseignants et praticiens issus de sept établissements d'enseignement supérieur en médecine ukrainiens à participer à cette collaboration. Au cours de réunions régulières s'étalant sur six mois, nous avons défini ensemble les objectifs et le cadre thématique du cours, choisi les axes prioritaires et établi les priorités. Toutes les idées et les travaux ont été soumis à l'examen de différentes parties prenantes : des éducateurs, des professionnels de santé, des médecins, des infirmières et, bien sûr, des patients. Très souvent, cela a créé des tensions et les frictions nécessaires pour explorer des positions opposées, trouver le juste milieu et ne pas tomber dans les extrêmes. Nous avons appelé l'ensemble de ce processus « atelier de conception de cours », et ses participantes « artisanes ». Car c'est précisément l'atelier qui offre un espace d'expérimentation, d'apprentissage en toute sécurité, de recherche de formes et de perfectionnement des compétences.

Toutes les idées et les travaux ont fait l'objet de
les filtres des différentes parties prenantes

Au début, les discussions étaient animées : nous cherchions un équilibre entre un programme généraliste couvrant un large éventail de questions et une formation axée sur les compétences

sur la communication et l'utilisation de protocoles pour interagir avec les personnes. À l'issue de ces discussions approfondies, nous sommes parvenus à la conclusion qu'il était important de structurer la formation autour d'un modèle centré sur le patient comme principe fondamental de l'apprentissage et d'en détailler les applications pratiques en huit parties. Nous avons longuement débattu de la possibilité d'ajouter un module sur le développement de l'intelligence émotionnelle et l'autorégulation en situation de stress, afin de garantir la sécurité émotionnelle et de prévenir l'épuisement professionnel des soignants – et nous avons convenu qu'un tel cours méritait d'être développé séparément.

Au cours de l'élaboration du programme, nous avons mené des recherches communes et sommes parvenus à un consensus sur les questions suivantes :

- comment identifier les points faibles et les besoins du public cible afin d'en tenir compte lors de l'élaboration ; comment structurer la logique du cours ;
- comment choisir l'orientation et les priorités du cours et éviter l'approche habituelle « plus il y en a, mieux c'est » ;
- quelles questions et quels modules doivent aborder le thème principal ;
- quelle liste de connaissances et d'attitudes doit être intégrée au cours, quelles méthodes et quels formats choisir pour travailler les compétences ;
- comment utiliser le storytelling et intégrer les témoignages des patients dans la formation destinée aux professionnels de santé ; comment animer des discussions complexes et ambiguës pendant la formation.

Le format de l'atelier prévoyait l'animation du travail de groupe et la création d'un espace propice à l'exploration collective des points de convergence dans un contexte de diversité. Chacune des participantes est devenue co-animatrice et co-conceptrice du cours. Réparties en petits groupes, les participantes ont préparé chaque session et élaboré les parties méthodologiques du manuel, tout en discutant, en donnant leur avis et en s'accordant sur le contenu. Ensemble, nous avons non seulement appris à créer un nouveau cours, mais nous avons également testé de nouvelles méthodes d'enseignement interactives.

à l'idée d'une recherche collaborative dans un Animation du groupe et espace contexte de diversité

Je ne peux m'empêcher de penser que j'ai eu la chance d'avoir des groupes et des participantes très particuliers. Je m'attendais à un public plus conservateur, avec une forte résistance

aux changements. Je suis inspirée par l'ouverture d'esprit des gens face à la nouveauté et par le sérieux avec lequel ils abordent leur propre développement professionnel.

Il n'était parfois pas facile pour les participantes de présenter leur travail pour en discuter avec des collègues d'autres établissements d'enseignement supérieur. On sentait le stress lié à la critique attendue de la session menée. Dans ce climat tendu, le malaise lié à la prise de conscience par les participantes de leur propre imperfection était particulièrement palpable. Mais sans ce malaise, le changement est impossible. Nous avons donc appris à l'utiliser à bon escient pour nous perfectionner, affiner nos positions et nos compétences.

Grâce au fait que, chez nous, au lieu d'un « seul détenteur de la vérité », il y avait de nombreuses versions et des voix individuelles, ainsi que de l'introspection, chaque participante a pu :

- d'étudier les meilleures pratiques et innovations mondiales,
- de confronter ses opinions sur différentes questions à celles-ci,
- apprendre de nouvelles approches en co-animant des sessions sur des thèmes qui nous sont nouveaux – car il est prouvé que c'est en enseignant aux autres que l'on apprend le mieux.

Nous sommes parvenus à la conclusion que la création d'un espace dédié à l'étude des pratiques, des préjugés, des signaux verbaux et non verbaux, ainsi que la facilitation d'une recherche commune de réponses, constituent une approche efficace pour aborder les interactions humaines dans un contexte médical professionnel. En effet, les interactions humaines ne se prêtent pas aux algorithmes : les personnes, les situations et les défis sont toujours différents. Il est donc important que les professionnels de santé se connaissent eux-mêmes et connaissent leurs réactions, et qu'ils maîtrisent les principaux outils de communication pour gérer les tensions dans toute leur diversité.

Les interactions humaines ne se prêtent pas aux algorithmes

COLLECTIF

COLLECTIF DU COURS





ÉQUIPE DE RÉDACTION DU COURS

Nous avons invité à rejoindre notre équipe des médecins et des enseignants aux parcours variés : certains ont enseigné dans le cadre de formations de premier cycle en soins infirmiers, d'autres dans des programmes de troisième cycle ; certains ont formé des infirmières, d'autres ont travaillé à l'étranger et en Ukraine. La diversité et la place accordée à celle-ci ont été les critères qui nous ont guidés pour établir un cadre large, afin de garantir la qualité et de prendre en compte différentes approches.

Nous sommes donc ravis de vous présenter les co-auteurs de notre cours :

Iryna Borovyk

(professeureassociée)(de médecine) de l'université Ivan Horbachevsky (de médecine)



« Le niveau d'empathie dépend-il de l'âge, du sexe, de l'expérience ou de la spécialisation du professionnel de santé ? Est-il possible de développer l'empathie et comment ? Ce qui m'a le plus marquée, c'est la cohésion inattendue du travail, l'enthousiasme et la volonté de collègues qui se connaissaient peu auparavant de travailler ensemble ; par la suite, nous sommes devenus une équipe où chacun est écouté et où l'avis de chacun est pris en compte ».

Daryna Bohdan

coordinatrice du renforcement des capacités et du suivi et de l'évaluation du projet « Développement de l'enseignement médical »



« Je me souviens encore de mon chirurgien, le Dr Zhyvodernikov, et je me souviens de lui non pas tant pour son nom de famille que pour le fait qu'il n'a pas seulement soigné ma main, ni même seulement mes parents : il a communiqué avec moi et m'a traitée avec respect, moi qui n'avais que neuf ans, en tant que patiente. Il a fait preuve de compréhension face à ma peur et à ma douleur. C'est précisément grâce à la capacité et à la disposition de ce chirurgien à me traiter avec compréhension, à prendre en compte mon état et mes émotions, que ce n'est pas une expérience traumatisante, mais une expérience « d'aventure » qui est restée gravée dans ma mémoire.

Ainsi, l'empathie ne dépend ni de l'âge, ni du sexe, ni du pays où l'on est né, ni même de son nom de famille. J'ai rejoint l'équipe de formatrices qui travaillait sur ce cours, animée par une conviction « socio-professionnelle » quant à la valeur de l'empathie et à la capacité de chacun à évoluer. Bien sûr, pour acquérir cette compétence – celle de l'empathie –, il ne suffit pas de lire un « livre sur l'empathie », mais il faut aussi se poser les questions suivantes : pourquoi j'en ai besoin en tant que médecin, si cela ne va pas constituer un fardeau supplémentaire qui ne fera qu'aggraver l'épuisement professionnel, si j'ai suffisamment de temps pour faire preuve d'empathie, comment l'empathie peut-elle influencer la qualité de la vie professionnelle d'un médecin, quel impact elle peut avoir sur la qualité de la relation avec le patient et les résultats de son traitement, etc. Les discussions autour de toutes ces questions, autour de tous les « pour » et « contre », ont été précieuses par leur diversité, leur franchise et leur profondeur. Ce fut une expérience extrêmement précieuse et marquante, pour laquelle je remercie toutes les personnes impliquées ! »

Natalia Galiash
Maître de conférences au département de pédiatrie n° 2, Université nationale de médecine de Ternopil Ivan Horbachevsky



« Nous parlons tous aujourd'hui de l'humanité et de l'empathie des professionnels de santé, mais je suis convaincu que la plupart d'entre eux sont humains par nature. Après tout, ils ont choisi la noble profession qui consiste à aider les gens dans les moments difficiles. Alors, pourquoi sommes-nous si souvent confrontés à un manque d'humanité dans les établissements de santé ? À mon avis, le problème réside dans la suppression de l'enseignement des compétences dites « soft skills » des programmes d'études des établissements d'enseignement supérieur en médecine.

Lors de l'élaboration de ce cours, j'ai bien sûr été impressionnée par le nombre de formatrices en médecine engagées, hautement professionnelles et débordantes d'enthousiasme, prêtes à relever les défis du présent afin de former ensemble un meilleur personnel médical, une société médicale plus performante et des soins médicaux de meilleure qualité en Ukraine. Ce qui m'a marqué, c'est la diversité des opinions, des points de vue et des expériences vécues. Je suis impressionnée par le professionnalisme, la persévérance et l'enthousiasme de notre facilitatrice Anastasia Leukhina, qui a eu l'audace de porter la question de l'humanité en médecine à un nouveau niveau et de nous rassembler de manière productive pour créer un cours d'une importance capitale.

Anastasia Goretska

Responsable du service psychologique de l'Institut d'enseignement et de recherche sur la qualité de l'éducation, Université nationale de médecine de Kharkiv



Olga Govardovska

assistante au département de pneumologie et de tuberculologie, Université nationale de médecine de Kharkiv



« Comment évaluer la disposition initiale des personnes à devenir ou non médecin (et, par conséquent, leur capacité et leur disposition à faire preuve d'empathie et autres qualités similaires) ? Comment évaluer cela tout au long du processus de formation, à tous ses niveaux ? Très souvent, les exigences que les patients imposent aux médecins dépassent le cadre de leurs obligations et compétences professionnelles, ce qui crée un décalage. Que faut-il faire/changer pour parvenir à une harmonie sur cette question ? Tout au long de leur travail sur ce cours, les co-auteurs ont été impressionnés par leur expérience personnelle, leurs parcours de vie, leurs points de vue sur les questions problématiques et leurs acquis. »

Olena Gorska
Professeure au département des disciplines médico-préventives et du diagnostic de laboratoire,
Académie de médecine de Rivne



« La création de ce cours et la rédaction de ce manuel ont coïncidé avec mon histoire personnelle. J'ai pris conscience de l'importance d'une communication fluide, d'une relation de partenariat entre le patient et le médecin, d'être écoutée et comprise, de recevoir des informations et d'avoir le choix, d'être consultée. Et j'ai compris qu'on ne m'avait pas enseigné cela en tant que médecin. En tant que patiente, j'en ai besoin. En tant qu'enseignante, je n'enseigne pas cela. Je savais que ce serait difficile émotionnellement, et physiquement aussi, mais j'ai pris la décision de me lancer dans ce projet.

Les pensées qui sont devenues mes préférées :

« Les gens recherchent l'humanité »,

« Pour les patients, ce ne sont pas seulement les compétences professionnelles qui comptent »,

« L'empathie n'est pas synonyme d'épuisement professionnel ».

Je suis infiniment reconnaissante envers toutes les participantes de l'atelier. Cet atelier m'a apporté un soutien inestimable dans mon parcours personnel.

Sofia Gusak

maître de conférences au département de médecine interne n° 2 de l'université nationale de médecine Ivan Horbachevsky



« Pour enseigner le cours de médecine palliative, le livre « Ce n'est pas du tout un livre effrayant » m'a beaucoup aidée ; il m'a profondément marquée et m'a permis de mieux comprendre le domaine du soutien palliatif durant les derniers jours et mois de la vie des patients. Comme le cours est nouveau, le programme doit être peaufiné. Comment l'améliorer ? Comment transmettre l'essentiel aux étudiants et, plus généralement, comment attirer leur attention sur ce sujet très actuel ? Comment enseigner aux futurs médecins les règles d'une communication efficace, dont l'empathie est le fondement ? C'est en cherchant des réponses à ces questions que je suis tombée sur cet atelier.

Ce qui m'a le plus marquée lors de cet atelier, c'est le travail collectif des auteurs, les discussions, les doutes et les nombreuses questions qui, au final, nous ont aidés à découvrir la vérité. J'ai découvert de nouveaux horizons dans ma compréhension de la relation patient-médecin. Une prise en charge réussie repose sur une communication efficace, une relation médecin-patient bien établie, le respect des limites professionnelles et la prise de décision conjointe. C'est une question d'empathie. C'est quelque chose qu'on peut et qu'on doit apprendre.

.

Olena Ignashchuk

Coordinatrice de la formation médicale du projet « Développement de l'enseignement médical »



« Je suis profondément reconnaissante que *Un livre qui ne fait pas peur* existe et qu'il puisse être lu aussi bien par les patients en situation difficile que par leurs proches et les médecins. La transformation des idées principales du livre en un cours destiné aux étudiants et aux médecins, ainsi que la préparation d'un guide pour ceux qui enseigneront ce sujet ou l'ensemble du cours, constituent une étape importante, franchie avec un grand sens des responsabilités. Le processus de co-création avec des enseignants de différents établissements d'enseignement supérieur ukrainiens et des professionnels de santé de diverses spécialités a été riche en dialogues, discussions et échanges d'idées – c'est au cours de ce processus que le cours prend forme. Cependant, l'exigence d'humanité et d'empathie dans les interactions entre les professionnels de santé et les patients est toujours au centre des préoccupations des créatrices. Ce fut une expérience extraordinaire de co-création au sein d'une équipe incomparable de personnes partageant les mêmes idées. »

Olena Korotun

maître de conférences au département de pédiatrie et de maladies infectieuses infantiles
Université d'État de médecine de Bucovine :



« Les médecins et le personnel soignant se sentent souvent impuissants face à des conflits avec les patients ou lorsqu'ils doivent annoncer de mauvaises nouvelles. Quant aux patients, ils ont l'impression que les professionnels de santé sont cyniques et insensibles. En réalité, l'empathie, l'établissement de relations de confiance et la communication humaine sont des compétences qui peuvent et doivent s'apprendre. Pour moi, le plus important est que les médecins et les professionnels de santé prennent conscience que l'humanité, l'empathie et la communication avec les patients ne sont pas des éléments supplémentaires ou secondaires, mais qu'il s'agit, d'une part, d'une compétence clé et essentielle du professionnel de santé, et, deuxièmement, un outil extrêmement important pour assurer la conformité, résoudre les conflits et les plaintes, et prévenir l'épuisement professionnel. Il est tout aussi important que les patients comprennent qu'un médecin ou un professionnel de santé est aussi un être humain avec ses propres émotions, ses propres sentiments et ses propres besoins. « Un patient n'est pas un morceau de viande, un médecin n'est pas un robot » : tel est mon message clé.

Olena Kostyuk

maître de conférences au département de néonatologie, Université nationale de santé de l'Ukraine Platon Shupyk



« Un sujet intéressant et important. Je suis confrontée à ces questions quotidiennement dans ma pratique. J'ai été impressionnée par la quantité de nouvelles informations : nous ignorons tant de choses ! J'ai été impressionnée par les connaissances et les outils que nous pouvons utiliser dans la pratique. Je me souviendrai particulièrement du travail d'équipe extrêmement intéressant. »

Anastasia Leukhina

Présidente de l'association « Horizontali », autrice de « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux », consultante pour le projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical ».

« Je suis heureuse que nous instaurions une nouvelle dynamique dans les relations entre patients et médecins. Cela nous permettra de renforcer la confiance dans le secteur de la santé, et la confiance fait des merveilles. »



Oksana Petrynych

Maître de conférences au département de médecine familiale
Université d'État de médecine de Bucovine :



« La question de l'humanité en médecine me touche profondément. Récemment, une image circulait sur Facebook montrant comment, en URSS, on pratiquait des opérations d'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes sur des enfants. Quand j'ai vu cette image, j'ai eu l'impression de revivre ce que j'avais dû endurer à l'âge de 12 ans. Malheureusement, nous avons hérité de nombreuses horreurs de cette médecine, et l'inhumanité n'a pas disparu. Étudiante en stage, déjà dans l'Ukraine indépendante, j'ai vu des curetages de l'utérus sans anesthésie, accompagnés de remarques à l'intention de la femme : « Ne crie pas, tu devrais aimer ça... » Pourquoi les médecins agissent-ils ainsi ? S'agit-il des conséquences de traumatismes d'enfance, d'une protection contre l'épuisement professionnel, d'une motivation erronée pour la profession ou d'autre chose ? Comment changer cela ? »

Natalia Povar
enseignante au département des disciplines médico-préventives et du diagnostic de laboratoire,
Académie de médecine de Rivne



« J'ai du mal à trouver les mots de compassion qui exprimeraient le regret que je ressens. »

« L'une des questions les plus importantes pour moi est de savoir comment, en cours, inculquer aux étudiants une attitude centrée sur l'humain envers les patients. En particulier, lors des cours sur l'empathie. Il est clair pour moi qu'une condition indispensable est que l'enseignant lui-même fasse preuve d'empathie envers ses étudiants.

Mais est-ce suffisant ?

Proposer des films ou des livres sur le sujet ? Compte tenu de la charge de travail des étudiants en médecine, combien d'entre eux regarderont un film, et encore moins liront un livre ?

Intégrer des discussions sur les questions les plus controversées dans les cours ? Utiliser des jeux de rôle ?

En travaillant déjà dans notre atelier, j'ai découvert de nombreux nouveaux outils interactifs pouvant être utilisés pour atteindre cet objectif. Merci à tous mes collègues et amis pour cette expérience !

Mais de nombreuses questions restent en suspens. Est-il approprié d'utiliser des jeux de rôle en cours ? Il y a toujours le risque de toucher à l'histoire personnelle d'un étudiant.

« J'espère qu'en travaillant directement avec les étudiants et en utilisant divers outils issus des sciences pédagogiques modernes, nous parviendrons à déterminer lesquels fonctionnent le mieux dans des situations concrètes lors de l'étude des différents thèmes de ce cours. »

Natalia Rudakova

enseignante au département de santé mentale et physique,
Académie de médecine d'Andriy Krupynsky de Lviv



« L'humanité et l'empathie sont-elles des qualités innées, ou peut-on les cultiver en soi ? Dans quelle mesure notre système éducatif peut-il accepter ces qualités chez l'étudiant sans les détruire dans son développement en tant que futur professionnel de santé au sein du système professionnel ? J'ai été impressionnée par la quantité d'informations et d'outils qui sont utilisés depuis longtemps dans d'autres pays, mais qui, en Ukraine, sont encore accueillis avec crainte et incompréhension par les professionnels de santé. Six mois de notre cours : une équipe incroyable de professionnels, le travail de passionnés. »

Yulia Tykholaz

enseignante à la commission des disciplines des sciences naturelles,
Collège médical professionnel de Vinnytsia nommé d'après l'académicien Danylo Zabolotny



« Qu'est-ce qui m'a poussé à participer à la création de ce cours ? Sans doute le constat que, dans la structure à plusieurs niveaux des disciplines enseignées dans les établissements d'enseignement supérieur en médecine, il manque des matières qui enseignent l'art de communiquer avec les patients, de faire preuve d'empathie – d'écouter, de comprendre, de réagir, d'interagir et de prendre des décisions ensemble. Ces compétences sont indispensables dans le travail d'un professionnel de santé, car l'état émotionnel et le bien-être du patient en dépendent largement »

Yulia Turpakova

enseignante en pédiatrie,
Académie de médecine de Rivne



« J'ai toujours été intéressé par les particularités de la relation entre le professionnel de santé et le patient, car il s'agit d'une interaction entre deux personnes, et si elles parviennent à établir un bon contact, elles deviendront des partenaires, des alliés pour surmonter les défis posés par la maladie. Si, au contraire, ils ne parviennent pas à se comprendre, l'histoire se terminera comme dans la fable du « char et du cheval ». Et puis, il y a un autre aspect qui me préoccupe : le médecin est aussi un être humain, et s'il laisse tout cela le traverser, il ne tiendra pas longtemps… Comment trouver l'approche idéale… Existe-t-elle seulement ? Il était intéressant d'essayer de comprendre cela et, peut-être, de trouver certaines stratégies qui permettraient de préserver la santé physique des patients et la santé mentale du médecin. »

Chef du département de néonatologie,
Université nationale de santé de l'Ukraine « Platon Shupyk »

Elizaveta Shunko



« Les questions de communication, d'humanité et d'orientation vers le patient sont très importantes pour la communauté médicale, les patients et la société dans son ensemble. La santé humaine est la valeur la plus précieuse. Je souligne toujours que la santé humaine commence à se former pendant le développement intra-utérin et au cours des premières années de la vie. L'éducation de la société et une communication adéquate entre les prestataires de soins de santé et les patients, dans le respect et l'humanité, peuvent rendre le monde meilleur, plus bienveillant et plus sûr. C'est précisément ce manuel, élaboré par un groupe d'auteurs, qui apportera une contribution importante à ces changements. Pour moi personnellement, la collaboration au sein des groupes de travail avec les membres de l'équipe d'auteurs a été une expérience de communication importante et a apporté des réponses à des questions complexes. Merci à tous ! »

Tetiana Shchudrova

Maître de conférences au département de pharmacologie
Université d'État de médecine de Bucovine



« Les jeunes médecins se lancent dans la pratique indépendante sans disposer des compétences en communication et des connaissances suffisantes qui sont indispensables dans le métier de professionnel de santé. Il est donc judicieux de concevoir et de mettre en place un cours de ce type, axé sur la pratique, destiné aux étudiants des dernières années.

Au cours de mon travail au sein de l'atelier, j'ai acquis une expérience incroyable et j'ai pris beaucoup de plaisir à collaborer et à co-créer avec des collègues issus de différents établissements d'enseignement. J'ai apprécié le format de travail sous forme de discussions en petits groupes, les nouvelles méthodes d'enseignement et le retour d'expérience.

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Vous **pouvez vous inspirer de ce cours pour l'enseigner** en tant que cours obligatoire ou optionnel dans votre établissement d'enseignement supérieur. Ci-dessous, nous vous présentons l'expérience de nos collègues de l'Université de Bucovine comme exemple de la manière dont cela peut être mis en œuvre en tenant compte des exigences académiques et de l'autonomie universitaire.

Vous **pouvez choisir n'importe quel thème et l'approfondir** dans le cadre de votre cours actuel, ou en créer un nouveau : en réalité, les thèmes sont si vastes que chacun d'entre eux peut faire l'objet d'un cours distinct, avec une mise en pratique des compétences.

Vous **pouvez** également **utiliser ces ressources pour intégrer** une approche plus empathique et les outils qui l'accompagnent **dans les cours que vous dispensez déjà**. Par exemple, lors de l'analyse d'exercices de simulation, vous pouvez attirer l'attention des participants sur la qualité de l'interaction avec le patient, et pas uniquement sur les aspects médicaux et le traitement physique.

Nous avons développé de nombreuses idées concernant le contenu et le format des différentes activités. Dans les ressources que vous trouverez dans ce texte et via les codes QR dans chaque section, vous découvrirez des modèles ou des protocoles de travail intéressants, des exemples d'exercices d'évaluation, ainsi qu'une méthodologie pour mener des jeux de rôle, ainsi que des idées d'utilisation de la vidéo et de la structure de sa discussion. Ainsi, à l'instar d'un jeu de construction Lego, **vous pouvez mélanger et assortir les éléments pour créer la combinaison qui correspondra le mieux aux besoins de votre public**, de votre établissement d'enseignement supérieur ou de votre cours. Vous pouvez développer ou « simplifier » les idées proposées au fil du temps, et créer à partir de celles-ci des combinaisons adaptées à vos possibilités et à vos contraintes.

EXEMPLES DE RÉUSSITE DANS LA MISE EN ŒUVRE DU COURS

Après avoir élaboré le cours « Humanité et empathie dans le travail du personnel soignant », nous avons été confrontés à un nouveau défi. Comment intégrer ce cours dans le programme éducatif ? Quelles procédures administratives fallait-il surmonter ? Les co-autrices du cours étaient-elles prêtes à l'enseigner ?

Les co-autrices du cours ont joué un rôle très important dans l'intégration du cours au processus d'enseignement grâce à leur persévérance, leur envie d'enseigner et leur volonté de surmonter toutes les procédures administratives qui semblaient parfois être des obstacles. Nous partageons donc ici des récits sur la synergie entre nos formatrices et les administrateurs des établissements d'enseignement supérieur lors de la mise en place du cours dans leurs établissements.



TetianaShchudrova:teoretich un cours de bioéthique qui ne fonctionne pas

J'enseigne le cours intitulé « Fondements de la bioéthique », dont certains thèmes devraient, à mon avis, constituer la base du cours proposé. Ce cours est dispensé aux étudiants de première année des facultés de médecine. Cependant, les étudiants ne sont pas encore prêts à assimiler ces informations et ne comprennent franchement pas l'essence des problèmes éthiques abordés, car à ce stade, ils n'interagissent pas encore avec de vrais patients et ne sont pas conscients des problèmes de communication et d'éthique qui se posent lors de l'interaction entre le médecin et le patient, ses proches ou ses tuteurs. Ainsi, les jeunes médecins entament leur pratique indépendante sans disposer des outils de communication et des connaissances nécessaires à l'exercice de la profession médicale. Il est donc judicieux de développer et de mettre en place un cours de bioéthique axé sur la pratique, destiné aux étudiants des années supérieures.

Université de médecine de Bucovine : le travail d'équipe des enseignants et les demandes des étudiants, multipliés par le soutien de la direction

Trois participantes à l'atelier venaient de l'Université d'État de médecine de Bucovine ; elles enseignent désormais dans cet établissement un cours intitulé
« Communications médicales (compétences en communication avec les patients). Consultation centrée sur le patient
». Les auteures du cours sont Oksana Petrynych et Olena Korotun

et Tetiana Shchudrova travaillent dans différents départements. Olena enseigne les maladies infectieuses infantiles et la pédiatrie aux étudiants de 5e année (département) de pédiatrie et de maladies infectieuses infantiles, Oksana enseigne la médecine générale – médecine familiale aux étudiants de 6e année (département de médecine familiale), et Tetyana enseigne la pharmacologie ainsi que les bases de la bioéthique et de la biosécurité aux étudiants de 3e année (département de pharmacologie). Elles se sont associées pour créer ce cours et l'enseigner ensemble. Le fait de travailler dans des départements différents, la surcharge des programmes des disciplines correspondant à la thématique du cours – tout cela n'a pas empêché le cours d'être présenté à temps au salon des matières optionnelles et mis en place dès l'année universitaire 2021-2022.

Tout d'abord, Olena, Oksana et Tetiana ont réussi à soumettre la description d'un cours qui n'était pas encore tout à fait au point au salon des matières optionnelles destiné aux étudiants de 4e année de la faculté de médecine n° 2 (les candidatures pour les autres cours étaient déjà closes). Cela s'est produit avant même que l'élaboration du cours n'ait atteint la moitié de son chemin : les auteures ne disposaient que d'un syllabus succinct, tandis que le travail sur les principaux supports était en plein essor. Mais la conviction que les délais étaient immuables et le désir d'enseigner cette matière ont tout de même rendu l'impossible possible, et le cours intitulé « Communications médicales (compétences en communication avec les patients). Consultation centrée sur le patient » s'est retrouvé dans le menu des choix proposés aux étudiants.

L'idée des enseignantes a été très bien accueillie par l'administration de l'Université de médecine de Beldoril : le vice-recteur chargé des études, Ihor Gerush, le chef du département pédagogique et méthodologique, Volodymyr Khodorovskyi, ainsi que la coordinatrice du projet ukraino-suisse
« Développement de l'enseignement médical » à l'Université de médecine de Beldoril, Tetyana Bilous, sont devenus les co-auteurs de cette réussite, en contribuant à l'intégration du cours dans le programme.

Douze groupes ont choisi le cours sur le conseil centré sur le patient. La popularité de ce nouveau cours, dispensé par des enseignants inconnus des étudiants et sans bouche-à-oreille, a surpris non seulement les auteures, mais aussi l'administration.

« C'est précisément cette réussite qui inspire toute notre équipe de conception : nous avons le sentiment que ce que nous faisons est important non seulement pour les patients, mais aussi pour les médecins et les enseignants ; il existe une forte demande en matière de compétences communicatives et d'empathie chez les étudiants », explique l'une des co-auteurs du cours.

Cependant, le fait que 12 groupes d'étudiants se soient inscrits au nouveau cours n'a pas encore permis de conclure cette histoire sur une note positive. L'administration est confrontée à un nouveau défi : les formatrices travaillent dans différents départements, alors qu'il n'y a qu'un seul cours, qui sera en outre dispensé

à 12 groupes. Avez-vous déjà essayé de répartir des heures d'enseignement entre trois départements différents ?

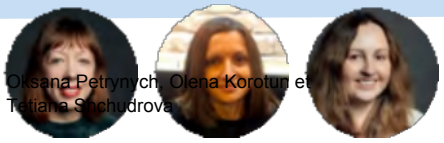
Mais là encore, la sagesse de l'administration et le soutien des chefs de département de nos enseignantes ont pris le dessus sur la bureaucratie. Une solution a été trouvée ! Les groupes et les heures de cours ont pu être répartis entre les départements.

Pourquoi décrivons-nous cette situation de manière aussi détaillée ? Pour montrer qu'il est possible de surmonter n'importe quel niveau de complexité dans le casse-tête bureaucratique de l'éducation, les procédures administratives et les situations difficiles, à condition que les personnes dont dépendent les changements dans la formation des professionnels de santé soient animées par la volonté et la compréhension de l'importance du sujet, ainsi que des demandes des étudiants, des médecins et des patients. Après tout, tous les établissements d'enseignement supérieur sont autonomes et ont le droit de modifier leur processus éducatif. Et notre objectif ambitieux est de faire du cours sur l'humanité une matière obligatoire pour toutes les facultés.

Mais ce n'est pas tout. Lorsque la volonté des co-auteurs du cours de l'enseigner rencontre la demande des auditeurs (étudiants) et se multiplie par le soutien de la direction à différents niveaux, des miracles se produisent. Nous en parlerons plus loin, car le succès du cours sur l'humanité et l'empathie, présenté au salon de l'université de médecine de Beldar, n'est pas la seule histoire qui mérite d'être racontée.

Les enseignantes du cours ont partagé leurs expériences avec les étudiants lors d'une réunion de l'association scientifique étudiante pour le centre de simulation ; avec les doctorants, dans le cadre du cours « Gestion du temps et communication en médecine » ; avec des médecins – lors de cours de formation continue à la faculté de formation postuniversitaire ; et avec des collègues enseignants lors de réunions de groupes de pairs dans le cadre de la formation continue. Et maintenant, ils en redemandent tous !

La diffusion de ce thème et l'augmentation de la demande en compétences liées à l'approche centrée sur la personne au sein de toutes les communautés de professionnels de santé s'apparentent à une boule de neige qui roule et grossit à une vitesse fulgurante. Et il ne s'agit là que du cas d'un seul établissement d'enseignement supérieur formant des médecins.



Oksana Petrynych, Olena Korotun et Tetiana Shchudrova



L'histoire d'Oksana Petrynych :
De nombreuses tentatives qui ne portent leurs fruits qu'aujourd'hui

En 2005, lorsque j'ai suivi pour la première fois une formation de perfectionnement pédagogique à Kiev – il s'agissait d'un cours de perfectionnement thématique à l'Institut de médecine familiale –, on nous a parlé du modèle d'interaction avec le patient centré sur la personne. J'ai conservé sur mon disque dur deux vidéos qu'Olena Korotoun et Tetiana Shchudrova ont pu utiliser dès maintenant dans notre atelier pour illustrer leur thème, car ce sont les seuls cas pratiques enregistrés en ukrainien. On y voyait Vladislav Odrinsky, que tout le monde connaît, jouer le rôle d'un médecin. Et c'est justement à cette époque que Vlad travaillait déjà, dans le cadre d'un projet, sur la résolution du problème de l'approche centrée sur la personne.

Je me souviens que sur mon lieu de travail, alors que j'étais une jeune assistante (c'était en fait ma première ou deuxième année de travail au sein du département en tant qu'enseignante), j'essayais d'expliquer que si l'on consulte un patient en utilisant un modèle centré sur le patient, cela permet même d'appliquer le bon algorithme de prise en charge. Et voilà que j'ai essayé de mettre cela en pratique : j'ai donné des exemples concrets de la manière dont un médecin s'était trompé ou avait vu juste concernant la toux ou la dyspepsie.

Mais tout de même, compte tenu du principe de secteur qui prévalait il y a quinze ans dans le système de soins ambulatoires, l'approche centrée sur la personne n'était pas très demandée, car, quelle que soit la manière dont on travaillait, on avait son secteur et le patient ne pouvait pas s'en aller.

Après la mise en place de la réforme médicale au niveau primaire, les médecins ont commencé, dans une certaine mesure, à se faire concurrence pour attirer les patients, en proposant aux gens quelque chose que les autres médecins n'offraient pas. Cette nouvelle approche est déjà devenue populaire, car les gens recherchent en réalité l'humanité. Pas seulement le professionnalisme du médecin, ses compétences techniques, mais aussi son humanité.

Au fil du temps, j'ai suivi une formation de facilitatrice au sein du Groupe des pairs, j'ai fait très bien connaissance avec Anastasia Leukhina, et c'est précisément pour cette raison que, lorsqu'elle a proposé l'idée de créer un cours de formation, je ne pouvais absolument pas refuser. Ce sujet était pour moi un thème que j'avais déjà abordé en tant qu'enseignante et qui attendait son heure.





Académie médicale de Rivne : une grande motivation, multipliée par la flexibilité managériale

Natalia Povar et Olena Gorska ont commencé à dispenser leur cours intitulé « Humanité et empathie dans le travail du personnel soignant » en tant que matière optionnelle dans le cadre de la formation du soir du premier cycle. Depuis septembre 2021, les étudiantes de Natalia et Olena sont des infirmières en activité qui ont déjà une expérience (tant positive que moins positive) de la communication avec les patients.

Pour intégrer ce cours au programme d'études, Natalia et Olena ont dû franchir plusieurs étapes : déterminer s'il s'agissait d'une matière optionnelle ou obligatoire, à quelle année et dans quelle faculté elle devait être intégrée, qui allait l'enseigner et quels obstacles administratifs il fallait surmonter pour mener à bien toutes ces étapes.

L'administration de l'Académie de médecine de Rivne n'a pas opposé de résistance et a approuvé le titre original du cours. Cependant, les enseignantes n'ont pas eu le temps de finaliser l'adaptation du cours destiné aux étudiants en soins infirmiers avant la fin du salon des disciplines optionnelles. Grâce à l'ouverture d'esprit et à la créativité de l'administration, elles ont trouvé une solution : proposer le cours lors du salon destiné aux étudiants en licence en formation du soir, qui devait encore avoir lieu. À l'issue de ce salon, 42 étudiants se sont inscrits au cours, qui ont été répartis en deux groupes. Le cours est déjà dispensé – il occupe les pensées des étudiants, alimente les discussions en classe et en dehors.

« Je voulais commencer à enseigner ce cours dès la fin de l'atelier – tant que les discussions, les idées et les émotions étaient encore fraîches dans nos mémoires. Nous savions qu'il fallait encore adapter ce contenu aux infirmières titulaires d'une licence. Et il était important pour nous de faire émerger tout ce potentiel. Ensuite, tout a été simple. Je suis allée voir le vice-recteur et je lui ai parlé du cours. Il a tout de suite compris la valeur d'un tel cours, et nous avons déposé notre candidature pour les cours du soir », raconte Natalia Povar.

Olena Gorska ajoute : « Nous avons eu du mal à nous mettre d'accord sur la répartition des thèmes. Jusqu'au dernier moment, nous ne savions pas s'il fallait séparer l'humanité de l'empathie. Après avoir animé le premier cours pratique, j'ai compris qu'il fallait consacrer deux séances distinctes à ces deux thèmes. La première séance consistait à faire connaissance avec les étudiants et à présenter l'approche centrée sur le patient. Tu dis « approche centrée sur le patient », et une discussion animée s'engage parmi les étudiants. Je n'arrivais qu'à placer un mot ici et là. Et quand nous avons commencé à parler d'empathie, il ne restait plus beaucoup de temps. J'ai donc compris qu'il valait mieux séparer ces thèmes.

J'ai demandé aux étudiants comment ils concevaient l'empathie et ce qu'ils espéraient apprendre au cours de cette formation. Il s'est avéré que ce qu'ils souhaitent avant tout apprendre, c'est « comment communiquer et soutenir le patient sans pour autant s'épuiser ». L'une des étudiantes est infirmière en chef dans un service d'un centre périnatal. Elle a déclaré qu'il était important pour elle d'apprendre à faire preuve d'empathie de manière appropriée. Car elle

a vu beaucoup de choses différentes dans son activité professionnelle, mais ne sait toujours pas comment exprimer correctement sa compassion. Beaucoup ont dit que l'empathie était un sujet très populaire, c'est pourquoi ils ont choisi cette discipline. Ils ont envie d'apprendre à communiquer avec les patients. »



Olena Ignashchuk : l'orientation vers le patient et les groupes de pairs

Le lancement et la « mise au point » du cours ne sont pas simplement l'initiative de quelques collègues. Il s'agit d'un échange permanent – d'idées, d'expérience, de connaissances – entre les enseignants, entre les départements et même entre les établissements d'enseignement supérieur. Il existe une demande sur ce sujet parmi les enseignants de différentes spécialisations, car le thème de l'humanité et de l'empathie est universel et touche à la communication dans tous les domaines.

En 2020, le projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical » a lancé une nouvelle initiative : les groupes de pairs pour les enseignants en médecine, un format de développement professionnel continu. Les groupes de pairs sont des réunions régulières entre enseignants de même niveau hiérarchique, qui permettent aux participants de discuter de thèmes ou de cas importants pour leur développement professionnel, de poser des questions, de partager leurs expériences dans un environnement sûr, et tout cela sans s'absenter de leur travail.

Depuis 2021, 25 facilitateurs en Ukraine organisent des réunions de groupes de pairs dans les établissements d'enseignement supérieur en médecine. Deux groupes de ce type fonctionnent à la fois à l'Académie de médecine de Rivne et à l'Université d'État de médecine de Bucovine.

D'après les résultats d'un sondage mené auprès de leurs participants, l'approche centrée sur la personne est devenue le thème le plus populaire au sein des groupes de pairs en 2021.

Pour en savoir plus sur les groupes de pairs, rendez-vous ici : mededu.org.ua/groups/

De plus, les formatrices de notre cours diffusent largement ce thème lors de conférences sur l'enseignement médical. Ainsi, Mme Oksana Petrynych est intervenue en mai 2021 lors de la Conférence scientifique et pratique panukrainienne à participation internationale « Questions d'actualité en matière de clinique, de diagnostic et de traitement aux différentes étapes de la prestation des soins médicaux », organisée par l'Académie de médecine de Rivne, avec un exposé intitulé « Une approche centrée sur la personne en médecine : les 8 piliers ».

De nombreuses tempêtes nous attendent encore dans la conduite de ce cours, ainsi que de nombreuses discussions animées avec les étudiants et de nombreuses modifications des cas cliniques, car enseigner ce cours, c'est aussi co-créer, désormais avec les étudiants.

PARTIE 1

LE FORMAT DE L'ENSEIGNEMENT ET SON ADAPTATION AUX BESOINS DE DIFFÉRENTS PUBLICS CIBLES

L'une des règles fondamentales d'une communication efficace (et notre enseignement est une forme de communication qui transforme les gens et leur vision de leur métier) consiste à trouver un juste équilibre entre ce que le public souhaite entendre et ce que nous voulons transmettre.

znavtibalansmizhtim,shchoau le public veut entendre,
ice que nous voulons transmettre

Nous avons trouvé de nombreux points communs dans nos approches du travail avec différents publics et avons convenu que, quel que soit le niveau du public, les approches suivantes fonctionneront bien :

Moins de théorie, plus de pratique

- Moins de théorie, plus de pratique : présenter le contenu théorique de manière concise et claire.
- Pratique et apprentissage par l'expérience, afin que les participants puissent vivre des situations et ressentir les différents aspects de l'interaction.
- Flexibilité grâce à différents formats et ouverture à l'expérimentation de divers types d'exercices, de jeux de rôle, d'études de cas et de travail avec des patients standardisés.
- Une grande attention portée à la formulation des objectifs des exercices et des questions, ainsi qu'à un débriefing de qualité et bien ciblé.

Moins de vérités, plus defacilitation

- **Attention : demande d'instructions.** Même si certains ne souhaitent pas recevoir de scripts pour les cas typiques de communication, il est en réalité difficile de généraliser les interactions humaines à l'aide d'algorithmes. Vous devrez présenter des algorithmes, faire comprendre l'importance de certaines étapes et apprendre aux participants à improviser avec cet outil en fonction de la situation, en tenant compte des différentes personnes et des différents contextes.

- Créer un espace et un temps pour l'introspection sur son état, ses sentiments, ses émotions, ainsi que sur les situations déjà vécues.

- Non à la moralisation, oui au dialogue honnête. Moins de vérités, plus de facilitation.

- Mise en pratique des compétences par petites doses, avec suffisamment d'espace pour la discussion.

- Utilisation de vidéos, de photos, visionnage de films ou de séries ; implication des participants dans la création de leur propre contenu vidéo et formation sur le lieu de travail.

Non– aux leçons demorale, oui – au dialogue sincère

Avec les participantes à l'atelier, nous avons analysé les besoins des différents publics médicaux – infirmières et médecins. Nous vous proposons les résultats de notre réflexion commune sur les spécificités du travail de l'enseignant avec chacun d'entre eux, dans les contextes universitaire et post-diplôme.

Tableau 1

Particularités du travail avec différents groupes cibles

	Étudiants (enseignement supérieur)	Stagiaires (formation post-diplôme)
Infirmières	motiver à suivre le cours (utiliser et discuter de différentes vidéos, inviter des infirmières en exercice pour partager leur expérience) ; stimuler la réflexion (analyse de leurs actions et de leurs sentiments) ; impliquer dans un travail actif au sein de micro-groupes ou d'équipes ; influencer les émotions ; faire comprendre l'importance des modèles de référence.	intégrer dans le sujet : susciter l'intérêt et « intriguer » (au sens de « déconcerter ») ; stimuler la réflexion et établir des liens avec la pratique ; tenir compte des relations médecin-infirmière et de la répartition des responsabilités entre eux.
Médecins	visualisation, concretisation ; utilisation des réseaux sociaux dans la pratique (comptes professionnels) ; développement des compétences en communication, y compris avec les collègues (limites de la communication) ; compréhension de l'importance des modèles de rôle.	« diagnostic » du public en termes d'attitudes face à différentes questions relatives à l'approche centrée sur la personne ; analyse des cas concrets des participants (formation horizontale) ; approche individuelle ; connaissance de la dynamique de groupe et une attention particulière portée au traitement des objections.

CADRE DE CONTENU DU COURS

Comme vous le verrez dans le tableau ci-dessous, élaboré selon une approche par compétences, nous avons décidé de centrer ce cours sur l'axe des relations entre les patients et les professionnels de santé. Nous pensons que

Tableau 2

Attitudes, connaissances et compétences au cœur du cours

	Attitudes	Connaissances
Patient-maladie		
Relation patient-le professionnel de santé	Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient	**Empathie et soutien :** confiance, respect mutuel, compréhension mutuelle et responsabilité dans le travail avec les patients ; comprendre ce que signifient le soutien et la compassion et pourquoi ils sont essentiels dans le travail du médecin ; comprendre les limites personnelles dans le travail avec les patients ; tolérance et diversité : comment et pourquoi travailler différemment avec des personnes différentes et, malgré leurs différences, les respecter en tant qu'êtres humains. **Autonomie et confidentialité :** le patient en tant que sujet de décision ; les spécificités des informations (contenu, volume) fournies au patient ; L'importance de la confidentialité et les aspects juridiques qui y sont liés. **Crise et conflit :** ce qu'il faut savoir sur le conflit pour le résoudre ; ce qui rend les patients complexes ; ce que sont les états émotionnels de crise et comment ils influencent l'interaction ; les étapes du deuil.
Le médecin en tant que spécialiste		

tant l'axe « patient et maladie » que l'axe « professionnel de santé en tant que profession » méritent d'être abordés plus en détail dans le cadre d'autres cours. L'étude de la psychologie des patients et des stratégies de prévention du burn-out chez les professionnels de santé est particulièrement importante, mais, compte tenu de l'orientation choisie, nous avons réservé ces thèmes à d'autres activités.

Compétences

Empathie et soutien :

établissement d'une relation de confiance avec le patient ;

capacité pratique à faire preuve d'empathie et à apporter soutien, compassion et premiers secours psychologiques ; respect

des limites personnelles ;

considérer la consultation comme un espace propice à l'établissement de relations

comment et pourquoi il faut adapter son approche selon les personnes et, malgré leurs différences, les respecter en tant qu'êtres humains.

Autonomie et confidentialité :

comment fournir correctement des informations au patient et déterminer le niveau de détail nécessaire pour chacun ;

comment garantir dans la pratique :

la confidentialité (ce que cela signifie concrètement, ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas),

le droit à l'autonomie (comment discuter avec le patient des décisions concernant le déroulement du traitement et l'aider à les prendre).

Crise et conflit :

comment gérer les situations complexes ;

comment reconnaître la complexité d'un patient et comprendre les causes profondes de cette

complexité ; comment communiquer dans un contexte de forte tension émotionnelle et de

stress ;

comment annoncer de mauvaises nouvelles.

COMMENT UTILISER « UN LIVRE QUI N'EFFRAIE PAS DU TOUT... » DANS L'ENSEIGNEMENT DE CE COURS

La compréhension et l'attention portée à l'autre constituent l'un des principes fondamentaux d'une communication efficace et de l'établissement de relations de confiance. La capacité à observer et à noter les différents aspects de l'histoire personnelle du patient, ainsi qu'à adapter ses interventions médicales et communicatives à ses besoins, témoigne du haut niveau d'empathie des professionnels de santé et de leur humanité. Les personnages du livre aident à comprendre ce qui se passe du côté de l'autre, celui du patient.

La compréhension et l'attention doinshoystorvveodnim parmi les principes fondamentaux d'une communication efficace

« Ce n'est pas du tout un livre effrayant... » – il s'agit d'un recueil de plus de 60 histoires de personnes différentes, accompagnées de recommandations pratiques de médecins, de psychologues et de patients. Malgré quelques récits tirés de la vie de médecins, y compris dans leur rôle de patient, le livre invite à un voyage à travers l'expérience des patients. Grâce au langage des récits de vie de différentes personnes, il permet de comprendre quelles actions et quel comportement du personnel médical touchent au plus profond, ce qui cause de la douleur, et ce qui, au contraire, guérit les blessures ou réduit le niveau de stress.

Les récits tirés de cet ouvrage décrivent des situations qui se sont produites en Ukraine dans le contexte actuel. Ces récits peuvent servir de cas d'étude pour des discussions ; ils peuvent également servir de base à l'élaboration de scénarios pour des jeux de rôle ou des exercices avec un patient simulé.

Voici un exemple de la manière dont nous avons utilisé une histoire tirée du livre comme cas pratique pour un cours sur la communication en situation de conflit lors de l'école de médecine familiale d'Azov :

Le père de Yulia

« À la maison, nous avons longtemps vers l'analgésie aux opiacés, inon compté archepaliitivement ses suppléments prendre mor fin, il ne lui resterait plus longtemps à vivre.

Kolihabainianalgésique(s)(v)déjne(aidaient)– et il y en avait tant (dexalgin, spazmalgon,kever,nalbuf etc., No-Spa, Dimédrol, etc.), parmi ceux de cette liste peut était b rédiger petit pharmacologique guide, – médeci n de soins palliatifs nous a expliqué qu'il fallait anticiper la douleur,ane pas«éteindre les incendiesdans», met avec m et maman ont décidé : il est temps d'acheter de la morphine.

Maman a demandé familiale médecin prescrire une sur rose formulair e pour obtenir de la morphine e patch au fentanyl. La médecin a raconté, quoc'estencorepasnécessaireil faut,quopeutfinddéjàch nuit à la santé (père en soins palliatifs, c'est ça !), et le patch au fentanyl, c'est cher. Elle a conseillé d'en acheterencoreàl'endroitles(cinq)et d'autresanalgésiquesetdefairedes piqûres. Voici une citation intéressante d'elle : « il en faut jouer », c'est-à- si ça n'aide pas un seul injecter un autre. Mais chez les att canc aux derniers stades plus il n'y a n'y a du muscles où patients, ein er peut-êtreacoloti !! Jouer avec les analgésiques quand un proche souffre, je ne souhaiterais ça à personne.

Jeudi, le 25 juillet 2019. à mon a Dès le matin, ça fait mal, Je pique. lui nalbuphine (« je joue », co a conseille (familiale). Ça ne sert à rien. 30 minutes collyre No-Spa, de dimédrol (je continue à « jouer », co il est tempsje l'injecte famille (je l'injecte – ça ne fait pas d'effet, la douleur ne fait qu'augmenter.

Je commence à appeler tour à tour tous les médecins que je connais pour leur demander comment aider papa, je continue « jouer » avec les les tremblent. Finaleme maman Il appelle sa femme et, d'un ton furieux, exige qu'on lui prescrive de la morphine.

Tâche :
Vous êtes une collègue de la médecin de famille du père de Yulia et une vieille connaissance de Yulia. Elle souhaite venir vous voir pour vous demander conseil. Préparez-vous à cette conversation et analysez la situation du point de vue des deux parties (Yulia et la médecin) à l'aide du tableau présentant la structure d'une conversation complexe.

COMMENT SAVONS-NOUS QUE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT FONCTIONNE ?

Lorsque nous avons commencé à travailler sur ce cours sous forme d'atelier, il s'agissait d'une expérience et nous ne pouvions pas prédire clairement ce que nous obtiendrions au final. Chacun abordait ce processus de création avec son propre regard de « formateur », de « médecin »,
« patient », avec ses attentes, ses connaissances et ses attitudes – ce qui, parfois, ne faisait qu'aiguiser et enrichir les discussions de l'atelier. En effet, au cours des discussions, en cherchant un consensus, nous avons affiné notre réflexion et cristallisé les messages que nous souhaitions transmettre aux participants du cours.

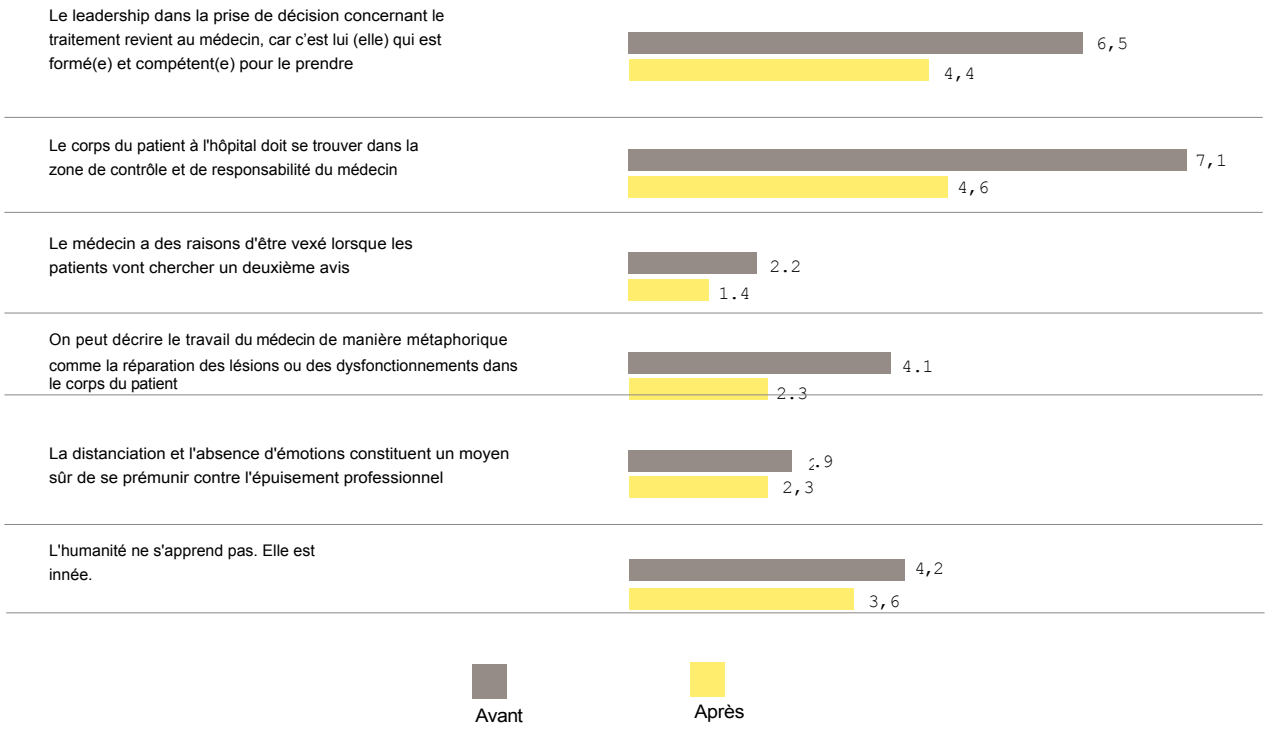


Fig. 3
Compréhension de l'humanité : enquête avant et après l'atelier

Les retours des participantes ont également confirmé que le format de formation choisi (plus horizontal/paritaire) était pertinent. Ici, toutes les participantes ont eu la possibilité de s'impliquer activement dans le processus. L'engagement sincère de chacune des co-développeuses a finalement changé leur attitude vis-à-vis de nombreux aspects des thèmes abordés. Par exemple, après avoir participé à l'atelier, les participantes sont nettement moins d'accord avec les affirmations suivantes :

« Le leadership dans la prise de décision concernant le traitement revient au médecin, car c'est lui/elle qui est formé(e) et compétent(e) pour la prendre. »

« Le corps du patient à l'hôpital doit se trouver dans la zone de contrôle et de responsabilité du personnel médical. »

« On peut décrire métaphoriquement le travail du médecin comme la réparation des dommages ou des dysfonctionnements dans le corps du patient. »

Daryna Bohdan





QUI DES PROPOSE
UN GUIDÉE CONC CHACUN
BLOCS D'APPRENTIS THÈM
SAGENT ES ?

THÈME 1

Une approche centrée sur l'humain

THÈME 1
APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE

Autrefois, les médecins jouaient un rôle central dans le processus thérapeutique. Mais les temps changent. L'étude de la communication des professionnels de santé avec les malades, il apparaît que le patient est un partenaire à part entière lors de la consultation. C'est lui l'expert : personne mieux que lui ne peut parler du fonctionnement de son organisme, de ses troubles, ni de la raison pour laquelle il sollicite de l'aide. C'est pourquoi les sources les plus faisant autorité, telles que l'OMS, parlent désormais d'une aide centrée sur le patient, la personne ou l'individu.

Miriam Duvaigel,
professeure de communication en
médecine à l'université de Gand (Belgique)
et
présidente de l'Association européenne pour la communication en santé

Nous avons étudié de nombreux articles et ouvrages pour préparer ce guide. Nous avons rencontré différents termes pour désigner ce qui est important pour nous :

- la personne est plus importante que son diagnostic,
- Le patient est plus qu'un simple corps,
- le médecin – plus grand que sa profession.

Le médecin et le patient sont tous deux des êtres humains. Ils ont à chaque fois des humeurs et des sentiments différents. Ils ont des croyances et des convictions différentes.

Nous avons trouvé tant de noms différents pour l'approche que nous partageons : approche centrée sur l'humain ou sur le patient, modèle biopsychomédical, approche relationnelle. Ne vous inquiétez donc pas si vous

rencontrer des noms différents dans différentes sources. L'essentiel est que, quel que soit le nom qu'on leur donne – humanité, compassion, empathie ou sympathie –, ces qualités soient présentes dans nos relations avec les patients. Avec toute la richesse des nuances qui reflètent la diversité des caractères, des humeurs et des sentiments humains.

Quel que soit le nom qu´on leur donne – humanité, compassion, empathie ou sympathie – elles doivent être présents dans la relation (avec le patient)

Nous croyons pouvoir créer un espace propice à la relation entre le patient et le médecin – un espace où les besoins émotionnels ou spirituels ont leur place, où la diversité est respectée et où les gens s'écoutent mutuellement. Nous œuvrons pour que les futurs médecins et infirmiers soient mieux armés en outils de communication et en compréhension :

- comment travailler avec la différence sans juger,
- comment faire preuve d'empathie et apporter son soutien sans s'épuiser,
- comment être présent sans se perdre soi-même.

Dans ce chapitre, vous découvrirez la transformation des relations médecin-patient qui s'est opérée au cours des cent dernières années dans le monde, vous trouverez des illustrations des transitions complexes d'une interaction autoritaire vers une interaction partenariale issues de l'histoire récente de la pratique médicale en Ukraine, et vous pourrez préciser en quoi consiste cette approche centrée sur la personne dans le contexte médical.

Nous sommes conscients que le chemin vers une relation de partenariat entre les professionnels de santé et les patients est long et semé d'embûches, car il exigera un changement de comportement de la part des deux parties. Les patients devront assumer davantage de responsabilités quant aux décisions concernant leur santé, tandis que les médecins devront partager cette responsabilité avec eux. Les deux parties doivent faire preuve de plus d'écoute et de respect – à l'instar de l'infirmier dans l'histoire du père de Larisa, que vous trouverez ci-dessous ; et surtout, elles doivent travailler leurs compétences en communication.

HISTOIRE SUR LA DIGNITÉ, LE DROIT DE CHOIX ET LA DERNIÈRE BOUFFÉE DE CIGARETTE

On a diagnostiqué chez papa un sarcome agressif avec des métastases dans tout le corps, y compris au cerveau. Ses mains et ses jambes ont commencé à enfler et à bleuir. Une semaine plus tard, le diagnostic est tombé : gangrène. L'amputation des deux mains a duré près de 24 heures ; on l'a recousu et on lui a fait des transfusions sanguines. Le médecin nous a prévenus que les réactions au réveil pouvaient être diverses, c'est pourquoi il était important que quelqu'un soit à ses côtés.

Quand on l'a amené en réanimation, il a repris conscience et m'a regardée. Il n'a pas compris ce qui s'était passé, il a essayé de lever les bras, mais il n'y avait plus rien à lever. Papa a demandé :

– « Qu'est-ce qui m'est arrivé ? »

J'ai essayé de lui expliquer. Il s'est mis à pleurer.

– « S'il te plaît, va-t'en », a-t-il dit avant de s'évanouir.

La fois suivante, je me souviens qu'il m'a tendu la joue pour que je le rase. On aurait dit qu'il se préparait, qu'il se pomponnait.

– J'ai tellement envie de fumer. Donne-moi une cigarette.

– Papa, je vais demander au médecin. Je ne peux pas prendre cette décision toute seule, vu ton état. J'ai discuté calmement avec le médecin. Il t'a formellement interdit de fumer, expliquant que tu avais des métastases au cerveau et que la première bouffée pourrait avoir des conséquences imprévisibles.

Papa continuait à dire que fumer était son seul souhait. Je lui ai promis que ce serait pour la prochaine fois, et je suis rentrée chez moi.

– Papa est mort. L'hôpital vient d'appeler : papa nous a quittés.

Je me suis précipitée vers le service. Sa chambre était déjà vide. Il était allongé seul, et maintenant il n'y avait plus personne. Je suis entrée prudemment dans la chambre et j'ai senti une odeur de fumée de tabac. Papa n'était plus là – mais la fumée était encore là.

Dans le couloir, un aide-soignant faisait les cent pas, nerveux. C'était un homme d'âge mûr, complètement chauve, qui ressemblait un peu à un tueur de film d'horreur. Quand papa a été admis au service, on m'avait dit que c'était un aide-soignant très expérimenté et qu'il s'occuperait bien de mon père.

Et me voilà devant lui, on se regarde.

– Tu lui as donné une cigarette ?

– Je ne pouvais pas ne pas le faire. Il m'a supplié. Il a dit : « C'est mon dernier souhait, j'en ai le droit, j'en ai envie et c'est ma décision. » Et je lui ai donné une cigarette…

Larisa, « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux »

Objectifs :

Attitudes	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	les principes de l'approche centrée sur le patient, les avantages de l'approche centrée sur le patient, les principes de la communication médicale dans l'approche centrée sur le patient.	

Message clé :

L'APPROCHE CENTREE SUR LE PATIENT, C'EST CPOSIBNADANNIME DE L'AIDE MEDICALE, COMMENTIL VIDPO CONSTITUE UNE AIDE INDIVIDUELLE PO AUX BESOINS ET AUX VALEURS DES PATIENTS AETAUSSIV RESPECTE LEURS SOUHAITS TAPEREVAG ET LORS DE LA PRISE DE DECISIONS (CONCERNANT) LEUR PROPRE SANTÉ ET LEUR TRAITEMENT.

Ce qu'il faut enseigner :

- Les principes de l'approche centrée sur le patient : le patient n'est ni une victime ni un objet, c'est un partenaire.
- Approches centrées sur le patient vs paternalistes dans la relation médecin-patient. Modèles biopsychosociaux vs biomédicaux.
- Les composantes de l'approche centrée sur le patient : empathie, respect, implication, relation, communication, prise de décision conjointe, approches holistiques et individuelles, coordination des soins. Les avantages de l'approche centrée sur le patient : un niveau élevé de confiance, la compréhension des besoins, la réduction de l'anxiété, l'augmentation du niveau de satisfaction.
- Les principes de la communication dans une approche centrée sur le patient.
- La feuille de route d'une communication efficace (d'après Silverman) : contenu, processus, perception.
- Comment l'approche centrée sur le patient favorise la mise en œuvre d'une couverture universelle des services de santé.
- Stratégies clés de l'OMS pour le développement du système de santé en vue de la mise en œuvre d'une approche centrée sur le patient.

Comment enseigner :

Étant donné que le sujet ne prévoit pas de mise en pratique des compétences, nous recommandons d'alterner mini-conférences avec des exemples et des discussions interactives. Par exemple :

- évaluation du niveau de connaissances initial (test) sous forme électronique ou papier ;
- mini-conférences ;
- des discussions interactives ;
- projection de vidéos accompagnées de commentaires dans les deux formats.

Conclusions :

L'approche centrée sur le patient est une manière de dispenser des soins médicaux qui tient compte des valeurs, des souhaits et des préférences du patient, et l'implique dans le processus de traitement.

L'approche centrée sur le patient a été introduite au siècle dernier pour contrer le paternalisme en médecine et dans le cadre de l'élaboration du modèle biopsychosocial.

L'approche centrée sur le patient est une nouvelle philosophie et une nouvelle façon de penser qui prône le respect et l'empathie envers les personnes bénéficiant de soins médicaux, et qui tient compte des facteurs sociaux influant sur l'état de santé. L'approche centrée sur le patient considère la santé non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme une vie épanouie, un état de bien-être physique, mental et social complet.

La mise en place de systèmes de santé centrés sur la personne est essentielle pour atteindre les Objectifs de développement durable.

Des documents de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples de questions d'examen possibles et une liste de lectures recommandées sont disponibles dans la deuxième partie du manuel et via les codes QR dans la rubrique correspondante de la deuxième partie du manuel (p. 157).

THÈM 2
E

Empathi
e

THÈME 2. L'EMPATHIE

L'empathie, c'est se mettre à la place de l'autre, ressentir ce qu'il ressent, voir ce qu'il voit.

Daniel G. Pink

COMMENT APPORTER PLUS D'HUMANITÉ À LA MÉDECINE ? L'HISTOIRE DE NATALIA, QUI NE CONSULTE PAS DE MÉDECIN TANT QU'ELLE N'EST PAS « AU BORD DU GOUFFRE »

« Je sais que c'est irresponsable et pas du tout adulte, mais je vais rarement chez le médecin. Peu importe qui : dentiste, ophtalmologue, gynécologue ou neurologue. Tant que ça ne devient pas grave, je n'y vais pas. J'ai subi une lésion médullaire lors d'un accident de la route. Je veux juste me sentir comme une personne normale, et non comme une « petite fille en fauteuil roulant » : voilà l'histoire de ma collègue Natalia.

Presque tous les jours, je suis confrontée à des conflits entre patients et médecins, et je cherche des réponses à ces questions : comment changer l'attitude du médecin envers le patient, et inversement ? Comment apprendre à ces personnes à s'écouter mutuellement ? Comment briser ce cercle vicieux de méfiance et de désespoir ?

Souvent, nous n'osons pas consulter les médecins parce que nous ne voulons pas être confrontés à l'humiliation et au manque de respect élémentaire à notre égard, au sarcasme et aux manipulations. C'est précisément parce que nous demandons de l'aide trop tard que nous perdons de nombreuses vies, car aux stades avancés de la maladie, les médecins ne peuvent souvent plus rien faire. C'est pourquoi je crois qu'une dose d'humanité et d'empathie dans les couloirs et les cabinets médicaux sauvera littéralement des vies.

Je suis consciente que le chemin vers une relation de partenariat entre les professionnels de santé et les patients est long et semé d'embûches, car il exigera un changement de comportement de la part des deux parties. Mais je crois que nous pourrons créer un espace relationnel où les besoins émotionnels ont leur place, où la différence est respectée et où les gens s'écoutent mutuellement.

L'histoire de Natal**ya** ne concerne pas seulement la vie d'une personne en fauteuil roulant. Elle concerne chacun d'entre nous.

« Avant chaque visite chez le médecin, je me prépare mentalement. Dans ma tête, je me pose mille questions : « Que vais-je dire ? », « Quels mots choisir ? », « Suis-je prête à voir un médecin déconcerté aujourd'hui ? » En réalité, je veux être sûre que le personnel de l'établissement médical sera aimable avec moi et que je recevrai de l'aide. Et que je n'aurai pas à passer encore longtemps, en plus de soigner mon corps, à guérir les blessures psychologiques causées par tout ce que j'ai entendu et vécu.

Le manque de tact et d'empathie fait plus mal que l'impossibilité d'accéder aux toilettes. Je vais forcément entendre les médecins, les infirmières et les aides-soignantes me dire des mots de compassion sur mon sort difficile de personne handicapée, sur l'héroïsme de mon mari qui ne m'a toujours pas quittée, « QUOI ? Tu ne peux toujours pas bouger ta jambe ? », on m'appelle « la petite fille sur son fauteuil roulant » et on me dit « Mon Dieu, comment tu fais pour vivre ? » Je veux qu'on me dispense d'avoir à écouter tout ce flot de pensées. Que l'on parle de moi comme d'une « personne en situation de handicap », et non comme d'une « handicapée ». Que les personnes qui travaillent à l'hôpital puissent distinguer la grossièreté de l'empathie, leurs propres jugements des formules de politesse, le tact de l'impolitesse.

Ivelle an « petite fille en poussette »

Jep je veux juste me sentir comme tout le monde

Consultation chez une neurologue. La médecin m'a regardée une seule fois. Ensuite, pendant tout l'examen, elle détournait le regard, regardait partout, sauf vers moi. Elle parlait à l'infirmière, à mon mari, mais pas à moi. Je me sentais comme une personne souffrant d'un retard mental profond. Et lorsque je me suis adressée à cette même médecin pour obtenir un certificat destiné à Ukrzaliznytsia, elle a réussi à recopier sur un bout de papier A6 la quasi-totalité du rapport médical concernant ma blessure et toutes les pathologies associées. À ce moment-là, je n'avais moi-même pas encore pris conscience ni accepté tous les points de la liste, et encore moins envie de partager ces informations avec le monde entier et Ukrzaliznytsia. Et cette médecin s'est indignée quand nous lui avons demandé de réécrire et de mentionner uniquement le fait que je ne peux pas marcher et que je suis obligée d'utiliser un fauteuil roulant. Je veux que ces petits détails prennent de l'importance. Que l'on me regarde dans les yeux. Et je veux aussi qu'on me parle, car je suis une personne.

Je veux qu'on me parle, parce que je—i'aimeDina

Consultation chez le gynécologue. En général, le médecin te posera des questions courantes (mais pas toutes !) et notera tes réponses. Quand il apprend que tu es enceinte, il pousse immanquablement un soupir de soulagement et dit : « C'est merveilleux d'avoir un bébé. » Il te fait comprendre que tu ne devrais même pas penser à avoir des enfants, puis il prend congé avec satisfaction et un soulagement ostentatoire, sans même t'avoir examinée. Il n'y a rien à examiner. Après tout, il n'y a pas d'équipement prévu pour les patientes atteintes de lésions médullaires. Nous faisons entrer mon mari. Il m'installe sur ce maudit fauteuil. Parce qu'il n'y en a pas d'autre. Je voudrais que ce soit confortable pour moi comme pour le médecin, et que nous n'ayons à demander de l'aide à personne.

Faire la distinction entre l'impolitesse et l'empathie,

Le tact face à l'impolitesse et

En raison des exigences bureaucratiques, je dois régulièrement passer plusieurs semaines à l'hôpital. Pendant cette période, je suis hospitalisée avec mon mari. Car malgré la rampe d'accès non conforme à la norme à l'entrée et les larges portes sans seuil menant aux chambres, je ne peux pas me déplacer partout seule. Mais l'accessibilité n'est pas le plus gros problème.

Avant, je pleurais, puis je me mettais en colère et répondais sèchement ; aujourd'hui, tout cela m'amuse ou m'agace. Mais je sais pertinemment que je mérite plus de respect et de dignité. Je mérite un traitement humain et un peu d'empathie. Parce que je suis un être humain.

Que faut-il changer pour que Natalia et nous tous n'ayons pas à vivre des expériences négatives et traumatisantes dans les hôpitaux et lors de nos interactions avec les médecins, les infirmières et les autres professionnels de santé ?

Premièrement, se rappeler qu'une personne est plus qu'un diagnostic. Un patient est plus que son corps. Un médecin est plus que sa profession.

Deuxièmement, il faut promouvoir et mettre en place une approche centrée sur la personne au sein du système de santé ukrainien. Selon les sources, cette approche porte différents noms : approche centrée sur la personne ou sur le patient, modèle biopsychomédical, approche relationnelle.

Mais quel que soit le nom qu'on lui donne, le fond reste le même : humanité, compassion, empathie et sympathie constituent les piliers fondamentaux de la relation entre le médecin et le patient.

Avec toutes les nuances qui reflètent la diversité des caractères, des humeurs et des sentiments humains, ces éléments doivent impérativement être présents dans la relation entre le médecin et le patient.

Il s'agit d'un changement de comportement qui ne concerne pas seulement les médecins et l'ensemble du personnel soignant. Les patients devront assumer davantage de responsabilités quant aux décisions concernant leur santé, et les médecins devront partager cette responsabilité avec eux. Les deux parties doivent faire preuve de plus d'écoute et de respect. Et surtout, elles doivent travailler leurs compétences en communication.

Ma conviction se nourrit de changements concrets. En 2021, deux établissements d'enseignement supérieur en médecine à Tchernivtsi et à Rivne ont lancé un cours intitulé « Humanité et empathie dans les soins de santé » destiné aux futurs médecins et infirmiers. Cela a été rendu possible grâce au travail conjoint de 15 enseignantes d'établissements d'enseignement supérieur en médecine dans le cadre du projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical ».

Ce cours est notre investissement dans une nouvelle réalité où le patient et le médecin sont des partenaires. Ils ne gaspillent pas leur énergie à se battre l'un contre l'autre, mais luttent ensemble contre les maladies, sauvent des vies et favorisent la santé.

Très souvent, lorsque l'on aborde la question de l'humanité dans les discussions sur la médecine, les arguments relatifs à l'épuisement professionnel ne sont pas loin. Ces discussions aboutissent souvent à un cercle vicieux : les patients exigent de l'attention et de la compassion, ce qui demande beaucoup de ressources aux professionnels de santé et les épuise rapidement ; l'empathie épuise les médecins, c'est pourquoi ils ne la pratiquent pas. Nous avons étudié l'empathie et son lien avec l'épuisement professionnel, et cherché à déterminer si l'un entraîne réellement l'autre. Peut-on affirmer avec certitude que le neurologue et le gynécologue dans l'histoire de Natalya se sont comportés ainsi précisément à cause de l'épuisement professionnel ?

Une série d'études en anglais nous montre qu'il n'existe pas de lien de causalité négatif entre l'empathie et l'épuisement professionnel, ou que celui-ci n'est pas prouvé. Une étude menée auprès de médecins et d'infirmières espagnols a montré qu'un niveau élevé d'empathie est corrélé à un faible niveau d'épuisement professionnel, c'est-à-dire que les professionnels de santé plus empathiques s'épuisent moins, et non pas davantage, comme le suggère l'opinion courante. Les chercheurs ont conclu que les professionnels de santé plus empathiques

en première ligne souffrent moins d'épuisement professionnel et que la formation à l'empathie et à la communication ne favorise pas l'épuisement professionnel, mais constitue au contraire un moyen efficace de le prévenir.

Nous avons donc décidé de comprendre comment l'empathie peut prévenir l'épuisement professionnel, plutôt que de le provoquer. Où se situent les limites d'une empathie saine ? Comment pouvons-nous aider les médecins à les respecter ?

Il existe de nombreuses définitions et interprétations de l'empathie, mais nous avons convenu qu'il était utile de distinguer la compassion, l'empathie et la sympathie. Car, selon nous, c'est précisément l'empathie qui permet de mieux éviter l'épuisement professionnel tout en aidant à construire des relations durables.

Rozriznitispivchutia, l'empathie et la compassion

Lorsque nous compatissons, nous nous immergeons émotionnellement dans la situation, en quelque sorte nous la vivons avec le patient.

Lorsque nous compatissons, non seulement nous nous immergeons émotionnellement, mais nous essayons en plus d'aider/de sauver/d'agir en fonction de nos émotions fortes. Nous suivons nos sentiments intenses et les transformons en action.

Lorsque nous faisons preuve d'empathie, nous ressentons les émotions à très faible dose et comprenons ce que vit le patient ; nous démontrons cette compréhension, verbalement ou non verbalement, en envoyant le message suivant : « Je comprends ce que tu vis, je respecte ta vulnérabilité, j'en tiendrai compte dans mes actions, tu es en sécurité avec moi ».

L'empathie — un pont sûr pour leleleleentrele médecinle et le patient

Les médecins nous demandent souvent si l'empathie est vraiment nécessaire, surtout lorsque la tâche principale du médecin consiste à réaliser des interventions hautement techniques. Par exemple, un chirurgien a-t-il besoin d'empathie ? Lors de la préparation du manuel

, nous avons trouvé des études qui montrent que même les chirurgiens ont besoin d'empathie et d'autres compétences émotionnelles. Les défaillances de communication sont une cause bien connue d'erreurs chirurgicales. Les compétences émotionnelles peuvent réduire les barrières de communication dans la relation médecin-patient. La compréhension et l'attention portée aux états émotionnels du médecin et du patient peuvent améliorer la qualité des examens objectifs et subjectifs. La capacité du chirurgien à comprendre l'état émotionnel du patient aide à personnaliser la stratégie de traitement et de consultation, ce qui conduit à des niveaux de satisfaction plus élevés chez les patients.

Les émotions (même chez les chirurgiens ! Sans parler des autres médecins et infirmières, qui sont davantage en contact avec les patients) jouent un rôle essentiel dans la gestion du stress et de l'épuisement professionnel. Le développement des compétences émotionnelles aide à réduire les conséquences négatives du stress et de l'épuisement professionnel, qui sont, comme on le sait, des sources courantes de détérioration de la santé mentale, d'erreurs médicales et de la « dépersonnalisation » des patients, prétendument protectrice mais en réalité destructrice. Un haut niveau d'intelligence émotionnelle permet au médecin de mieux comprendre ses propres émotions (auto-empathie) et les sources de stress qui l'entourent, ce qui, à son tour, l'aide à gérer le stress et à détecter l'épuisement professionnel à un stade précoce. La compréhension des émotions (tant les siennes que celles des autres) permet au médecin de réagir plus efficacement aux défis extérieurs et d'adopter une attitude plus bienveillante envers lui-même et les autres.

Une compréhension empathique influencera le choix des mots et le ton de la communication, et la communication a toujours un impact sur le niveau de confiance. Une bonne communication renforce la confiance, une mauvaise la détruit. De nombreux auteurs s'accordent à dire que comprendre n'est qu'une partie du puzzle ; il est également important de montrer cette compréhension au patient afin qu'il se sente écouté et pris en compte – cela contribue également à établir des relations meilleures et plus confiantes, ce qui se reflète inévitablement sur le résultat clinique.

D'autre part, nous pourrons préserver nos forces et ne pas tomber dans l'excès en voulant constamment sauver le monde. Car, comme nous le savons, si l'on passe son temps à sauver le monde sans prendre soin de soi, l'épuisement professionnel ne tardera pas à se manifester. L'empathie est donc un pont assez sûr pour la relation entre le médecin et le patient, qui apporte un soutien et un ancrage, et nous préserve de nous laisser emporter par le flot des émotions humaines.

Objectifs :

Attitude	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Notions : empathie, compassion, sympathie.	Prise de conscience de ses propres expériences et sentiments ; développement de l'observation psychologique ; acquisition de compétences « lecture » des signaux non verbaux ; développement de la capacité à s'exprimer avec empathie ; développer la capacité d'empathie.

Message clé :

L'EMPATHIE AIDE A ETABLIR DES RELATIONS DE CONFIANCE ENTRE LE MEDECIN IPA ET LE PATIENT, D'ÉVITER L'APPARITION CONFLIKTI ET DE FAVORISER LEUR RESOLUTION, REDUCTION DU STRESS ET ÉPUISEMENT LE SALUT. IL FAUT LE DÉVELOPPER EN TRAVAILLANT SUR SES PROPRES COMPETENCES ÉMOTIONNELLES.

Que faut-il enseigner ?

- La différence entre l'empathie, la compassion et la sympathie.
- Protocole NURSE
- L'intelligence émotionnelle et son lien avec l'empathie.
- Comment développer ses compétences émotionnelles. Outils d'autorégulation.
- Test des compétences émotionnelles.

Comment enseigner ?

Nous recommandons d'alterner mini-conférences avec des exemples et des discussions interactives, d'utiliser des études de cas et de mettre en pratique des protocoles de réponse empathique.

Conclusions :

L'empathie permet de mieux établir des relations et de travailler plus efficacement avec les patients.

L'empathie prévient l'épuisement professionnel et permet de mieux gérer le stress. Il est

important de développer l'empathie envers les autres en même temps que l'empathie

envers soi-même.

Le développement de l'intelligence émotionnelle contribuera à améliorer l'efficacité des interactions à différents niveaux et permettra d'économiser de nombreuses ressources.

Le développement des compétences émotionnelles mérite qu'on lui consacre un cours spécifique et qu'on intègre leur apprentissage dans les programmes de différentes spécialités.

Des supports de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples de questions d'évaluation possibles et une liste de lectures recommandées sont disponibles dans la deuxième partie du guide. et à l'aide des codes QR figurant dans la rubrique correspondante de la deuxième partie du manuel (p. 190).

THÈME 3

La confiance dans la relation patient-soignant

La consultation comme espace de construction de partenariat

THÈME 3

LA CONFIANCE DANS LES RELATIONS AVEC LE PATIENT. LA CONSULTATION COMME ESPACE POUR ÉTABLIR DES RELATIONS DE PARTENARIAT

Sans une bonne communication, les soins médicaux sont, au mieux, inefficaces, au pire, dangereux.

Anthony L. Sachman
professeure de médecine à l'université de Rochester, États-Unis

L'HISTOIRE D'IVANNA ET D'UN NEUROCHIRURGIEN À L'ÉCOUTE

Un neurologue a recommandé à mon mari de consulter un neurochirurgien. Jusqu'alors, nous n'avions jamais eu affaire à des neurochirurgiens, j'ai donc demandé s'il pouvait nous recommander l'un de ses collègues.

– Vous pouvez consulter le neurochirurgien de notre hôpital. J'ai entendu dire par des collègues que c'est un « chirurgien réfléchi », enfin, qu'il n'opère pas sans réfléchir. Il paraît aussi qu'il y a de bons retours sur le docteur Roman H., mais je ne sais pas où il exerce actuellement.

Mon mari et moi avons décidé de consulter les deux. Si leurs recommandations coïncident, nous nous ferons opérer par celui qui nous mettra le plus en confiance, comme on dit. Si les avis des médecins divergent, nous irons voir un troisième médecin.

Je ne vais pas décrire la consultation chez le neurochirurgien, qui travaille dans le même hôpital que le neurologue, car mon histoire porte sur l'humanité, ce qui n'a rien à voir avec ce médecin.

Le lendemain matin, nous nous précipitons à l'hôpital. Nous attendons notre tour et entrons.

Nous racontons notre histoire. Le docteur Roman examine l'homme, rend son verdict et nous expose tous les avantages et les inconvénients de l'opération. Il répond très calmement à toutes mes questions. Puis il nous laisse le temps de prendre notre décision : opérer ou non. Il y avait tant de respect, d'humanité et d'équilibre dans les paroles du médecin qu'il ne nous a fallu qu'une demi-journée pour prendre notre décision.

Il faudrait que les médecins prennent conscience que le patient est vraiment inquiet. Lui et ses proches sont anxieux, c'est pourquoi ils posent une cinquantaine de questions pour obtenir des précisions. Pour le médecin, c'est une routine quotidienne, mais pour le patient, c'est de la peur et de l'inconnu. C'est pourquoi les médecins lucides et humains ont suffisamment de patience, de connaissances et de respect pour le patient pour tout lui expliquer en détail.

Sur le chemin de la salle d'opération, le docteur Roman a décidé de me remonter le moral :

– Je comprends que vous soyez inquiète, car je vois que vous avez un mari formidable. Mais tout ira bien. Dès qu'il reprendra conscience après l'anesthésie, je vous appellerai.

L'opération et la rééducation se sont bien déroulées, et le jour de la sortie, nous sommes allés voir le médecin pour le remercier de son humanité et de son professionnalisme.

Je lui parlais, les larmes aux yeux, et le médecin m'écoutait. Lui aussi, les larmes aux yeux.

Ivanna, épouse du patient (nom modifié)

La confiance est une chose insaisissable. On ne peut pas la toucher. Mais en même temps, elle est très concrète : soit elle est là, soit elle n'est pas là. Il est difficile de lui trouver une définition ou de tracer les étapes pour y parvenir, mais nous pouvons toujours dire si nous l'avons ou non. Tout comme Ivanna et son mari savaient clairement chez quel médecin ils allaient se rendre, car la confiance, et la façon dont elle se répand comme une chaleur intérieure et ouvre le cœur, est un guide fiable.

La présence de la confiance dans les relations permet d'économiser du temps et de l'énergie ; elle apporte beaucoup de beauté et de sécurité. En son absence, nous consacrons beaucoup de ressources aux règles et aux procédures, aux formalités et à la paperasse, en essayant de nous protéger. Dans un contexte médical, la confiance est importante pour les deux parties – tant pour le médecin que pour le patient. Sans confiance, il est presque impossible d'aider, et de guérir aussi.

Sans confiance, il est presque impossible d'aider,
guérir l'est tout autant

En cherchant à savoir d'où vient la confiance des gens envers leur médecin, nous avons compris que chacun a sa propre vision. Certains se rendent chez le médecin avec un certain capital de confiance, que celui-ci peut utiliser pour le renforcer et gagner un patient fidèle, ou bien perdre ce capital. Il est bien sûr plus facile et plus rapide de la perdre que de la multiplier. Une telle confiance repose généralement sur les recommandations d'amis ou de proches, sur la confiance envers l'établissement médical ou sur la réputation et les titres du médecin.

D'autres, en revanche, viennent chez le médecin avec une confiance quasi nulle et un passé d'expériences négatives, et il faut alors gagner et mériter cette confiance pour pouvoir continuer à travailler ensemble. Dans de tels cas, le premier contact est particulièrement important – car on ne peut pas faire deux fois une bonne première impression. Le respect et la compréhension mutuels, ainsi que la capacité à adopter une approche personnalisée, influencent fortement le niveau de confiance du patient. Compte tenu du contexte actuel assez complexe et du faible niveau de confiance dans le système de santé en général, les médecins rencontrent assez souvent des patients ayant des « antécédents médicaux chargés », qui ont perdu confiance, qui ont été trahis ou trompés par d'autres médecins. Établir la confiance avec ces patients sceptiques demande encore plus d'efforts.

Comment peut-on donc instaurer la confiance ? Quatre facteurs principaux influencent le développement de la confiance :

- **La prévisibilité.** Lorsque le comportement du médecin devient prévisible et compréhensible pour le patient, celui-ci éprouve davantage de confiance.
- **Le temps et le nombre d'épisodes.** La confiance s'installe rarement instantanément. Si le médecin se comporte de manière compréhensible et prévisible pour le patient pendant un certain temps et dans différentes situations, le niveau de confiance augmentera avec le temps. Gagner la confiance prend du temps, mais on peut la perdre en un instant.
- **L'information.** Les informations fournies rendent la réalité plus compréhensible et prévisible : plus le médecin établit un échange d'informations de qualité avec le patient, plus il adapte l'information aux besoins de chacun, plus on lui fera confiance. Les patients se méfient généralement des médecins qui ne partagent pas leurs informations.
- **Communication.** La communication est sans doute le seul outil permettant d'instaurer la confiance dans une relation. C'est en effet grâce à elle que nous déterminons si les paroles correspondent aux actes. Ce sont précisément ces correspondances qui nous rendent prévisibles aux yeux des patients. C'est pourquoi nous avons accordé une grande attention, dans cette section du guide, à la communication avec le patient pendant la consultation.

Dans ce chapitre, nous allons donc analyser comment établir la confiance en nous appuyant sur les fondements d'une communication efficace pendant la consultation.

Objectifs :

Attitude	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	comment instaurer la confiance dans la relation avec le patient ; la consultation comme espace de construction de la relation.	Parvenir à la compréhension mutuelle et à la confiance ; Établir des relations de partenariat ; les questions ouvertes ; la communication verbale et non verbale ; l'exploration des émotions du patient ; l'empathie.

Message clé :

LA SEULE FAÇON D'ÉTABLIR LA CONFIANCE DANS LA RELATION AVEC LE PATIENT – C'EST D'ÊTRE COMPRÉHENSIBLE ET PRÉVISIBLE.

LA CAPACITÉ À COMMUNIQUER – UNE DES COMPÉTENCES CLINIQUES, LA COMPOSANTE LA PLUS IMPORTANTE – COMPOSANTE DE LA COMPÉTENCE DU MÉDECIN.

Ce qu'il faut enseigner :

- Modèles de consultation traditionnels vs centrés sur le patient.
- Communication centrée sur le patient : principes fondamentaux.
- Structure de la consultation clinique selon le modèle Calgary-Cambridge.
- La communication non verbale pendant la consultation.
- La triade ICE (idées, préoccupations, attentes) pour comprendre les réactions émotionnelles.
- L'algorithme de communication empathique N.U.R.S.E. (nom, compréhension, respect, soutien, exploration).

Comment enseigner :

Nous envisageons cela comme un ou plusieurs cours pratiques et interactifs, structurés selon les principes suivants :

- des détails à l'ensemble : cartes des émotions, langage empathique – différentes parties de la consultation – la consultation dans son ensemble ;
- du simple au complexe : patient positif, prêt à coopérer – travail avec un patient négatif.

En conséquence, nous vous proposons d'utiliser les formats suivants pour interagir avec votre public :

- évaluation du niveau de connaissances initial (test de contrôle) sous forme électronique ou papier ;
- mini-conférence ;
- questionnaire oral/activité interactive/démonstration vidéo ;
- analyse de cas concrets et/ou discussion de ceux-ci en petits groupes ;
- scénario avec un patient simulé, enregistré en vidéo et suivi d'un débriefing ;
- évaluation finale des connaissances théoriques.

Conclusions :

La responsabilité du résultat est partagée (entre le médecin et le patient).

L'approche centrée sur le patient en matière de soins médicaux repose sur la compréhension mutuelle et la collaboration entre le patient et le médecin.

Le modèle Calgary-Cambridge repose sur une structuration claire de la consultation médicale et sur des données étayées par des études.

Dans sa communication avec le patient, le médecin doit s'appuyer sur des compétences en communication dont l'efficacité a été confirmée par de nombreuses études. Il ne faut pas se fier uniquement à sa propre expérience et à ses intuitions, car celles-ci peuvent conduire à de nombreuses erreurs.

L'utilisation du modèle Calgary-Cambridge de consultation médicale centrée sur le patient améliore les résultats cliniques et l'adhésion au traitement, est rentable et réduit le nombre de plaintes et de poursuites judiciaires.

Des documents de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples de questions d'évaluation possibles et une liste de lectures recommandées sont disponibles dans la deuxième partie du manuel et via les codes QR figurant dans la rubrique correspondante de la deuxième partie du manuel (p. 212).

THÈME 4

Autonomie du patient et les limites professionnelles dans les relations soignantes

THÈME 4. SUBJECTIVITÉ ET AUTONOMIE DU PATIENT. LIMITES PROFESSIONNELLES

Pour vivre et relever de nouveaux défis, je dois devenir une leader. Une leader que je n'étais pas auparavant. Oui, j'aurai peut-être besoin d'aide dans mes tâches quotidiennes si
Je ne me sentirai pas bien, mais personne ne doit décider à ma place… Et j'ai besoin de soutien dans ce rôle de leader : pour mieux me connaître, mieux comprendre le monde, prendre des décisions difficiles et réorganiser ma vie. Quelle que soit la forme que cela prendra et quelle que soit l'issue, il est important pour moi de décider moi-même comment parcourir ce chemin

Suz Meffert
Extrait de « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qu'il y a entre les deux »

L'HISTOIRE DE LA MÈRE DE MARIA ET LES DILEMMES DU TRAITEMENT

L'année dernière, on a diagnostiqué un cancer à ma mère. Stade 4, poumons, métastases. Aucun espoir. Aucune chance. Il ne lui restait plus que quelques mois à vivre.

Accepter une telle nouvelle s'est avéré très difficile. Pour elle comme pour moi. Ce n'est que plus tard que j'ai compris que les médecins parlaient de « traitement » par pure compassion. Après tout, un traitement a pour but la guérison. Or, dans notre situation, toute intervention relevait plutôt de la « médecine palliative ».

Le cancer est une maladie individuelle. Il n'existe pas de méthodes éprouvées qui fonctionnent pour tout le monde. Le traitement est choisi en fonction d'une centaine de paramètres spécifiques.

Un jour, alors que notre combat n'en était qu'à ses débuts, lorsque j'ai accompagné ma mère à l'une de ses nombreuses et pénibles séances de traitement, elle m'a dit : « Mash, j'ai l'impression d'être un simple morceau de viande. » Puis elle a parlé de la qualité de vie. De l'importance de ne pas perdre la tête, même face à un diagnostic fatal. Et que si elle devait choisir entre un jour de vie épanouie et une semaine de semi-inconscience, elle choisirait le jour.

Cela ne signifie pas qu'il faille cesser de se battre. C'est, comme toujours, une question de nuances et de demi-tons. Une question d'équilibre. Ne pas forcer le malade à faire quelque chose simplement parce que quelqu'un est inquiet. Ne pas le forcer à subir une infinité de procédures douloureuses, dont l'efficacité tend vers zéro, juste pour apaiser sa conscience – « voilà, vous voyez, je fais tout ce que je peux ». Lui demander ce qu'il veut. Dans une telle situation, votre opinion est secondaire. Vous pouvez le persuader, le supplier, le convaincre, mais ne traitez pas le patient comme un « morceau de viande ». C'est son choix, pas le vôtre.

Maria Popova,
« Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux »

« Et vous, vous êtes médecin ? »

La question de la subjectivité du patient, de son autonomie et des limites professionnelles du personnel soignant a suscité de vives discussions lors de l'élaboration de ce cours.

Tout d'abord, le système paternaliste de l'enseignement médical et des soins repose sur l'idée que le patient est un objet soigné par des professionnels de santé compétents. Nous n'avons pas l'habitude de considérer le patient comme un sujet capable d'influencer ce qui lui arrive. Il nous a donc été difficile, ne serait-ce que sur le plan terminologique, de discuter de la subjectivité de la personne, souvent confondue avec le sujet prestataire de services.

Deuxièmement, les relations paternalistes en médecine reflètent des schémas historiques séculaires d'interaction entre le seigneur et ses vassaux, entre le dictateur et les opprimés, entre le maître et le serf. Ces déséquilibres de pouvoir et cette incapacité à utiliser son propre rang, tant dans la société en général que dans la médecine en particulier, conduisent à des abus de pouvoir et à l'absence d'un système de freins et contrepoids. En conséquence, les médecins « croulent » sous le poids d'une responsabilité excessive, tandis que les patients, qui se remettent entre les mains des médecins, rejettent toute la responsabilité sur le personnel médical en cas d'échec.

Perekosiuvladitanevminn j'utilise mon propre
rangomprizvodyatd et des abus de pouvoir

Troisièmement, pour prendre des décisions ensemble, un certain niveau est nécessaire
une « maturité » de part et d'autre. Et cela n'a rien à voir avec l'âge. Cette maturité implique le respect de l'autre et la capacité à assumer son propre rôle – celui de médecin ou celui de patient. Cependant, tous les professionnels de santé et tous les patients ne sont pas prêts à adopter une nouvelle dynamique dans ces relations ni à redéfinir le partage des responsabilités quant aux décisions relatives au déroulement du traitement. Tous les patients ne souhaitent pas assumer cette responsabilité, et tous les médecins ne souhaitent pas consacrer du temps à discuter ou à fournir des informations dans un langage compréhensible. Tous les patients ne disposent pas d'un niveau d'éducation suffisant pour comprendre la complexité du problème. Certains patients, conformément à leurs traditions culturelles, ne sont pas habitués à prendre des décisions de manière autonome.

Pour prendre des décisions en commun, il faut un certain
Le niveau de « maturité » des deux
parties

La prise de décision partagée ne se résume pas à obliger Masha et sa mère, dans l'histoire racontée au début de ce chapitre, à suivre les recommandations du médecin, tout comme elle ne consiste pas à prescrire au patient tout ce qui lui passe par la tête, ni à le laisser seul face à une décision difficile. La prise de décision partagée est possible lorsqu'il existe une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé, dans laquelle ils peuvent influencer mutuellement leurs opinions et coopérer pour trouver le traitement qui conviendra le mieux à ce patient, en tenant compte de ses valeurs et de ses préférences.

Il est donc important que le professionnel de santé tienne compte du souhait du patient d'être impliqué dans la prise de décision et l'encourage à assumer davantage la responsabilité de sa santé, plutôt que de la confier entièrement aux prestataires de soins. La « maman machine » doit avoir la possibilité d'influencer ce qui lui arrive, à elle et à son corps, et de choisir la voie qui lui convient.

Pour cela, il est important que les professionnels de santé et les auxiliaires de santé établissent des limites saines dans leur travail avec les personnes et comprennent clairement la différence entre « toucher la vie de quelqu'un » et « prendre la vie de quelqu'un entre ses mains ».

Objectifs :

Attitudes	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Subjectivité et limites ; le patient en tant que sujet de la prise de décision ; la prise de décision partagée (Shared decision making, SDM) ; qu'est-ce que les limites ; quels sont les types de limites ;	comment fournir correctement des informations au patient et déterminer pour chacun le niveau de détail nécessaire à la prise de décision partagée ; comment, dans la pratique, garantir le respect des limites, identifier leur franchissement ou leur violation ; comment établir ses propres limites ; que faire en cas de violation des limites.

Message clé :

LA PRISE DE DÉCISION CONJOINTE EST UN ÉLÉMENT CLÉ DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ. ELLE N'EST POSSIBLE QUE SI LE RESPECT DES LIMITES PROFESSIONNELLES ENTRE LE MÉDECIN ET LE PATIENT

Que faut-il enseigner ?

- Le caractère volontaire, le consentement éclairé du patient et les données à caractère personnel : aspects pratiques de leur application dans le quotidien du professionnel de santé.
- Principes d'autonomie du patient.

- Compétences en matière de prise de décision partagée : échange d'informations, écoute active, synthèse, questions ouvertes, explication des avantages.
- Le consentement éclairé en tant qu'élément de la sécurité du patient (patient safety).
- Test SURE pour évaluer la confiance dans la décision (d'après O'Connor et Légaré : confiance dans le choix, compréhension de l'information, connaissance des risques et des avantages, soutien).
- Outils d'aide à la décision pour le diagnostic (decision aid).
- Les limites et leurs types.
- La vie privée en tant que droit fondamental pour l'autonomie et la protection de la dignité humaine ; principes de respect de la vie privée.

Comment enseigner ce module ?

Ce module est assez dense en matière théorique – il est en effet important de bien maîtriser les principes fondamentaux de l'autonomie du patient et de la prise de décision partagée. Nous proposons donc de l'« alléger » en y intégrant l'analyse de cas et de consacrer davantage de temps à l'évaluation des connaissances.

Nous vous suggérons, dans la mesure du possible, de consacrer du temps à la mise en pratique des compétences, de vous reporter à la section précédente, qui contient des informations détaillées sur la structure de la consultation selon le modèle de Calgary-Cambridge, et de travailler les compétences les plus pertinentes pour la seconde moitié de la consultation – les étapes d'explication, de planification et de conclusion de la rencontre.

Il serait notamment utile de travailler sur la communication d'informations, l'aide à la compréhension de ces informations, la recherche d'un terrain d'entente, la planification des actions et la synthèse. Le triangle ICE (idées, attentes et craintes), déjà mentionné dans plusieurs chapitres, peut également constituer un outil utile pour la prise de décision collective.

Conclusions :

La prise de décision partagée est un nouveau paradigme dans la relation entre le médecin et le patient. Les deux parties doivent apprendre à communiquer et à se répartir les responsabilités.

La confidentialité et le volontariat sont des principes importants dans cette relation ; ils sont protégés par la loi.

Le patient est maître de son corps et a le droit de refuser un traitement ou de choisir une autre voie.

Lors de la prise de décision, il est nécessaire d'évaluer non seulement la situation clinique et les risques, mais aussi de prendre en compte les facteurs socio-économiques et psychologiques, ainsi que les préférences de chaque patient.

Des limites professionnelles bien établies permettent d'éviter l'épuisement émotionnel et l'apparition de situations désagréables. La mise en place de limites et la résolution constructive des conflits en cas de non-respect de ces limites constituent une compétence qui nécessite de s'entraîner.

Des supports de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples d'exercices possibles et une liste de lectures recommandées sont disponibles dans la deuxième partie du manuel et via les codes QR figurant dans la rubrique correspondante de la deuxième partie du manuel (p. 246).

THÈME 5

Confidentialité

THÈME 5 CONFIDENTIALITÉ

La relation entre le médecin et le patient est au cœur de l'éthique médicale. Il s'agit d'une relation personnelle et professionnelle fondée sur la confiance, l'assurance, la dignité et le respect mutuel. La confiance est le pont dans la relation médecin-patient. Il est important non seulement d'attendre une confiance totale de la part du patient, mais aussi de créer une base solide qui servira de fondement pour développer de la confiance du patient.

Peter A. Clark

L'HISTOIRE D'UNE JEUNE MÉDECINE ET SON RIRE À L'ÉGARD D'UN HOMME GAY SÉROPOSITIF

– Tu imagines, on nous a amené un « suspect » au service. Bon, c'est ce type, un homosexuel, qu'est-ce qu'il cherchait ? – dit en riant ma camarade de promotion, qui travaille le week-end aux soins intensifs d'un hôpital de Kiev.

Le groupe rit, mais moi, je suis prise d'un frisson de dégoût. Pas envers le patient, mais envers ces gens qui n'ont jamais entendu parler d'empathie, d'acceptation, de non-jugement. Ils n'ont pas non plus entendu parler du secret médical. D'après ce récit, je comprends que les informations sur le patient, son état, son orientation sexuelle sont accessibles non seulement à tout le service de réanimation, mais aussi à tout autre membre du personnel, aux patients potentiels et même à nous, étudiants de quatrième année à la faculté de médecine.

J'ai peur rien que d'imaginer l'enfer que vit actuellement ce jeune homme : dans un état grave en réanimation, conscient ou inconscient (j'ai même envie de croire qu'il dort et qu'il n'entend ni ne voit les regards du personnel). Le fait d'être séropositif entraîne des refus de soins médicaux et des remarques importunes sur le mode de vie. Au lieu de

Au lieu de bénéficier d'un accompagnement adapté sur les risques, le patient se voit infliger des jugements de valeur de la part de tout le monde, de l'aide-soignante au médecin-chef. Puis, les rumeurs parviennent à ses connaissances, qui commencent à l'éviter, ou à ses employeurs, qui le licencient, surtout lorsque son travail implique d'être en contact avec des clients ou des personnes dont il a la charge (des enfants).

Quelques années plus tard, alors que je travaille déjà, je fais la connaissance d'un autre patient, un jeune homme de 30 ans qui a appris sa séropositivité en réanimation, lorsque la maladie a atteint son cerveau. Lui aussi est gay, c'est une personne très talentueuse et intéressante, un merveilleux compagnon. Je repense à cet autre jeune homme, et je suis submergée par la prise de conscience de l'enfer dans lequel vivent encore aujourd'hui les personnes séropositives. Cet enfer n'est pas dû à l'imperfection des traitements, non. Il est dû à l'incapacité de respecter et de voir non pas le diagnostic, mais la personne.

Daryna Dmytrievska, médecin de famille

Dans le contexte ukrainien, la question de la confidentialité est souvent sous-estimée. Combien de personnes souffrent de la diffusion d'informations concernant leur diagnostic ? Combien de vies et de familles sont détruites à cause de fuites d'informations imprudentes et irréfléchies ? Combien de médecins considèrent comme normal de discuter avec un patient des détails de son diagnostic ou de son traitement dans les couloirs de l'hôpital, en présence d'autres personnes ?

Les médecins discutent en détail des cas de leurs patients dans des groupes publics, divulguent au grand public les rapports de leurs collègues, refusent à un patient l'accès à son dossier médical ou aux résultats de ses examens. Tous ces cas constituent non seulement des violations flagrantes de l'éthique médicale, mais aussi de la loi. Les frontières entre la sphère privée et la sphère publique sont souvent floues, c'est pourquoi beaucoup pensent que la confidentialité n'est qu'un caprice de la mode ou de la bureaucratie.

En réalité, la confidentialité a une application très pratique. Pour pouvoir aider un patient, le professionnel de santé doit obtenir un maximum d'informations sur son état de santé et les circonstances qui ont conduit à des dysfonctionnements de l'organisme. Les règles de confidentialité ont été établies pour que le patient puisse, sans hésitation, dire les choses telles qu'elles sont, et pour que le médecin puisse en tirer des conclusions afin d'avoir une vision complète du tableau clinique et de définir la marche à suivre. La confidentialité est le garant de la confiance dans ce processus, ainsi qu'un facteur qui influence directement l'exhaustivité des informations.

La confidentialité et la vie privée sont étroitement liées. Et si la confidentialité est une exigence réglementée par la loi, la vie privée comporte davantage de dimensions. En particulier, la vie privée concerne toutes les actions que nous accomplissons avec le corps : demander à une personne la permission de la toucher, couvrir un corps dénudé, veiller à ce qu'il y ait un rideau et la possibilité de se changer à l'abri des regards. Traiter le corps d'une personne décédée avec respect. Tout cela relève du respect de la personne, de son corps et des informations concernant ce qui lui arrive. Si la médecine devenait une religion, le respect du corps et le caractère sacré du secret médical pourraient en constituer l'autel.

Si la médecine devenait une religion, le respect du corps et le caractère sacré du secret médical pourraient en constituer l'autel

Dans cette section, nous avons examiné ce que signifie concrètement la confidentialité, quels sont les textes réglementaires qui la régissent, et nous avons rassemblé une série de liens utiles qui aideront nos auditeurs à adopter un comportement plus approprié et à se prémunir contre d'éventuelles plaintes dans leurs relations avec leurs patients. Il est important pour nous de veiller au respect des données personnelles, afin qu'aucun des patients de Daria n'ait à traverser les cercles de l'enfer pour retrouver la santé.

Objectifs :

Attitude	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	quelles informations et dans quelle mesure il convient de les communiquer au patient ; ce qu'il est important de savoir sur la confidentialité : pourquoi c'est un principe important et quels sont les principaux aspects juridiques.	comment fournir correctement les informations et déterminer le niveau de détail nécessaire pour chaque patient ; comment garantir en pratique la confidentialité et le droit de l'individu à l'autonomie ; comment discuter avec le patient des décisions relatives au déroulement du traitement et l'aider à prendre des décisions.

Message clé :

LA CONFIDENTIALITÉ – UNE POUTRES DE LA CONFIANCE ENTRE LE PERSONNEL MÉDICAL ET LE PATIENT. ELLE EST INDISPENSABLE AN ÉTHIQUE QUE JURIDIQUE CONSIDÉRAT IONS

Que faut-il enseigner ?

- Les notions d'« information » et d'« information confidentielle ».
- L'autonomie, ses principes, la notion « consentement éclairé ».
- La vie privée et les principes permettant de la garantir. Règles de protection de la vie privée dans les établissements médicaux.
- Confidentialité, principes de son respect.
- Responsabilité en cas de divulgation du secret médical.
- Conditions dans lesquelles les principes de confidentialité peuvent être levés.
- Accès des patients à l'information : obligations du personnel médical, risques. Particularités de l'accès à l'information concernant les enfants.

Comment enseigner ?

Questions pour la réflexion et la discussion en petits groupes et en grand groupe.

Tests de niveau initial. Études

de cas à discuter.

Exercices pratiques visant à perfectionner les compétences en matière de communication d'informations, d'invitation aux questions de la part du patient et de réponse à celles-ci.

Conclusions :

Le patient doit recevoir des informations complètes et exhaustives sur son état de santé sous une forme accessible afin d'être impliqué dans la prise de décision.

Le consentement à la divulgation d'informations sur l'état de santé est une prérogative du patient.

Les informations confidentielles devant être protégées comprennent les données personnelles, l'état de santé et l'état émotionnel, ainsi que les informations financières.

Le patient doit avoir un accès sans entrave à son dossier médical. Le patient peut refuser la présence d'étudiants ou d'internes pendant son traitement.

Vous trouverez des documents de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples d'épreuves d'examen possibles et une liste d'ouvrages recommandés dans la deuxième partie du manuel, ainsi qu'en scannant les codes QR figurant dans la rubrique correspondante de cette deuxième partie (p. 259).

THÈME 6

Crises émotionnelles et mauvaises nouvelles

THÈME 6.

ÉTATS ÉMOTIONNELS DE CRISE ET MAUVAISES NOUVELLES

« Le personnel soignant évite d'annoncer les mauvaises nouvelles concernant un diagnostic ou un décès, en espérant que quelqu'un d'autre le fera à sa place. Mais cette autre personne ne se présente jamais. Car parler aux patients et à leurs proches de maladies incurables ou de la mort est une partie importante, mais très complexe, de la pratique médicale. Et cela semble d'autant plus difficile en raison du manque de compétences et de formation appropriées, et parfois même de ressources émotionnelles personnelles. »

Anastasia Leukhina
« Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce ce qui se trouve entre les deux »

Dans « Un livre qui ne fait pas peur du tout », on trouve l'histoire de Tatyana, une médecin qui a reçu son propre diagnostic de cancer dans le couloir d'une clinique privée, dans une enveloppe scellée. Personne n'est même venu lui annoncer la nouvelle ni rester à ses côtés pour la soutenir. L'absence de communication ouverte et le manque d'informations constituent les principaux points de friction dans les relations entre les patients et le personnel médical.

L'HISTOIRE DE TETIANA ET LA NOUVELLE DANS L'ENVELOPPE

Elle est médecin. L'une des meilleures gynécologues-endocrinologues de Kiev. Il est impossible d'obtenir un rendez-vous chez elle sans rendez-vous préalable. Mais même dans ce cas, il faut attendre environ un mois. Chaque jour, elle examine les femmes à la recherche de nodules dans les seins et les encourage autant que possible à se faire examiner régulièrement par un gynécologue et un sénologue. Elle a elle-même détecté un nodule chez elle et est allée passer une mammographie. Elle s'est rendue dans une clinique privée pour ne croiser ni ses collègues médecins, ni ses propres patientes.

« J'attendais les résultats de ma mammographie dans le couloir à dix heures du matin. L'assistante du médecin est venue me voir et m'a remis en silence une enveloppe contenant le diagnostic
« cancer » à l'intérieur. Même si je savais déjà ce qui m'arrivait,

que j'étais cultivée et bien informée, j'ai fondu en larmes lorsque j'ai ouvert l'enveloppe et lu le diagnostic. Quelques minutes plus tôt, le médecin avait vu la tumeur, avait écrit les mots « cancer du sein » dans son rapport, mais pourquoi n'avait-il pas trouvé le courage de me le dire en personne ? Car alors, même quelques mots de réconfort m'auraient été d'un grand soutien. Et remettre l'enveloppe en silence et laisser la patiente seule face à un diagnostic aussi terrible, c'est cruel.

À 11 h, j'avais une consultation à l'autre bout de la ville. Je me suis reprise et je suis partie travailler. Mais une autre personne aurait pu se trouver à ma place, et elle n'aurait peut-être pas supporté une telle tension nerveuse.

Pourquoi tout cela est-il si insensible et si peu humain ? Les médecins ne veulent pas annoncer les mauvaises nouvelles, ils espèrent que quelqu'un d'autre le fera à leur place.

Même si j'ai souvent annoncé à des gens qu'ils étaient soupçonnés d'avoir un cancer, j'ai moi-même eu du mal à accepter ces mauvaises nouvelles. J'avais de la peine pour moi-même et pour mes enfants.

Tatiana Popova

« Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux »

D'après les dernières études menées auprès de patients atteints d'un cancer, ce n'est que dans 58 % des cas que les patients ont appris leur diagnostic par leur médecin. Un patient sur trois n'a pas été informé du diagnostic par son médecin.[1]

« On ne nous a jamais appris cela », disent les professionnels de santé. Annoncer une mauvaise nouvelle et discuter du diagnostic est un défi de taille pour quiconque. En effet, il ne suffit pas seulement de trouver les mots justes pour ne pas blesser la personne. Il ne s'agit pas seulement de gérer sa propre inquiétude pour la vie du patient et son sentiment d'impuissance face à son traitement. Il faut être présent, supporter les larmes ou le mutisme, répondre aux questions et répéter plusieurs fois, car la capacité d'une personne à analyser et à mémoriser des informations dans un état émotionnel de crise diminue considérablement. Il faut beaucoup de patience et d'empathie.

Il est très répandu parmi les professionnels de santé de penser que le fait de porter en permanence un gilet pare-balles émotionnel protège de l'épuisement professionnel. Le port prolongé d'un gilet pare-balles métallique peut endommager la colonne vertébrale et provoquer des problèmes chroniques de dos, c'est pourquoi chaque type de gilet pare-balles est conçu

[1] Étude menée par la BFP « Une goutte de sang » et l'ONG « Athéna. Les femmes contre le cancer » avec le soutien du Fonds international « Vidrodzhennia ». Présentation des résultats d'un sondage en ligne réalisé en 2021.

pendant 1 à 2 heures par jour. Il en va de même pour le « gilet pare-balles émotionnel » : le porter en permanence, se renfermer et garder une grande distance par rapport à ses propres sentiments et à ceux de son entourage, cela fatigue et empêche de construire des relations, rendant impossible toute forme de retour d'expérience et de reconnaissance. Cela est tout aussi épuisant que le contact avec les autres, c'est pourquoi il est important de déterminer dans quels cas la protection émotionnelle est réellement nécessaire. À long terme, elle nuit à la santé mentale au lieu de la préserver.

Le port constantd'une armure émotionnelle

Notre enquête a montré que les étudiants en médecine redoutent particulièrement ce genre de conversations et d'annonces de décès. La fréquence de ces situations auprès des patients dépend de la spécialité du médecin. Cependant, nous avons presque tous déjà été ou serons un jour confrontés à une situation où il faut annoncer une mauvaise nouvelle à un patient. Il ne nous reste donc rien d'autre à faire que d'apprendre les techniques pour annoncer de mauvaises nouvelles, de perfectionner nos compétences en écoute empathique, de nous débarrasser des phrases toutes faites telles que « tenez bon » ou « tout ira bien » et d'ouvrir notre cœur, ne serait-ce qu'un tout petit peu.

Nous avons rassemblé les conseils des meilleurs psychologues et médecins sur la manière d'aborder les mauvaises nouvelles et de gérer les situations très chargées en émotions. Nous espérons que ces informations vous aideront, vous et vos auditeurs, à surmonter l'angoisse et les craintes, et à rester aux côtés de vos patients dans les moments difficiles. Parfois, les patients oublient ce qu'ils entendent, mais votre regard ouvert ou vos gestes attentionnés dans ces moments inhabituels resteront longtemps gravés dans leur mémoire, grâce à votre humanité.

Objectifs :

Attitude	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Qu'est-ce qu'un état émotionnel de crise et comment cela influence-t-il l'interaction ?	comment communiquer dans des situations de forte tension émotionnelle et de stress ;
	Les étapes du deuil.	Annoncer de mauvaises nouvelles.

Message clé :

IL EST IMPORTANT QUE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ APPRENNENT À ANNONCER DE MAUVAISES NOUVELLES AVEC COMPRÉHENSION ET EMPATHIE ET AVEC UN SOUTIEN POUR QUE LA PERSONNE NE PAS LAISSER LA PERSONNE SEULE DANS UNE SITUATION DIFFICILE.

Que dire ?

- États émotionnels de crise, signes de deuil (d'après Lindeman), étapes du deuil (d'après Kübler-Ross) et phases du deuil (d'après Zintl et Volkan).
- Soutien psychologique aux différentes étapes du deuil.
- Catégories de patients en état émotionnel de crise et stratégies pour les prendre en charge.
- Annonce de mauvaises nouvelles et protocole **SPIKES** (setting, perception, invitation, knowledge, emotion-and-empathy, strategy, summary) : préparation, information, autorisation, connaissances, émotions/empathie, stratégie, résumé.

Comment enseigner ?

Apprentissage asynchrone (supports de préparation au cours). Discussion en petits

groupes sur les thèmes proposés :

- quels sujets de conversation sont difficiles pour le médecin ;
- à qui vous annoncerez les mauvaises nouvelles (le patient, ses proches, ses connaissances) ;
- pourquoi les médecins ne veulent pas annoncer de mauvaises nouvelles ;

- citez des exemples tirés de votre vie ou de votre pratique où vous-même ou quelqu'un d'autre avez reçu de mauvaises nouvelles de manière inappropriée.

Quels sont les avantages et les inconvénients de la présence des proches dans l'unité de soins intensifs

Jeu de rôle (simulation d'une conversation avec un patient atteint de maladies telles que la PR, l'asthme ou le diabète, par groupes de trois) suivie d'une discussion en groupe.

Discussion en aquarium suivie d'une discussion générale.

Travail sur des cas cliniques (méthode des cas cliniques).

Visionnage de vidéos présentant des façons incorrectes et correctes d'annoncer de mauvaises nouvelles, suivi d'une discussion en petits groupes.

Utilisation d'une présentation sur Google Drive en mode édition, des tableaux Padlet et Miro.

Conclusions :

Les mauvaises nouvelles concernant l'état de santé provoquent un stress important, lié aux craintes et à l'incertitude quant à l'avenir.

Chaque personne traverse les étapes du deuil différemment ; un état émotionnel altéré est naturel, il faut en tenir compte pour établir la communication avec le patient et sa famille. Différentes stratégies de soutien peuvent être efficaces à différentes étapes du deuil.

Il est important que les professionnels de santé apprennent à travailler avec des personnes en situation de crise et à leur communiquer des informations pertinentes et véridiques concernant leur état de santé.

Les stratégies de réponse aux différentes situations de crise peuvent varier.

Vous trouverez des documents de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples d'épreuves d'examen possibles et une liste d'ouvrages recommandés dans la deuxième partie du manuel, ainsi qu'en scannant les codes QR figurant dans la rubrique correspondante de cette deuxième partie (p. 287).

THÈME 7

Conflits et conversations difficiles

THÈME 7

CONFLITS ET CONVERSATIONS DIFFICILES

Si vous évitez les conflits pour préserver la paix,
vous déclenchez une guerre en vous-même.

Cheryl Richardson

L'HISTOIRE DE LA GRAND-MÈRE GUERRIÈRE ET DE L'ANESTHÉSISTE GRINCHEUX

Un bébé de 9 mois vient d'arriver. De l'eau bouillante. Il s'est renversé dessus. La surface des brûlures est de 70 %. Dans ce genre de situation, établir une voie veineuse et commencer à administrer des solutions en grande quantité est une question de survie.

Nous avons rapidement transféré l'enfant en réanimation. Je demande à la maman de rester derrière la porte. Une fois les manipulations terminées, je la laisserai entrer. Des analgésiques et des tranquillisants pour soulager la douleur et calmer un peu le petit patient.

J'essaie de cathétériser la veine sous-clavière. Un seul faux mouvement – et on peut perforer les poumons. Et à ce moment-là, la grand-mère du petit, une femme d'une cinquantaine d'années, accompagnée d'une autre parente, fait irruption dans la chambre et se met à le secouer frénétiquement, arrache les pansements, en se plaignant que nous, les idiots, avons essuyé le blanc d'œuf des brûlures.

Quand l'enfant est arrivé chez nous, il était entièrement recouvert d'œuf. Du blanc d'œuf sur une brûlure, c'est le meilleur remède si l'on veut que tout se termine par une septicémie et la mort.

J'ai soigneusement sorti l'aiguille, puis j'ai lâché un juron à trois étages. En cinq ans de carrière, je n'avais jamais crié comme ça. J'ai littéralement repoussé la vieille dame et son amie, puis j'ai claqué la porte.

« On va appeler la police ! », répétait la vieille dame.

Je tremblais de rage. J'ai posé le cathéter, on a laissé entrer ma mère, qui s'est avérée être une personne tout à fait raisonnable. Je regrette de m'être laissé aller à crier et à jurer. Mais cette situation n'aurait peut-être pas eu lieu si l'hôpital avait eu un service de sécurité et si la porte des soins intensifs avait été équipée d'une serrure fiable.

Plus les proches font pression et collent des étiquettes, plus les professionnels de santé cherchent à se réfugier derrière un mur haut. Et plus ce mur est haut, plus la méfiance grandit. C'est un cercle vicieux : la méfiance engendre le repli sur soi, et le repli sur soi engendre la méfiance.

Comment briser ce cercle vicieux ?

Les professionnels de santé doivent apprendre à communiquer et à favoriser par tous les moyens la présence et le soutien des proches, lorsque cela est possible. Quant aux proches, ils doivent apprendre à faire confiance.

Ivan Chernenko, anesthésiste

Au départ, nous avions intitulé ce chapitre « Patients difficiles ». Mais au cours de la préparation, nous avons compris que dans les situations conflictuelles, il n'y a pas de patients difficiles ni de médecins simples, il n'y a pas de noir et de blanc – il y a à chaque fois de nombreuses nuances qu'il faut savoir distinguer. Chacun d'entre nous peut, dans certaines circonstances, devenir difficile pour les autres ; il y a toujours des conditions préalables et des raisons à cela. Et c'est la compréhension des racines de ce que nous percevons comme une « difficulté » chez les autres qui est la clé d'une résolution positive des conflits.

n'a pas été est (dans) (une) (situation) (de) conflit avec un)
(collègue) (ou (un) (client) (–) chacun d'entre nous, dans certaines

Le Rapport mondial sur le capital humain (2008) indique que 85 % des employés ont déjà été confrontés à des conflits au travail. Dans la plupart des cas (67 %), le conflit est causé par le stress et une charge de travail importante. 60 % des employés n'ont jamais suivi de formation à la gestion ou à la résolution des conflits, mais 95 % de ceux qui ont suivi une formation affirment que celle-ci les a aidés à mieux gérer les situations conflictuelles et à trouver des solutions communes.

D'après nos observations, le niveau de conflit dans les hôpitaux ukrainiens est supérieur à la moyenne mondiale. Des conditions de travail difficiles, des niveaux de stress exorbitants, un manque de financement suffisant et des tensions dans les relations avec les patients, causées par le manque de transparence et l'absence de résolution des questions financières, la fatigue et la méfiance attisées par les médias, les transformations constantes du système et des pratiques – tous ces facteurs rendent le personnel soignant vulnérable aux conflits. De nombreuses études montrent que ce sont le plus souvent les infirmières qui sont impliquées dans ces conflits.

Les conflits constituent un élément structurel de tout système et des relations qui s'y nouent. Ils peuvent naître de problèmes de communication, de structure ou de nature personnelle, et se manifester dans diverses situations et comportements. La plupart des écoles de résolution des conflits considèrent celui-ci comme une opportunité d'améliorer le statu quo et de réguler les relations. L'essentiel est de savoir comment le gérer pour qu'il soit bénéfique et ne cause pas de préjudice.

La stratégie principale de gestion des conflits ne doit pas tant reposer sur l'évitement des conflits que sur la préparation des professionnels de santé à prévenir et résoudre efficacement les conflits. Afin que des médecins comme Ivan comprennent mieux les grand-mères belliqueuses de l'histoire citée, puissent gérer leurs propres émotions et celles des grand-mères, et s'aider mutuellement à régler la situation conflictuelle.

La stratégie principale de gestion des conflits doit
il ne s'agit pas tant de miser sur l'évitement que sur la préparation à une résolution efficace
que de canaliser

Quels éléments de la formation à la gestion des conflits peuvent être particulièrement pertinents pour les professionnels de santé ?

L'attention et la connaissance de soi. Comment réagissez-vous face à des situations conflictuelles ? Quelles sont vos habitudes dans la gestion des conflits ? Qu'est-ce qui vous touche émotionnellement et dans quelle mesure êtes-vous capable de gérer vos propres émotions ?

Compréhension et ouverture d'esprit pour connaître l'autre partie, reconnaissance des différences naturelles dans les visions et l'interprétation des événements ou des intentions. Pouvez-vous

Êtes-vous capable de vous mettre à la place de l'autre partie, d'analyser sa logique et sa vision du problème ? Dans quelle mesure savez-vous gérer les situations très tendues et aider les autres à calmer le jeu ?

Communication, capacité à parler et à écouter. Aucun conflit sur cette planète ne peut être résolu sans une communication de qualité. Notre capacité à exprimer notre tension, à formuler le problème, à écouter et à percevoir les informations verbales et non verbales provenant de l'autre partie influence notre aptitude à gérer le conflit et à le transformer d'une menace en une opportunité.

Ressources intérieures. La gestion des conflits demande beaucoup d'énergie. Notre niveau d'énergie intérieure et notre état émotionnel ont une forte influence sur notre capacité à gérer une situation conflictuelle. Prendre soin de soi et gérer son propre épuisement professionnel sont donc des alliés essentiels dans la résolution des conflits.

Objectifs :

Attitudes	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Qu'est-ce qu'un conflit, ses causes, les principales stratégies de prévention et de comportement dans les situations conflictuelles ;	Démonstration d'une communication empathique efficace, évitement des types de communication et de comportements conflictuels ;
	les situations dans lesquelles un patient peut devenir « difficile ». Recherche d'une approche efficace auprès des patients en état de crise émotionnelle.	évaluation de l'état émotionnel des patients ;
		la communication avec les patients dans des états émotionnels complexes ;
		résolution des conflits par la résolution des problèmes ;
		faire preuve d'empathie.

Messages clés :

STRATÉGIE DE BASE POUR GÉRER LES CONFLITS NE DOIT PAS CONSISTER À L'ÉVITER, MAIS SUR LA PRÉPARATION À UNE PRÉVENTION ET RÉSOLUTION EFFICACES.

ON PEUT APPRENDRE À GÉRER LES CONFLITSISYA GRÂCE À LA CONNAISSANCE DE SOI, À LA CAPACITÉ D'ÉCOUTER ET DE RECONNAÎTRE LE POINT DE VUE DE L'AUTRE, À UNE COMMUNICATION DE QUALITÉ ET AU SOUCI DE SON PROPRE BIEN-ÊTRE

Que faut-il enseigner ?

- Le conflit, son cycle et ses causes possibles.
- Stratégies de comportement en situation de conflit (d'après Thomas et Kilmann).
- Objectifs, intérêts et positions dans les négociations.
- Structure des conversations complexes (faits, émotions, menace pour l'ego).
- Le protocole EVE (émotion, validation, réponse empathique).
- Communication non violente.
- Signaux verbaux et non verbaux en situation de conflit.

Comment enseigner ?

Discussions interactives.

Travail sur des cas concrets en format « aquarium » ou en petits groupes.

Mise en pratique de compétences spécifiques lors du travail sur les cas pratiques.

Analyse des vidéos de démonstration présentant différentes situations conflictuelles.

Conclusions :

Le conflit est un élément indissociable du travail des professionnels de santé. On peut apprendre à gérer les conflits. Et ce stage est utile pour toute la vie.

Il existe différentes stratégies de comportement en situation de conflit, il est important de les choisir en fonction du contexte et du problème.

La préparation aux conversations difficiles et l'analyse des situations conflictuelles sous différents angles permettent d'améliorer son efficacité.

Il est important de prendre soin de soi pour pouvoir se consacrer à la résolution des conflits. La communication et la préparation sont les principaux outils de la résolution des conflits.

Des documents de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples d'exercices possibles et une liste de lectures recommandées sont disponibles dans la deuxième partie du manuel et via les codes QR figurant dans la rubrique correspondante de la deuxième partie du manuel (p. 303).

THÈM 8
E

Tolérance et diversité : comment et pourquoi travailler avec des personnes différentes

THÈME 8. LA TOLÉRANCE ET LA DIVERSITÉ : COMMENT ET POURQUOI TRAVAILLER AVEC DES PERSONNES DIFFÉRENTES

Les gens se détestent parce qu'ils ont peur les uns des autres ; ils ont peur parce qu'ils ne savent rien les uns des autres ; ils ne savent rien parce qu'ils ne communiquent pas.

Martin Luther King

L'HISTOIRE D'ANDRIY ET DE LA MÉDECINE FAMILIALE QUI A CHANGÉ SA VIE

Andriy* est un jeune homme transgenre qui suit un traitement hormonal depuis plusieurs années et qui ne se distingue en rien des Ukrainiens ordinaires. Il travaille à l'usine et se lance un peu dans l'entrepreneuriat ; il est très travailleur et d'un grand soutien, je le ressens moi-même. De plus, il est amoureux d'une jeune femme depuis dix ans ; ils ont une relation incroyable, une véritable famille, que l'État n'a pas reconnue pendant tout ce temps, car Andriy avait des papiers d'identité féminins.

* les noms ont été modifiés

Andriy m'a demandé de le rencontrer quelques mois après que je lui ai remis le certificat médical de changement de sexe.

– « C'est ma mère qui l'a tricoté pour vous et pour la psychiatre. Elle a regardé vos photos sur Internet pour choisir les couleurs », m'a-t-il dit en me tendant un châle roulé, incroyablement doux et léger. « Elle vous est reconnaissante pour ce que vous avez fait pour moi.

– Mais je n'ai rien fait. J'ai simplement fait mon travail, car je suis médecin de famille.

– Daryna Ihorivna, vous avez changé ma vie. J'ai demandé Masha* en mariage pour la troisième fois, et nous nous sommes mariés récemment. Je veux passer toute ma vie avec elle, dit-il, les larmes aux yeux, en me montrant des photos de leur mariage.

Je les vois mal, moi aussi à cause des larmes.

– Et puis, je me suis réconcilié avec ma mère, et les symptômes de ma dépression chronique se sont atténués, ajoute Andriy.

Andriy a consulté d'autres médecins dans sa ville. Ils ont refusé de l'aider par ignorance, par préjugés, par refus de reconnaître son existence. Je ne me distingue d'eux que par le fait que je vois l'être humain, et non ses organes génitaux.

Cela me fait mal d'entendre qu'Andriy est obligé de traverser la moitié du pays pour obtenir des soins médicaux de base. Cela ne m'a coûté que quelques signatures sur un formulaire prérempli. C'est très simple et logique. Fallait-il le faire ? Je n'ai pas eu le moindre doute. J'ai grandi entourée de personnes qui reconnaissent la primauté du droit et la dignité humaine. La compréhension que tous les êtres humains sont différents, et à part entière, s'est forgée facilement : il suffisait de prendre conscience que cela concernait absolument tout le monde. Et moi aussi. Je voudrais que le monde m'accepte telle que je suis, authentique. C'est donc ainsi que j'accepte mes patients.

Nous avons le pouvoir de changer la vie des gens grâce à notre cœur et à quelques traits de stylo. Nous disposons des directives et des instructions nécessaires, d'un accès aux recherches scientifiques mondiales, ainsi que d'un esprit d'ouverture et d'une volonté d'aider chacun. Nous n'avons pas le droit de ne PAS le faire.

Daryna Dmytrievska, médecin de famille

À première vue, la société ukrainienne semble assez homogène par rapport à d'autres. Les gens ont la même couleur de peau, appartiennent en grande partie à une même confession religieuse, parlent principalement une ou deux langues et ont grandi dans des contextes culturels plus ou moins similaires. En apparence, tout le monde se ressemble, et la « norme » est claire. Après des décennies de politique soviétique d'institutionnalisation, où les personnes présentant la moindre déviation par rapport à

Les « normes » ont rendu ces personnes invisibles et les ont isolées de la société dans des établissements isolés derrière de hautes clôtures ; nous avons pris l'habitude de ne pas être confrontés à la différence et de ne pas la remarquer dans notre vie quotidienne. C'est pourquoi la rencontre avec une personne transgenre, comme Andriy par exemple, peut provoquer un choc considérable chez beaucoup de gens

– principalement en raison d'un manque de connaissances sur les identités de genre et d'une absence d'expérience préalable de communication avec des membres de la communauté LGBT.

Cacher sa différence était une stratégie de survie dans l'État totalitaire soviétique. Malheureusement, cette stratégie reste d'actualité aujourd'hui. Les expériences négatives avec le personnel médical, causées par des préjugés qui ne sont pas si rares dans le milieu médical, sapent tellement la confiance que les gens décident de ne pas demander d'aide pour ne pas « se faire malmener » et subir de nouveaux traumatismes. Les médecins refusent de prodiguer des soins médicaux aux patients « différents » pour diverses raisons. Sans exagération, des personnes meurent sans recevoir l'aide dont elles ont besoin. Sur le papier, ce sont le cancer ou l'AVC qui les tuent. Mais en réalité, ce sont l'indifférence, le rejet et l'incompréhension qui les tuent.

(L)yudeyvbiv l'indifférence, le rejet et l'incompréhension

La démocratisation, la mondialisation, la mobilité, la diffusion des nouvelles technologies et les changements rapides dans le domaine des communications modifient de plus en plus la conception de la norme. L'homogénéité cède la place à la diversité, qui devient la norme. La société dans son ensemble, et le système de santé en particulier, sont confrontés à de nouveaux défis. Comment s'adapter à la diversité ? Comment garantir aux personnes présentant différents handicaps un accès égal aux soins médicaux ? Comment réduire les inégalités et assurer une couverture universelle des services médicaux ? Comment prendre en compte les spécificités des différents groupes socioculturels dans la planification des services médicaux ?

Cela exige des efforts considérables pour explorer un monde qui nous est peu familier, les personnes et les cultures « de l'autre côté », pour apprendre différentes langues (y compris la communication non violente) et pour engager le dialogue. Mais avant tout, cette ouverture d'esprit exige de notre part d'apprendre et de repenser notre propre identité, nos valeurs et celles des personnes qui nous entourent. Andriy n'est pas responsable d'être différent ; il a besoin d'autant d'acceptation et de respect que toutes les autres personnes qui nous entourent.

La diversité remplace l'homogénéité une vision

Lors de nos discussions sur la différence et la tolérance, nous avons consacré la majeure partie de notre temps à examiner nos propres préjugés. Car comment pouvons-nous enseigner la tolérance et la non-discrimination aux autres si nous avons nous-mêmes des

Les lacunes ? Les préjugés et la stigmatisation, qui peuvent tôt ou tard déboucher sur une déshumanisation, naissent d'un manque de contacts et d'expérience personnelle avec tel ou tel groupe, ainsi que du discours de haine, de la xénophobie, du racisme et d'autres « -ismes » (sexisme, âgisme, etc.) qui sont activement propagés dans l'espace public. C'est pourquoi notre tâche principale lors de la préparation de ce cours est de prendre conscience de nos propres préjugés et de travailler dessus.

Dans cette section, nous avons ouvert une brèche vers le monde des valeurs et des compétences en communication qui vous aideront à mieux vous orienter dans les questions de gestion de la diversité et à accroître votre tolérance envers les personnes et leurs opinions. Compte tenu de la grande diversité au sein des groupes d'étudiants et des communautés médicales, vous aurez particulièrement besoin de compétences en animation et en gestion des tensions au sein du groupe.

Objectifs :

Attitudes	Connaissances	Compétences
une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Tolérance et diversité.	Comment et pourquoi travailler avec des personnes différentes et les respecter en tant qu'êtres humains.

Message clé :

PRINCIPE FONDAMENTAL DANS LE TRAVAIL AVEC DES PERSONNES DIFFÉRENTES – TRAITER LES GENS COMME DES PERSONNALITÉS, MÊME SI NOUS NE POUVONS PAS TOUT OU QUE NOUS NE PARTAGEONS PAS LEUR

VOIR EN SOI, SOIGNER OU LE MONDE. VOIR EN EUX DES ÊTRES HUMAINS, ET PAS SEULEMENT NOS PRÉJUGÉS!

Ce qu'il faut enseigner :

- Préjugés et discrimination.
- Les formes de discrimination dans la pratique médicale.
- Intolérance et discrimination.
- Questions sensibles dans la pratique médicale : langage, signaux non verbaux, attitudes culturelles, croyances religieuses, sexualité.
- Les spécificités de l'application du modèle Calgary-Cambridge et le développement de compétences visant à explorer et à respecter les particularités et les valeurs culturelles : l'écoute, la collecte d'informations, l'organisation de la consultation et la transmission d'informations au patient.
- Protocole BALANCE.
- Travail auprès des familles et des enfants.
- Particularités du travail avec des représentants de différents groupes souvent marginalisés dans la société en raison de leur sexualité, de leur identité de genre, de leur âge avancé, d'un handicap ou de troubles psychiques.

Comment enseigner :

Réflexion sur la diversité des préjugés au sein du groupe et sur le niveau de prise de conscience de ceux-ci.

Jeu de rôle ou étude de cas : discussion en grands et/ou petits groupes.

Visionnage et analyse d'une vidéo présentant différents exemples.

Bibliothèque vivante avec des représentants de différents groupes et création d'opportunités de mise en pratique au sein d'organisations et d'institutions pour un contact direct et l'étude de personnes issues de différents groupes socioculturels.

Conclusions :

Les patients méritent le respect simplement parce qu'ils sont des êtres humains. Ils n'ont pas besoin de correspondre à une quelconque conception de la norme pour mériter un traitement digne.

Les patients ont le droit d'être différents, ont le droit de croire en quelque chose qui nous est inhabituel, ont le droit de refuser certaines choses ou, au contraire, de demander que leurs particularités soient prises en compte.

Il est important que le personnel soignant soit conscient de ses propres préjugés et apprenne à les gérer. L'expérience et le contact direct avec des personnes qui ne rentrent pas dans les cadres étroits d'une « norme » homogène constituent le meilleur moyen de lutter contre les préjugés.

Les personnes les plus marginalisées de la société sont généralement la cible de discrimination et d'attitudes préjugées. Elles sont sensibles aux manifestations verbales et non verbales de l'attitude à leur égard.

Il est important que les professionnels de santé dispensent des soins sans juger les patients et sans franchir les limites de la communication professionnelle. Les outils de gestion des préjugés permettent de développer des compétences en communication pour mieux y parvenir.

Vous trouverez des documents de travail contenant des idées plus détaillées, des exemples d'épreuves d'examen possibles et une liste d'ouvrages recommandés dans la deuxième partie du manuel, ainsi qu'en scannant les codes QR figurant dans la rubrique correspondante de cette deuxième partie (p. 340).

PARTIE 2

RÉUNIS ET RESSOURCES
MÉTHODOLOG MATÉRIELS
POUR LES À THÈ DU
COURS MES COURS

Voici une partie des supports de travail que nous avons préparés lors de l'élaboration du cours et du manuel. Nous nous sommes efforcées de leur donner une structure homogène, mais cela n'a pas toujours été possible : ces supports ont été préparés pour des cours très différents et par des expertes différentes – nous avons donc convenu qu'un peu de diversité ne ferait pas de mal.

Attention ! À la fin de chaque section, vous trouverez des liens et des codes QR vers la version complète des ressources (oui, vous avez bien compris : tout le contenu n'a pas pu être intégré dans le livre imprimé) ; ainsi, un grand nombre de scénarios, de questions d'évaluation, de liens vers des vidéos et des ouvrages recommandés se trouvent dans la version complète des ressources au format électronique. Nous avons également conservé dans la version électronique le style original de présentation des documents, la syntaxe et l'orthographe.

Nous espérons que les idées et les méthodes présentées ci-dessous vous seront utiles et vous inspireront à apporter des changements là où vous vous trouvez.

THÈME 1

Une approche centrée sur l'humain

THÈME 1

APPROCHE CENTRÉE SUR L'INDIVIDU

Élaboré en détail par Yulia Tykholaz et Yelizaveta Shunko



Yulia Tykholaz, enseignante à la commission des disciplines des sciences naturelles, Collège médical professionnel de Vinnytsia nommé d'après l'académicien Danylo Zabolotny



Elizaveta Shunko, chef du département de néonatologie, Université nationale de santé de l'Ukraine « Platon Shupyk »

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les principes de l'approche centrée sur la personne et ses avantages dans le cadre de la communication entre médecins et infirmiers.

Attitudes	Connaissances	Compétences
L'approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	les principes de l'approche centrée sur le patient, les avantages de l'approche centrée sur le patient, les principes de la communication médicale dans l'approche centrée sur le patient.	

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Partie organisationnelle, introduction à la discipline – **15 min.** Mini-conférence

(brève analyse du contenu théorique) – **20 min.** Réflexions intermédiaires des

étudiants – **10 min.**

Travail sur des cas en petits groupes – **15 min.**

Discussion des cas (débriefing) – **15 min.**

Réflexion finale. Test final de vérification des connaissances théoriques (format électronique ou papier) – **15 min.**

Total – **90 min.**

Matériel pédagogique

PARTIE 1. DOCUMENTS THÉORIQUES ET D'

Principes de l'approche centrée sur le patient

L'une des caractéristiques les plus importantes des soins de santé au XXIe siècle est le passage du patient du statut de « victime des circonstances » à celui de participant actif au processus thérapeutique. L'établissement de relations de partenariat avec la population et l'importance particulière accordée à l'autonomisation des citoyens et des patients sont définis comme les principaux objectifs stratégiques du système de santé européen. Cela impose la nécessité de réorienter les soins de santé vers une approche centrée sur le patient.

Qu'est-ce qu'une approche centrée sur le patient et en quoi consiste-t-elle ? L'approche centrée sur le patient est une manière de fournir des soins médicaux qui répond aux besoins et aux valeurs individuels des patients, et qui tient compte de leurs souhaits et de leurs préférences lors de la prise de décisions concernant leur santé et leur traitement.

En quoi consiste la spécificité de l'approche centrée sur le patient ?
Au niveau des soins de santé primaires, la principale différence entre une stratégie de soins centrée sur le patient et le modèle traditionnel de prestation de soins réside dans le fait que l'accent est mis sur la santé de la personne dans son ensemble. Le patient n'est pas seulement considéré dans le cadre de la maladie spécifique pour laquelle il a consulté un médecin, mais aussi dans le contexte de sa vie quotidienne, de ses relations avec sa famille et la société tout au long de sa vie. L'amélioration maximale de la qualité de vie est un objectif important du traitement.

Évolution de l'approche centrée sur le patient
Le concept d'approche « centrée sur le patient » (patient-centered) est apparu il y a plusieurs décennies en opposition à l'approche traditionnelle « paternaliste », qui prônait le postulat « le médecin sait mieux ».

Le modèle biomédical de l'interaction médecin-patient a existé pendant des siècles et traitait principalement les symptômes de la maladie du patient. À la fin des années 1970, George Engel, thérapeute et psychiatre américain, a proposé un modèle biopsychosocial qui tenait compte à la fois des aspects biologiques de la maladie et des facteurs psychologiques et sociaux influant sur son évolution et le rétablissement.

Le modèle biopsychosocial repose sur une approche holistique de l'être humain (du grec holos, « entier »), qui signifie « intégrité », tandis que le modèle biomédical se concentrait principalement sur la maladie. Une vision holistique de la santé suppose qu'il existe différentes causes à l'origine d'une maladie. Il est donc important de prendre en compte les différents facteurs et les conditions dans lesquelles se trouve la personne, ainsi que la manière dont ils ont influencé son état. Le modèle biomédical limitait l'explication de la maladie principalement à des facteurs biologiques.

Selon le modèle biopsychosocial, le comportement d'une personne a une influence significative sur la santé, peut entraîner un risque de maladie ou contribuer à la guérison. Le modèle paternaliste, quant à lui, affirmait que les personnes n'étaient pas responsables de leurs maladies. L'absence de maladie était un signe de bien-être physique.

Modèle biomédical	Modèle biopsychosocial
accent mis sur la maladie ;	une approche holistique ;
la cause de la maladie est examinée avant les autres facteurs influant sur la santé du patient ;	on part du principe que la santé et la maladie sont liées à de nombreuses causes, qui ont des effets différents ;
une explication biologique « simple » de la maladie ;	la médecine intégrative prend en compte les différents facteurs susceptibles d'avoir provoqué la maladie ;
les personnes ne sont pas responsables de leurs maladies ;	Le comportement d'une personne a une incidence sur sa santé, les personnes peuvent modifier leur comportement.
l'absence de maladie est considérée comme un signe de bien-être physique.	

L'approche centrée sur le patient a évolué et continue de se développer parallèlement au modèle biopsychosocial. La mise en place du modèle biopsychosocial a nécessité un changement de mentalité chez les médecins, notamment la prise de conscience que le patient est une personne à part entière et qu'il a le droit de participer à tous les processus liés à sa santé. À la fin des années 1970, l'OMS a proclamé la nécessité d'un rôle actif et de l'implication des patients pour améliorer tant la qualité que l'efficacité des soins médicaux ; l'approche centrée sur le patient est ainsi devenue la marque d'une « médecine de qualité ».

Les composantes de l'approche centrée sur le patient

Les chercheurs identifient actuellement les composantes suivantes de l'approche centrée sur le patient :

L'empathie est la capacité d'écouter et d'entendre, de compatir, d'apporter un soutien émotionnel à la personne qui reçoit des soins médicaux. L'empathie signifie être présent dans le contact avec le patient, comprendre sa situation.

Le respect – c'est le fait de traiter avec respect le choix éclairé du patient, ses besoins, ses convictions, ses valeurs, de soutenir sa dignité humaine et de reconnaître son intégrité, sa responsabilité ainsi que son état émotionnel.

L'implication ne se limite pas à consacrer du temps à l'interaction avec le patient. Il s'agit de la volonté de comprendre le patient et de se rapprocher de la façon dont il perçoit sa situation ou sa maladie (ses inquiétudes, ses sentiments, ses attentes...). Le professionnel de santé doit faire preuve d'attention et de dévouement.

Relations, rapports – ils désignent la confiance mutuelle entre le médecin et le patient, un partenariat qui implique une responsabilité partagée.

La communication est une interaction bidirectionnelle entre le professionnel de santé et la personne, un échange d'informations. Grâce à la communication, les valeurs et le point de vue du patient seront entendus et pris en compte dans le processus de prise de décision partagée concernant sa santé.

La prise de décision partagée signifie que la personne est activement impliquée dans le processus de prestation des soins médicaux, ce qui inclut l'autonomisation, l'indépendance et la participation au traitement.

L'approche holistique part du principe que tous les aspects de la vie du patient ont une influence sur sa santé. Des facteurs non médicaux peuvent influencer la maladie ou le rétablissement et doivent donc être pris en compte dans le processus de prise en charge médicale. L'approche holistique est à la base du modèle biopsychosocial.

L'approche individuelle, liée à l'approche holistique, implique l'étude des aspects individuels de la vie du patient susceptibles d'influencer le processus de soins médicaux.

La coordination des soins implique une collaboration et une interaction entre les différents types et niveaux de soins médicaux, ainsi qu'avec d'autres services (sociaux, psychologiques, d'aide à la vie quotidienne).

Quels sont les avantages d'une approche centrée sur le patient ?

1. Une relation de confiance de qualité entre le patient et le médecin, la capacité à fournir des informations et à faire preuve d'empathie constituent le facteur de motivation le plus puissant pour l'adhésion du patient au processus de traitement et sa participation active à celui-ci.

2. Lorsque le clinicien fait preuve de compréhension des besoins du patient, le niveau d'anxiété de ce dernier diminue considérablement.

3. Les patients satisfaits de l'attitude du médecin présentent un niveau de bien-être psychologique plus élevé, formulent moins de plaintes, comprennent mieux leur maladie et s'efforcent de surveiller eux-mêmes leur santé.

L'approche centrée sur le patient repose sur une communication efficace entre le médecin et le patient, qui améliore la satisfaction de ce dernier. D'autre part, le respect du patient, la compréhension de son contexte et la reconnaissance de sa responsabilité constituent un maillon important dans la prévention de l'épuisement professionnel du médecin.

Le concept de relation de partenariat fondée sur la coopération implique un glissement du paternalisme médical vers une relation d'interaction entre le patient et le médecin. Le médecin devient le leader de cette interaction. C'est pourquoi la compétence en communication devient l'élément le plus important du professionnalisme médical . Et cela , il faut et on peut l'apprendre tout au long de sa vie professionnelle.

> *Lorsqu'un clinicien fait preuve de compréhension envers les besoins du patient, le niveau d'anxiété de ce dernier diminue considérablement. Une étude sur l'efficacité des compétences communicatives des médecins a montré que la réduction du stress émotionnel du patient est liée aux réponses empathiques du médecin face aux réactions émotionnelles du patient, ainsi qu'à l'accessibilité et à la clarté des informations fournies par le spécialiste. Les patients satisfaits de l'attitude du médecin présentaient un niveau de bien-être psychologique plus élevé, se plaignaient moins, comprenaient mieux leur maladie et s'efforçaient de surveiller eux-mêmes leur santé.*
>
> *Stuart et ses coauteurs (2000) ont montré qu'une approche personnalisée du médecin envers le patient, le contact visuel et des explications détaillées sur la maladie sont associés à moins de malaise, moins d'anxiété et une meilleure amélioration de la santé mentale chez les patients atteints de maladies chroniques... Des études ont montré l'influence des facteurs psychosociaux*

sur l'obtention d'une rémission dans les maladies oncologiques, qui réside dans le fait que le patient gère mieux le stress causé par la maladie, fait davantage confiance au médecin et, par conséquent, fait preuve d'une grande adhésion au traitement. La satisfaction des patients quant à la communication avec les médecins est fortement corrélée à leur satisfaction générale vis-à-vis des soins médicaux.

Les principes de la communication médicale dans le cadre d'une approche centrée sur le patient

Parmi les principes fondamentaux de la communication médicale, on peut citer :

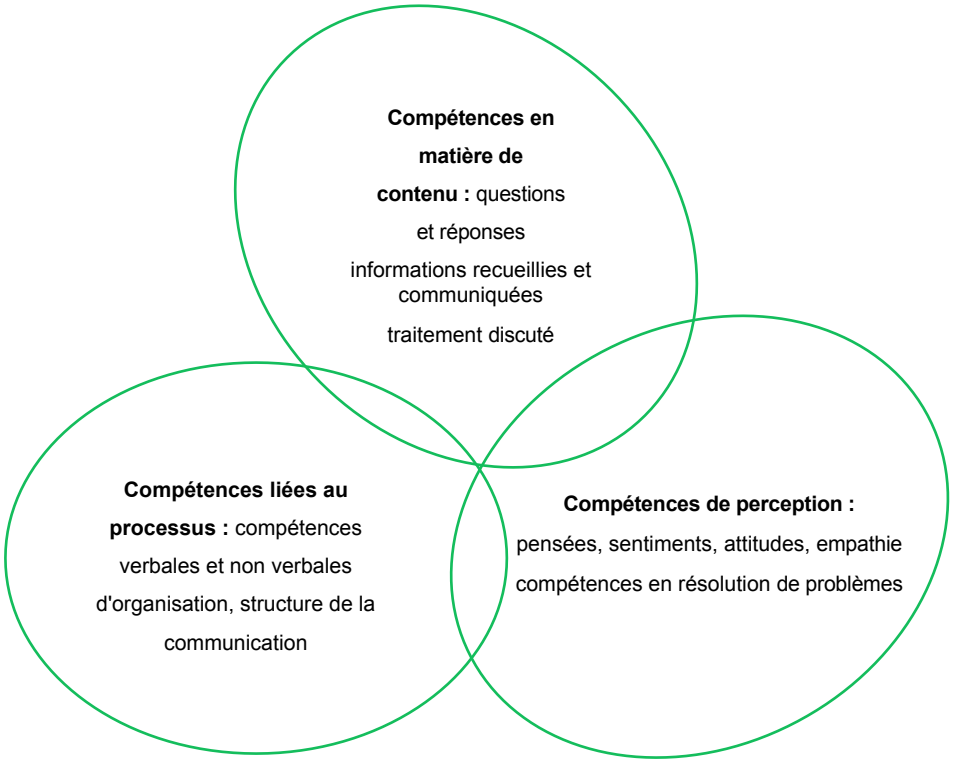
- l'écoute empathique – la prise de conscience de l'état émotionnel actuel d'une autre personne sans perdre de vue l'origine extérieure de cette expérience ;
- l'écoute active – le reflet des sentiments, les questions ouvertes ;
- l'information du patient ;
- l'encouragement de la participation du patient ;
- la reconnaissance de la valeur de l'expérience du patient.

En guise de feuille de route pour la mise en œuvre des principes d'une communication efficace, nous proposons d'utiliser le modèle des compétences de communication élaboré par Silverman et ses coauteurs (Fig. 1.1), qui prévoit le perfectionnement de trois compétences fondamentales indissociables :

- les compétences de contenu – ce dont parle le médecin ;
- les compétences de processus – comment le médecin communique ;
- les compétences de perception – ce que le médecin pense et ressent.

L'approche centrée sur le patient doit être mise en œuvre à différents niveaux. Tout commence par un changement de la vision étroite des professionnels de santé et de leur attitude envers le patient. L'étape suivante consiste à transformer la relation entre le médecin et le patient, c'est-à-dire entre le prestataire et le bénéficiaire des soins médicaux.

Fig. 4. Types de compétences en communication et leurs interrelations (d'après Silverman).



Le patient, le prestataire de soins et l'État doivent mettre en place un système commun d'interaction efficace qui, à terme, favorisera le développement d'une médecine centrée sur la personne.

Pourquoi le système de santé moderne doit-il être centré sur le patient ?

La mise en place d'une approche centrée sur le patient est un principe fondamental du développement d'un système de santé axé sur les personnes. La prestation de soins de santé selon une approche centrée sur le patient contribue à la réalisation de l'Objectif de développement durable n° 3, tel que défini dans le document des Nations Unies sur la santé et le bien-être de la population.

L'objectif de développement durable n° 3 consiste à garantir un mode de vie sain et le bien-être des personnes de tous âges. Pour atteindre cet objectif, une série de tâches a été définie, notamment en ce qui concerne la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (en anglais : universal health coverage). La couverture sanitaire universelle prévoit une protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé de qualité ainsi qu'à des médicaments essentiels et des vaccins sûrs et efficaces.

Comment une approche centrée sur le patient favorise-t-elle la couverture sanitaire universelle ?

Tout le monde doit avoir un accès égal à des services médicaux de qualité, ce qui implique :

- des services **de santé coproduits** (en anglais : co-produced health care services) afin de répondre aux besoins des personnes ;
- des services coordonnés pour assurer **une prise en charge continue** ;
- des services **complets,** sûrs, efficaces, opportuns et accessibles ;
- tous **les prestataires de soins** soient motivés, possèdent les connaissances et les compétences requises, et travaillent dans un environnement favorable.

Stratégies clés de l'OMS pour le développement du système de santé en vue de la mise en œuvre d'une approche centrée sur le patient :

1. Impliquer et mobiliser les patients, les bénéficiaires de soins médicaux et les communautés locales dans le système de santé. Les services médicaux élaborés conjointement constituent l'un des moyens de mettre en œuvre cette stratégie.

2. Renforcement de la gouvernance et de la responsabilité du système de santé tant vis-à-vis des autorités et des donneurs d'ordre que de la communauté.

3. Réorientation du modèle de prestation de soins par l'introduction d'approches modernes et innovantes de gestion dans la prestation des services médicaux ; en d'autres termes, un nouveau modèle de soins médicaux.

4. Coordination et renforcement des liens entre le système de santé et les prestataires d'autres services, notamment sociaux, psychologiques, de réadaptation, etc.

5. Création d'un environnement favorable par l'amélioration de la législation, l'élaboration et la mise en œuvre de politiques dans le domaine de la santé, le suivi et l'évaluation, etc.

Pour résumer la partie théorique

L'approche centrée sur le patient est une manière de dispenser des soins de santé qui tient compte des valeurs, des souhaits et des préférences du patient, et l'implique dans le processus de traitement.

L'approche centrée sur le patient a été introduite au siècle dernier pour s'opposer au paternalisme en médecine et à l'émergence du modèle biopsychosocial.

L'approche centrée sur le patient est une nouvelle philosophie et une nouvelle façon de penser qui prône le respect et l'empathie envers les personnes bénéficiant de soins médicaux, et qui tient compte des facteurs sociaux influant sur leur état de santé.

L'approche centrée sur le patient considère la santé non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme une vie épanouie, un état de bien-être physique, mental et social complet.

L'approche centrée sur le patient est une condition essentielle pour garantir une couverture universelle par des services de santé de qualité et efficaces.

La mise en place de systèmes de santé centrés sur la personne est essentielle pour atteindre les Objectifs de développement durable, en particulier l'Objectif n° 3 concernant la couverture universelle en matière de santé.

L'approche centrée sur le patient :

- repose sur des approches modernes de gestion des soins de santé ;
- prévoit la coordination, l'interaction et l'intégration des différents types et niveaux de soins médicaux, ainsi qu'avec d'autres services sociaux ;
- repose sur les principes de l'efficacité économique ;
- utilise des technologies de l'information et de la communication innovantes.

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES. ÉTUDE DE CAS À DISCUTER

Introduction au cas

Ce cas peut être mis en scène ou imaginé sous forme de jeu de rôle, ou bien vous pouvez « passer en revue dans votre tête » le scénario d'une conversation similaire.

Comparez le scénario traditionnel à un scénario centré sur le patient et réfléchissez aux réponses aux questions suivantes :

- Le médecin peut-il apporter une aide adéquate s'il manque de contexte et de compréhension du comportement ou des décisions du patient ?
- Qu'est-ce qui encourage ou décourage le patient à partager des détails et des circonstances ?
- En quoi la communication avec le médecin peut-elle être perçue différemment par le patient, selon que le médecin fait preuve d'empathie ou non ?
- La manifestation d'empathie a-t-elle réellement une influence sur les résultats cliniques ?

Nous examinerons d'abord le point de vue de la patiente, avec une description de son état de santé, ainsi que certaines de ses convictions et situations. Ensuite, nous vous présenterons le point de vue du médecin, afin de vous aider à comprendre ce qui influence ses décisions et sa manière d'interagir avec la patiente.

Voici deux conversations hypothétiques. Dans la première, la médecin adopte une approche paternaliste et directive. Dans la seconde, elle utilise une approche centrée sur la patiente.

(Remarque : ce dialogue s'appuie sur de nombreuses années d'observation de véritables interactions entre médecins et patients, mais il s'agit d'un scénario fictif.)

Du point de vue du patient

Maria est une femme de 66 ans qui est sous dialyse depuis 6 mois.

Elle commence enfin à s'habituer à un emploi du temps chargé, où trois jours par semaine sont consacrés à la préparation de la procédure et aux trajets vers et depuis le centre d'hémodialyse. Maria éprouve beaucoup d'émotions négatives et de gêne à cause de la procédure elle-même, qui dure des heures. Elle n'apprécie pas que cela prenne autant de temps. Elle pourrait consacrer ce temps à ses petits-enfants, profiter du calme et du confort de sa propre maison, mais c'est un sacrifice qu'elle accepte en toute conscience.

Maria lutte depuis longtemps contre son surpoids et son diabète. Elle s'efforce de respecter toutes les nouvelles règles et prescriptions de son médecin en matière d'alimentation, mais c'est difficile, et sa mémoire n'est plus ce qu'elle était. Elle s'est sentie complètement perdue lorsque son médecin l'a « submergée » d'informations sur les protéines, le phosphore et le potassium. Doit-elle prendre des médicaments astringents lorsqu'elle consomme des aliments riches en potassium ou en phosphore ? (Et d'ailleurs, elle doit manger plus de protéines, mais le fromage n'en contient pas, donc cela semble être une bonne solution pour elle. C'est tellement compliqué !) De plus, elle déteste le goût de ses médicaments liants – ils lui provoquent de la constipation – et elle les évite donc assez souvent.

Outre son nouveau traitement, Maria a du mal à calculer et à respecter son budget alimentaire. Avec ces nouvelles restrictions, elle a l'impression que tous les produits alimentaires ont considérablement augmenté. Fini les fruits et légumes en conserve, les pommes de terre, le riz pilaf – des aliments et des plats qui semblaient bon marché et faciles à préparer, mais on lui a dit que son état ne lui permettait plus d'en consommer. Récemment, lors d'une conversation, la médecin a découvert que Maria mangeait assez souvent des pâtes au fromage.

Il arrive parfois que le personnel du service d'hémodialyse traite Maria comme si elle ne se souciait pas de sa santé ou ne suivait pas son traitement.

Mais en réalité, elle n'est pas indifférente ! Elle prend vraiment soin d'elle-même du mieux qu'elle peut ; elle veut voir grandir ses petits-enfants, elle ne veut pas que sa santé continue de se détériorer, elle souhaite enfin voir arriver son tour pour une greffe de rein. Elle sait que pour réaliser tout cela, elle doit rester en bonne santé, et elle a le sentiment de faire tout son possible pour respecter ces règles alimentaires complexes.

À travers le regard d'une médecin

Irina, médecin diététicienne, 20 ans d'expérience.

Iryna doit composer avec des patients très différents. Il y a ceux qui la défient ouvertement en consommant précisément ce qu'elle leur interdit, ceux qui ont subi des crises cardiaques pendant une séance d'hémodialyse, ainsi que certains patients qui suivent ses conseils et vivent bien plus longtemps sous dialyse. Selon elle, elle s'entend bien avec la plupart d'entre eux, même si elle remarque parfois que certains font semblant de dormir lorsqu'elle s'approche. Ils apprécient qu'elle leur apporte des « friandises de dialyse » pour obtenir de bons résultats aux analyses de laboratoire.

C'est l'histoire de sa mère qui a inspiré Irina à devenir diététicienne au service d'hémodialyse. Sa mère a été sous dialyse pendant longtemps, ne semblait jamais suivre son régime ni son plan de traitement, et est décédée bien trop jeune. Irina souhaite aider les autres à éviter ce piège. Forte de ses nombreuses années d'expérience, elle propose une multitude de documents, de ressources et de conseils utiles. Auparavant, elle pensait que si l'on fournissait toutes ces informations et ces conseils aux patients, ceux-ci prendraient des décisions éclairées, mais ces derniers temps, elle se demande de plus en plus souvent ce qui ne va pas avec la motivation de ses patients.

Même lorsqu'Irina leur montre des photos illustrant ce qui arrive à leur peau lorsque leur taux de phosphore est trop élevé, ils ne modifient pas leur régime alimentaire et ne prennent pas régulièrement de médicaments astringents. Même lorsqu'elle leur explique ce qu'ils doivent faire pour figurer sur la liste d'attente des greffes, de nombreux patients ne changent pas leurs habitudes.

Maria lui semble être une femme sympathique, mais qui ne prête pas attention à ce qu'on lui dit sur l'importance de suivre un régime rénal. Irina a maintes fois expliqué à Maria les restrictions alimentaires, mais son taux de phosphore reste élevé. À plusieurs reprises, Irina a surpris Maria avec des restes de pâtes et de fromage. Irina est attristée que sa patiente ne respecte pas le régime alimentaire si important pour sa santé.



L'approche traditionnelle

Lundi. Avant d'entrer dans la chambre de Maria pendant sa dialyse, Irina consulte les résultats des analyses de laboratoire effectuées la veille. Les résultats se sont légèrement améliorés, mais le taux de phosphore est encore trop élevé ! Elle prend les documents d'information répertoriant les aliments riches en phosphore et se dirige vers la chambre.

Dans le dialogue ci-dessous, les indications entre crochets contiennent des exemples de ce que l'on peut « déduire » des répliques d'Irina dans chaque conversation.

M (Médecin) : « Bonjour, Madame Marie ! Comment s'est passé votre week-end ? » *[Engagement]*

P (Patiente) : « Bonjour, Madame Irina ! Merci, très bien. Nous avons fêté l'anniversaire de mon petit-fils, il a eu six ans, il a demandé que je lui prépare ses pâtes préférées à la sauce au fromage. Le plat était réussi – ça a été un vrai succès ! »

L. : « Oui, je vois que vous avez pris les restes pour grignoter. Vous vous souvenez de ce dont nous avons parlé la semaine dernière à propos du fromage ? » *[Condamnation]*

P : « Ne vous inquiétez pas, Madame Irina, ce matin, je n'ai mangé ni œufs ni fromage, en gardant à l'esprit mes résultats. Tout est question de modération, n'est-ce pas ? »

L : « Eh bien… je viens de consulter les résultats de vos analyses de laboratoire, et votre taux de phosphore est encore trop élevé. Peut-être devrions-nous revoir ces documents d'information sur le phosphore, Madame Marie ? Vous voyez que le fromage figure sur la liste des aliments riches en phosphore, et vous en consommez, à mon avis, trop. » (La médecin passe environ 10 minutes à montrer et à commenter à nouveau les documents d'information.)

[Fournir des informations/des conseils sans demander l'autorisation.]

P : « Je sais, je sais. Mais j'essaie d'en réduire la quantité dans mon alimentation. Comme je te l'ai dit, je n'ai pas mangé de fromage ce matin. Et je ne mange même plus les tomates que je cultive et que j'adore. Je les donne à mes enfants et à mes amis ! Pour être honnête, les jours d'avant la dialyse me manquent beaucoup, quand je n'avais pas à me soucier autant de chaque petit truc que je mettais dans ma bouche. »

L : « Je comprends que c'est difficile, mais vous savez ce qui se passe quand vous ne respectez pas votre régime. Vous avez été hospitalisée pour une infection il y a quelques mois. Mais vous voulez bien figurer sur la liste des receveurs pour une greffe. Peut-être pourriez-vous afficher ce document sur votre réfrigérateur pour vous en souvenir ? Ou si vous le souhaitez, je pourrais parler à votre fille et lui demander de vous le rappeler ? »

[Tentative d'empathie, mais inefficace ; refus de discuter des changements ; recours à des tactiques d'intimidation ; injures ; fourniture d'informations/de conseils sans autorisation]

P : « Oui, j'ai déjà mis les brochures sur mon réfrigérateur la semaine dernière. Je ne veux pas importuner ma fille avec ça pour l'instant, sa petite fille est malade et elle a besoin de mon aide. »

L : « Eh bien, qu'en est-il du journal alimentaire, Madame Marie ? Vous pourriez tenir un journal dans lequel vous noteriez les aliments et les plats que vous consommez, et nous pourrions ensuite l'examiner ensemble afin de déterminer où vous vous trompez. Peut-être que si nous parvenons à l'identifier précisément, vos résultats s'amélioreront. Vous savez, en tant que votre médecin, je serais ravie si vos résultats étaient meilleurs ! » *[Véritable intention d'aider ; fourniture d'informations/de conseils sans autorisation]*

P : « Bien sûr, d'accord, on pourrait essayer... ça ne coûte rien d'essayer. »

L : « Très bien, parfait. Dans ce cas, prévoyez de tenir un journal alimentaire cette semaine. Et qu'en est-il des médicaments astringents ? Les avez-vous pris ? Les prenez-vous comme nous en avions convenu ? » *[Imposer un objectif de santé au patient au lieu de l'inciter à le formuler lui-même ; une question fermée a peu de chances de susciter une réponse honnête]*

P : « Oui, oui. Je sais que je dois les prendre lors des repas principaux et des collations. »

L. : « D'accord, d'accord ! Je vous contacterai la semaine prochaine pour examiner votre journal alimentaire » *[Déplacement de l'accent de la santé vers le contrôle des exercices écrits].*

Une approche centrée sur le patient

Voici une répétition du même scénario, mais en partant du principe qu'Irina a suivi une formation en communication. La première conférence l'a impressionnée ! Par la suite, elle s'est entraînée, a assisté à tous les cours sur le développement des compétences en communication et a réellement commencé à voir la différence entre l'approche traditionnelle et l'approche centrée sur le patient. Elle apprécie à nouveau son travail et a le sentiment de changer la vie de nombreux patients.

L : « Bonjour, Madame Marie ! Comment s'est passé votre week-end ? » *[Interaction]*

P : « Bonjour, Madame Irina ! Merci, très bien. Nous avons fêté l'anniversaire de mon petit-fils, il a eu six ans, il a demandé que je lui prépare ses pâtes préférées à la sauce au fromage. Le plat était réussi, ça a été un vrai succès ! »

L : « Vous avez donc passé un bon moment en famille ! Vos fameuses pâtes à la sauce au fromage sont un vrai délice ! Je sais que vous vous efforcez de réduire la quantité de fromage dans votre alimentation, en tenant compte de votre taux de phosphore. » *[Réflexion complexe, implication, soutien]*

P : « Oh oui, vous savez bien combien j'aime le fromage ! Mais ce matin, j'ai considérablement réduit la quantité de fromage et d'œufs, une petite quantité ne devrait pas faire de mal, n'est-ce pas ? »

L : « C'est formidable que vous apportiez ces ajustements ! Vous avez raison, une approche flexible est essentielle, et ce que vous déciderez de réduire dépend entièrement de vous. » *[Approbation, soutien à l'autonomie du patient]*

P : « Je pense que je ne réduis pas assez. Je vois que vous avez les résultats de mes analyses. Je sais que mon taux de phosphore est encore élevé. »

L : « Oui, c'est vrai, mais tous les autres indicateurs sont dans les limites acceptables. Et votre taux de phosphore est bien plus bas que la dernière fois. Donc, ce que vous faites a de l'importance. » *[Approbation, référence à la motivation personnelle et à l'auto-efficacité]*

P : « Eh bien, comme je l'ai déjà dit, j'essaie d'en réduire la quantité dans mon alimentation. Je n'ai pas mangé de fromage ce matin. Et je ne mange même pas de tomates,

que je cultive et que j'adore. Je les donne à mes enfants et à mes amis ! Pour être honnête, les jours d'avant la dialyse me manquent beaucoup, quand je n'avais pas à me soucier autant de chaque petit détail de ce que je mettais dans ma bouche. »

L : « Vous faites des progrès considérables et importants ! C'est vraiment un régime très difficile. Et vous avez fait un travail formidable en maîtrisant tout cela. En général, il faut du temps pour tout comprendre. Je sais que vous faites de gros efforts et que vous réalisez à quel point c'est important pour votre santé. » *[Affirmation, approbation avec une réflexion complexe, réflexion sur les efforts visant à changer]*

P : « Oui, je sais à quel point c'est important, et j'essaie, même si c'est parfois déroutant. »

L : « Qu'est-ce qui vous motive ? » *[Incitation à parler du changement]*

P : « Mes petits-enfants. Vous savez ce qu'ils représentent pour moi. Ils sont tout pour moi ! Je veux rester en aussi bonne santé que possible pour continuer à aider ma fille à s'occuper d'eux. Et j'aimerais aussi beaucoup figurer sur la liste des receveurs pour une greffe. »

L : « Rester en bonne santé, figurer sur la liste des receveurs et voir grandir ces deux petits boules d'énergie qui sont vos meilleures sources de motivation. Je me demande s'il serait utile de définir un ou deux points qui pourraient vous aider à rester sur la bonne voie cette semaine ? » *[Réflexion approfondie, demande d'autorisation, recherche de solutions].*

P : « Avec du phosphore ? (Iryna hoche la tête.) Bon, ces documents sont utiles, mais ils mettent l'accent sur les produits qu'il ne faut pas consommer. Avez-vous des documents qui donnent une idée des produits autorisés que je peux acheter à l'épicerie ? Il serait très appréciable qu'ils ne soient pas chers ! »

L : « Bien sûr ! J'ai ici un prospectus présentant des produits alimentaires qui pourraient vous intéresser, et nous pouvons examiner ensemble lesquels sont les moins chers. En quoi d'autre puis-je vous aider ? » *[Proposition de prise de décision conjointe]*

P : « Je dois vous avouer que je ne prends pas mes médicaments astringents dans la quantité que vous m'avez prescrite. Je déteste tout simplement leur goût – ils me donnent parfois de la constipation. »

L : « C'est bien que vous en parliez. C'est tout à fait logique que vous n'ayez pas envie de les prendre. Vous savez, nous pourrions essayer de trouver un autre médicament. Qu'en pensez-vous ? » *[Validation, proposition, possibilité de prendre soi-même une décision]*

P : « Oh ! Ce serait bien d'essayer d'en trouver un autre. »

L. : « Je vais demander à l'infirmière de vous donner quelques échantillons à emporter chez vous pour que vous puissiez les essayer. Je vois que votre séance de dialyse touche à sa fin. Avez-vous encore des questions à me poser ? Je reviens dans une minute avec des documents à vous remettre. Quelles seront vos prochaines étapes ? »

[Rappel des prochaines étapes qui contribueront au respect du plan de traitement]

P. : « À la fin de la dialyse, je prendrai les médicaments à l'infirmière et j'essaierai de les prendre. J'ai compris que je dois consulter plus souvent les brochures que vous me donnez. Je tiendrai bien compte de la nouvelle brochure sur les aliments qui sont sans danger et bons pour moi. Je vais aussi essayer de réduire encore plus ma consommation de fromage et d'œufs. Il n'y aura plus d'anniversaires dans l'immédiat, cela m'aidera à suivre mon régime ! »

L : « C'est un excellent programme. Je suis convaincue que si vous le suivez, cela aura un effet positif sur votre santé. Vous vous y habituerez progressivement et il vous sera plus facile de respecter ce régime – je vous le promets ! » *[Encouragement et appel à la volonté personnelle et à l'auto-efficacité]*

Discutez des deux scénarios. Réfléchissez à l'approche et à la stratégie utilisées par Irina dans chacun d'eux. Comment Maria a-t-elle réagi ? Qu'est-ce qui a été efficace et pourquoi ? Enfin, déterminez comment une approche centrée sur le patient peut améliorer l'interaction entre le médecin et le patient.

Les questions d'évaluation figurent dans la version complète de la leçon.

Questions pour le journal de réflexion :

Compte tenu de mon expérience antérieure, puis-je qualifier mon attitude envers les patients de centrée sur la personne ?

Présentation du sujet via le lien :

bit.ly/3rAOXSs

Version complète du cours disponible via le lien :

bit.ly/3okw303

THÈM 2
E

Empathie

THÈME 2
EMPATHIE

Préparé par Yulia Tykholaz, Tetiana Sendetska et Anastasia Leukhina



Yulia Tykholaz, enseignante à la commission des disciplines scientifiques, Collège médical professionnel de Vinnytsia nommé d'après l'académicien Danylo Zabolotny



Tetiana Sendetska, psychologue, fondatrice de la Sendecka Training Agency



Anastasia Leukhina, présidente de l'association « Horizontali », autrice « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce ce qui se trouve entre les deux », consultante pour le projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical »

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES :

- comprendre l'importance d'une attitude empathique dans le travail du personnel médical ;
- connaître les techniques de communication permettant de faire preuve d'empathie lors des échanges avec les patients et leurs proches.

Attitude	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Notions : empathie, compassion, sympathie.	Prise de conscience de ses propres expériences et sentiments ; développement de l'observation psychologique ; acquisition de compétences « lecture » des signaux non verbaux ; développement de la capacité à s'exprimer avec empathie ; développement de la capacité d'empathie.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Partie organisationnelle – **5 min.**
Discussion introductive – **10 min.**
Mini-conférence (brève présentation du contenu théorique) – **15 min**. Travail sur des études de cas en petits groupes – **10 min.**
Discussion des cas (débriefing) – **15 min.**
Discussions interactives, jeu de rôle – **50 min.**
Réflexion finale. Test final de vérification des connaissances théoriques (format électronique ou papier) – **10 min**.
Bilan et annonce des notes – **5 min. Total – 120 min.**

Supports de cours
Question pour la discussion d'introduction : comment expliqueriez-vous le concept d'« empathie » à quelqu'un qui ne sait pas ce que cela signifie ?

PARTIE 1. MATÉRIEL THÉORIQUE

Le mot « empathie » vient du grec « patho », qui signifie un sentiment (une sensation) profond, intense et sensible, proche de la souffrance. Le préfixe « em » signifie « dirigé vers l'intérieur ».

L'empathie est un sentiment conscient de partage de l'état émotionnel d'une autre personne, la capacité à comprendre les sentiments d'autrui, à « décrypter » son état émotionnel et à y confronter ses propres pensées et actions.

Les neurones miroirs jouent un rôle dans les mécanismes neurophysiologiques de l'empathie. Chez les primates, ces cellules les poussent à reproduire les mêmes actions les uns après les autres, tandis que chez les humains, elles nous font rire des blagues, pleurer devant des livres ou des films émouvants, et nous aident à nous faire des amis.

Il ne faut pas confondre l'empathie avec la compassion, car l'empathie ne se manifeste pas uniquement face à des émotions « difficiles ». C'est un concept plus profond et plus engageant que la compassion, qui se contente de reconnaître les problèmes ou les sentiments d'autrui.

L'empathie est une réaction consciente aux sentiments de l'interlocuteur sans pour autant s'approprier ses sensations. On distingue trois niveaux d'empathie : faible, moyen et élevé.

Le niveau faible consiste à « décoder » les signaux non verbaux et à les mettre en parallèle avec ce que l'on a vu auparavant.

Le niveau moyen repose sur le désir de comprendre la personne, de déterminer la cause de ses émotions et d'écouter toute son histoire. À ce niveau, l'empathie se manifeste par la capacité à se mettre à la place de son interlocuteur.

Un haut niveau d'empathie implique la capacité à percevoir rapidement l'état d'une personne sans pour autant s'approprier ses problèmes ; il s'agit d'une analyse rationnelle de l'état émotionnel d'une personne, qui permet de lui apporter une aide concrète.

En psychologie, l'empathie est considérée comme l'unité des processus émotionnels, cognitifs et volitifs. Parmi les types d'empathie, on distingue les suivants :

- l'empathie émotionnelle,
- l'empathie cognitive,
- l'empathie prédicative.

L'empathie émotionnelle repose sur les mécanismes de projection et d'imitation des réactions motrices et affectives d'une autre personne.

L'empathie cognitive repose sur des processus intellectuels (comparaison, analogie, etc.).

L'empathie prédicative se manifeste par la capacité d'une personne à anticiper les réactions affectives d'autrui dans des situations concrètes.

On distingue des formes particulières d'empathie : la compassion et la sympathie.

Brève discussion : existe-t-il, selon vous, une différence entre les concepts « empathie », « compassion » et « sympathie » ?

La compassion consiste pour un sujet à ressentir les mêmes états émotionnels qu'une autre personne en s'identifiant à elle. En d'autres termes, il s'agit de ressentir une émotion similaire à celle de l'autre.

La compassion, c'est le fait de ressentir ses propres états émotionnels à propos des sensations et des sentiments d'une autre personne. Dans le cas de la compassion, les expériences du sujet et de l'objet ne sont pas identiques.

Les professionnels de santé exercent leur activité dans le cadre d'une relation « de personne à personne », où s'opère un processus de comparaison imaginaire entre soi-même et l'autre, dans le but de comprendre et de ressentir les expériences et les sentiments de cette personne. Ce processus marque le début de l'empathie clinique.

Tableau 3

Lien entre l'empathie, la compassion et la sympathie

	Compassion	Empathie	Empathie
Définition	Réaction souvent fondée sur la pitié, souvent sans compréhension suffisante de la situation, mais dans le but de se protéger de sentiments désagréables	Une réaction qui repose sur la tentative de comprendre la souffrance d'autrui et sur la communication à ce sujet ; la mise en mots des sentiments d'autrui	Une réponse qui, à la suite de la compréhension de la souffrance, tente de trouver des réponses et des actions possibles pour l'atténuer
Réponse à la souffrance	Remarquer	Remarquer et communiquer	Remarquer, communiquer et faire des efforts pour soulager
Résultat	Instantané	Une compréhension sincère de celui qui souffre, un meilleur contact avec l'autre partie	Allègement des offrandes, aide concrète
Exemple	C'est horrible... Tenez bon... Je suis désolé...	Aidez-moi à comprendre ce qui vous arrive… Je comprends que vous ayez souffrez/êtes triste/ressentez de la colère/du désespoir/de l'angoisse...	Je comprends que ce n'est pas facile pour vous en ce moment, mais que puis-je faire pour vous aider à améliorer la situation ? En quoi puis-je vous aider ?

K. A. Stepien et A. Baernstein caractérisent l'empathie clinique non seulement comme la compréhension des émotions du patient, mais aussi comme la mise en œuvre de cette compréhension à son égard.

L'empathie clinique est la capacité à comprendre les sentiments et les expériences du patient dans leur ensemble, à se mettre à sa place, sans porter de jugement de valeur à son égard. Il est important d'avoir une attitude positive envers la personnalité du patient.

Selon S. W. Mercer, l'empathie clinique comprend :

1. La capacité à comprendre l'état du patient, ses sentiments (émotions).
2. La capacité à communiquer avec le patient afin de comprendre son état psychique, ses émotions et de vérifier l'exactitude de cette compréhension.
3. La capacité à agir selon une certaine approche thérapeutique (en tenant compte de la compréhension de l'état psychique du patient).

L'empathie est un processus qui se compose de deux étapes. Lors de la première étape, il est important de cerner et d'atteindre une compréhension claire et une reconnaissance de la situation et des sentiments de l'autre personne ; lors de la seconde, de communiquer cette compréhension au patient/interlocuteur de manière claire et rassurante.

La plupart des professionnels de santé maîtrisent bien le premier point : ils sont capables de reconnaître et d'être sensibles à la situation du patient – mais ne le montrent pas toujours ouvertement, c'est-à-dire qu'ils ne mettent pas en pratique le deuxième point. L'élément clé de l'empathie réside précisément dans la démonstration ouverte de notre compréhension des émotions du patient, de manière à ce qu'il ressente notre soutien.

L'empathie peut s'exprimer de manière verbale et non verbale.

Manifestations non verbales de l'empathie :

- les gestes,
- expression du visage (mimique),
- la posture,
- le regard – le contact visuel,
- distance,
- le toucher – avant-bras, épaule, dos (au-dessus des omoplates).

L'expression verbale de l'empathie est le discours empathique.

Une déclaration empathique consiste en des commentaires de soutien qui identifient et reconnaissent de manière assez précise les émotions et les problèmes du patient.

Exemples de propos empathiques :

« Je vois que vous avez du mal à accepter la perte de mémoire de votre mari. »
« Je comprends à quel point il vous est difficile d'en parler. »
« Je comprends la colère que vous ressentez à cause de votre maladie. »
« Je vois à quel point son comportement vous attriste. »
« Je comprends à quel point l'idée que la douleur puisse revenir vous effraie. »

La technique mnémonique **NURSE** est un moyen assez efficace de montrer son empathie**.**
(voir également p. 184)

Name – nommer ou refléter l'émotion du patient ;
Understand – comprendre l'émotion ;
Respect – faire preuve de respect ;
Support – soutenir ;
Explore – explorer les émotions.

Prenons un exemple :
La maman d'un petit garçon souhaite refuser la vaccination, car elle a entendu parler de complications possibles. Une réponse empathique selon le schéma N.U.R.S.E. pourrait ressembler à ceci :

N	Nom	nommer ou refléter une émotion – « Vous craignez les éventuelles complications liées au vaccin. »
U	Comprendre	Comprendre l'émotion – « Je comprends, vous vous inquiétez pour votre enfant et vous ne voulez pas prendre de risque ».
R	Respect	Faire preuve de respect – « C'est bien que vous soyez une maman responsable et que vous cherchiez des informations supplémentaires. »
S	Support	soutenir – « Je peux vous fournir toutes les informations concernant ce vaccin et nous pourrons discuter plus en détail la fréquence des réactions possibles chez l'enfant. »
E	Explore	approfondir les émotions – « Qu'est-ce qui vous inquiète encore concernant la vaccination ? »

Tableau 4. **NURSE**

Pour résumer la partie théorique

L'empathie aide à :

- d'établir un contact et de créer une relation de confiance ;
- stimuler la motivation et améliorer l'adhésion ;
- réduire l' , l' , la tension et l'agressivité.

Sans une approche empathique, nous serons difficilement en mesure d'identifier et de comprendre le point de vue, les idées, les perceptions, la motivation et les barrières du patient. Ce n'est que lorsque nous manifestons sincèrement notre volonté d'accepter la vision du monde du patient que celui-ci se confiera à nous de manière ouverte et honnête, afin que nous puissions le soutenir et influencer ses choix.

Conseils pour développer une attitude empathique :

Essayez de faire en sorte que chaque patient ait le sentiment qu'il ou elle est important(e) pour vous.

Mettez-vous à la place du patient, en tenant compte de ses émotions, de ses besoins et de ses problèmes de santé.

Apprenez-en davantage sur la communication non verbale – les expressions faciales, les micro-expressions, le langage corporel, la lecture des yeux, le ton de la voix – pour vous aider à comprendre les sentiments du patient.

Donnez l'impression d'être détendu et serein, même si ce n'est pas le cas. Améliorez votre

conscience de votre propre communication non verbale.

Demandez à des collègues d'observer vos interactions avec plusieurs patients afin d'évaluer votre empathie.

Écoutez comment des communicateurs empathiques connus (par exemple, des collègues, des dirigeants, des amis, des personnalités de la télévision) utilisent leur voix pour exprimer leur empathie. Entraînez-vous à prononcer certaines phrases devant un miroir (par exemple, « Je pense que cela risque d'être difficile... »), évaluez vos capacités et apportez des corrections.

Évitez les jugements de valeur. Efforcez-vous de créer des relations dans lesquelles vous êtes perçu comme un soignant et un allié, et non simplement comme un prestataire de services.

Si vous avez des difficultés à faire preuve d'empathie envers un patient en particulier, essayez de comprendre pourquoi et comment y remédier.

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES

Travail sur des études de cas en petits groupes

Tâche
Étudiez les cas. Proposez une réponse empathique selon le schéma NURSE.

Cas n° 1 :

Des parents qui ont amené leur enfant depuis une région éloignée pour une consultation dans une clinique de chirurgie cardiaque de la capitale réagissent de manière trop émotionnelle aux propos du cardiologue, qui leur dit qu'il « n'aime pas les souffles et qu'il faut effectuer des examens cardiaques supplémentaires », et exigent que l'intervention chirurgicale ne soit pas reportée : « Nous avons déjà passé tous les examens. »

Une réponse possible selon le schéma **NURSE :**

Name – nommer ou refléter l'émotion : « Vous avez peur de l'opération à venir, et en plus, il y a ces nouvelles circonstances. L'incertitude vous effraie encore plus. »

Comprendre – comprendre l'émotion : « Je comprends, c'est ce qu'il y a de plus difficile : voir son enfant souffrir et avoir l'impression de perdre le contrôle de la situation. »

Respect – faire preuve de respect : « Mais vous avez déjà traversé tant d'épreuves, vous avez réussi à amener votre enfant jusqu'ici. »

Support – soutenir : « Nous devons nous assurer que votre enfant est prêt pour l'opération selon tous les critères requis. Je vais essayer de faire tout cela rapidement. C'est très important. »

Explore – explorer les émotions plus en détail : « Y a-t-il autre chose qui vous inquiète concernant l'état de votre enfant ? »

Cas n° 2 :

Le patient refuse de subir l'intervention chirurgicale visant à inciser le panaris, exigeant qu'on lui prescrive une autre méthode de traitement (non invasive), invoquant la crainte de « contracter l'hépatite » : « Prescrivez-moi une pommade... ou peut-être autre chose, j'ai entendu dire qu'on pouvait faire une sorte de radiothérapie... ».

Une réponse possible selon le modèle **NURSE :**

Name – nommer ou refléter l'émotion : « Vous avez peur d'attraper l'hépatite ».

Understand – comprendre l'émotion : « Je comprends, c'est une maladie grave… et on en parle beaucoup en ce moment… »

Respect – faire preuve de respect : « Mais vous avez raison d'en être conscient et d'essayer d'éviter les situations à risque. »

Support – soutenir : « Allez, je vais m'assurer personnellement que tout soit stérile / nous utiliserons des instruments à usage unique ».

Explore – approfondir les émotions : « Qu'est-ce qui vous fait encore peur dans notre plan de traitement ? »

Cas n° 3 :

Un patient chez qui un diabète sucré vient d'être diagnostiqué exprime ses craintes concernant sa sortie de l'hôpital en disant : « Je ne suis pas sûr d'êtreprêt à gérer tout ça : vérifier constamment ma glycémie et me faire des injections. »
me faire des injections ».

Réponse possible selon le schéma **NURSE** :

Name – nommer ou refléter l'émotion : « Vous semblez inquiet... »

Comprendre – comprendre l'émotion : « Je comprends, c'est vraiment stressant d'apprendre un tel diagnostic. »

Respect – faire preuve de respect : « Mais vous êtes formidable, vous apprenez vite, aujourd'hui vous vous êtes très bien débrouillé avec les bandelettes de test et les injections d'insuline. »

Support – soutenir : « Nous travaillerons ensemble à nouveau demain matin, et je demanderai à l'infirmière qui viendra vous voir régulièrement de passer vous voir dans quelques jours pour que vous puissiez effectuer ces manipulations ensemble. »

Explore – approfondir les émotions : « Dites-moi plus en détail ce qui vous préoccupe encore concernant le maintien de votre glycémie à la maison. »

Débriefing (discussion des cas)

Discussion interactive

Questions pour la discussion :

1. Pourquoi est-il important pour un professionnel de santé de faire preuve d'empathie envers ses patients ?

Lorsqu'un professionnel de santé s'efforce de se mettre à la place du patient, il peut lui proposer d'autres options thérapeutiques ou des moyens d'aide qu'il n'avait probablement pas envisagés auparavant. Il sera beaucoup plus facile pour le patient d'exprimer ses problèmes à quelqu'un qui fait preuve d'empathie à son égard et qui prend le temps d'essayer de comprendre ce qu'il ressent et ce qu'il traverse.

Les sentiments, les inquiétudes, les attentes et les idées du patient sont tout aussi importants que ses plaintes concernant son état physique. En tenant compte de tous ces aspects, le professionnel de santé sera en mesure de mieux comprendre la situation et, au final, de donner les meilleurs conseils en matière de traitement ou de soins de qualité. Un professionnel de santé empathique aidera le patient à se sentir à l'aise et écouté.

L'empathie contribuera à lever les nombreuses barrières entre le patient et le professionnel de santé auxquelles il ou elle pourrait être confronté(e), et aidera à créer un environnement propice à la communication.

L'empathie est le principe fondamental d'une approche communicative centrée sur le patient. Un professionnel de santé capable de faire preuve de compréhension a plus souvent affaire à des patients qui se sentent moins jugés et mieux acceptés.

Un patient qui se sent soutenu et qui n'a pas besoin de se défendre sera probablement plus ouvert aux recommandations concernant son plan de traitement et les changements de mode de vie. Cependant, aussi simple que cela puisse paraître, « être plus empathique » est une tâche assez complexe pour le médecin lambda.

Erreurs courantes :

une compréhension insuffisante de ce qu'est l'empathie. Confusion entre empathie et compassion, ou manifestation d'empathie par le médecin uniquement lorsqu'il estime que le patient est déprimé ;

faire preuve d'empathie dans le seul but de cocher la case « bon médecin » ;

considérer qu'être empathique, c'est faire semblant de savoir ce que ressent l'autre pour l'aider à se sentir mieux dans une situation donnée ;

croire qu'être empathique est un moyen simple de gagner la confiance de quelqu'un ;

penser que l'empathie est une compétence qui s'applique uniquement dans le cadre professionnel, et non dans la vie quotidienne ;

raisonner de manière trop pragmatique. Par exemple, dire que l'empathie est importante parce qu'elle permet au médecin d'obtenir de bons retours

2. Qu'est-ce qui est le plus important : savoir faire preuve d'empathie ou savoir faire preuve de compassion ?

Commencez par exposer votre définition personnelle des concepts d'« empathie » et de « compassion ». Vos définitions peuvent différer des définitions standard. **Discutez des principales responsabilités d'un médecin et expliquez pourquoi la capacité d'un médecin à faire preuve d'empathie et de compassion est une compétence essentielle dans l'exercice de ces responsabilités.**

Les médecins ont la responsabilité de prescrire le traitement approprié et de prodiguer au patient les meilleurs soins possibles, en combinant connaissances théoriques, esprit critique et communication (avec leurs collègues, le patient

et les membres de sa famille). Le plus important est que le médecin ne doit pas causer de préjudice au patient ni pratiquer une intervention médicale sans le consentement éclairé de ce dernier.

L'empathie est donc importante, car elle permet au médecin de comprendre ce que le patient peut ressentir et ce qu'il peut espérer en termes de résultat clinique (par exemple, un patient âgé considérera-t-il une mobilité réduite comme une conséquence acceptable de l'intervention ?) Lorsque l'intervention est douloureuse ou effrayante (comme dans le cas d'une ponction lombaire ou d'une intervention chirurgicale), il est essentiel que le médecin communique pleinement avec le patient, en discutant obligatoirement de la raison de l'intervention, de ce que le patient ressentira pendant et après l'intervention, des risques et des conséquences potentiellement dangereuses.

Faire preuve d'empathie est également important lors de la conversation avec le patient.

Par exemple, lors d'une injection et de l'insertion de l'aiguille, un médecin qui fait preuve d'empathie, mais ne manifeste pas de compassion, dirait : « Ça va faire mal, mais la douleur ne durera pas longtemps, alors ne bougez pas. »

Un médecin qui fait preuve à la fois d'empathie et de compassion dirait : « Je tiens à vous prévenir que vous aurez peut-être l'impression d'être piqué, mais je vais faire cela aussi rapidement et indolore que possible, alors essayez de vous détendre et ne vous concentrez pas trop là-dessus. Ce sera terminé dans un instant. »

Cet exemple montre à quel point il est important pour un médecin de savoir allier empathie et compassion dans l'exercice de son métier.

Répondez à la question suivante : qu'est-ce qui est le plus important : l'empathie ou la compassion ? Ou bien sont-elles toutes deux tout aussi importantes ?

Réfléchissez : existe-t-il des circonstances dans lesquelles faire preuve d'une compassion excessive peut être préjudiciable ? À partir de votre propre expérience ou de vos observations, donnez un exemple.

Erreurs courantes :

répondre à la question avant d'avoir défini les termes ;

---

ne pas réfléchir à l'avance à la différence entre ces deux concepts et à la manière dont ils sont liés à la profession de médecin ou de tout autre professionnel de santé.

3. Comment expliqueriez-vous à un patient qu'il faut lui faire une nouvelle prise de sang parce que les résultats du dernier test ont été perdus ?

Mettez-vous à la place du patient. Qu'est-ce qui pourrait l'inquiéter ? Le patient a subi une procédure qui lui a peut-être semblé désagréable, et, sans que ce soit de sa faute, on lui demande de la refaire. Il peut également s'inquiéter des problèmes de confidentialité liés à la perte de l'échantillon de sang.

Dans ce cas, il est important que vous communiquiez avec le patient de manière claire et courtoise, que vous lui expliquiez ce qui s'est passé afin qu'il n'ait aucun doute sur la réalité des faits. N'utilisez pas d'euphémismes (mots édulcorants ou masquant la réalité). Mettez-vous à la place du patient, écoutez ses problèmes et tout ce qu'il/elle dit. Vous pouvez dire : « Je suis vraiment désolé(e) que vous deviez faire un autre prélèvement sanguin. »

Réfléchissez, il serait peut-être utile de dire : « Je peux imaginer que vous soyez déçu(e) à ce sujet, car vous attendiez les résultats de vos analyses de sang et ne les avez pas encore reçus. »

Et aussi : « Je vous assure que nous ne communiquerons les résultats de votre test à personne en dehors de l'équipe médicale qui s'occupe de vous. Je comprends votre inquiétude quant à la perte des résultats de votre dernier test, mais nous prenons très au sérieux les questions de confidentialité et ferons tout notre possible pour que celle-ci soit préservée. »

Erreurs courantes :

parler d'un ton sec, impoli ou distant. Cela risque de bouleverser encore davantage le patient, qui a déjà traversé bien des épreuves ;

utiliser des euphémismes susceptibles d'induire le patient en erreur ou de le désorienter quant à ce qui s'est passé ;

---

accuser d'autres personnes d'être responsables de ce qui s'est passé. Même si quelqu'un est en tort, cela n'améliorera pas l'état d'esprit du patient.

4. Pourquoi les professionnels de santé, qui font partie d'une même équipe médicale, doivent-ils faire preuve d'empathie les uns envers les autres, ainsi qu'envers leurs patients ?

Le travail dans le secteur de la santé (par exemple, à l'hôpital) peut être très stressant et épuisant. Vos collègues peuvent avoir besoin du soutien de quelqu'un qui comprend bien cette situation. Des circonstances extra-professionnelles peuvent affecter la capacité d'un membre de l'équipe à accomplir son travail, et si cette personne décide de vous faire part de ses problèmes ou de ses inquiétudes, il est important de faire preuve d'empathie et d'essayer de comprendre ce qu'elle vit.

La compréhension entre collègues améliore la capacité de l'équipe à travailler ensemble et, par conséquent, la qualité des soins prodigués aux patients. Le travail d'un professionnel de santé peut être traumatisant ou stressant, ce qui peut avoir un impact personnel sur les membres de l'équipe. La présence de collègues empathiques, qui se soucient les uns des autres, peut aider l'équipe à adopter une attitude plus positive, ce qui favorisera le bon déroulement du travail.

5. Vous êtes médecin. Comment réagiriez-vous face à des parents qui ont amené leur enfant aux urgences et qui s'énervent parce qu'ils doivent attendre longtemps avant que leur enfant soit examiné ?

Les médecins sont parfois confrontés à des patients « difficiles » (on ne parle pas ici de leur état physique, mais de « manifestations émotionnelles ou comportementales difficiles »), mais dans un tel scénario, il est important de faire preuve d'empathie et de comprendre que la personne a généralement une raison d'agir ainsi. Essayez d'utiliser la technique **ICE** (ideas, concerns and expectations) – idées, préoccupations et attentes. Expliquez comment vous pourriez découvrir pourquoi les parents pensent (idées) qu'ils doivent attendre longtemps, pourquoi cela les préoccupe (préoccupations) et ce qu'ils attendent (attentes) de vous dans cette situation.

Essayez de comprendre pourquoi les parents peuvent ressentir de la colère dans une telle situation. Ils s'inquiètent très certainement pour leur enfant et peuvent avoir l'impression que le personnel n'en fait pas assez pour que le patient soit examiné le plus rapidement possible. Discutez de la manière dont vous tenteriez de rassurer les parents. Il est important de comprendre que les parents (ou proches) dont l'enfant a été amené aux urgences peuvent être très bouleversés, et vous devez leur montrer que vous souhaitez les aider à être sûrs que leur enfant recevra les meilleurs soins et la meilleure prise en charge possibles. Les parents ou les patients aux urgences peuvent également être stressés pour des raisons auxquelles vous ne pensez peut-être même pas et que vous ne soupçonnez pas. C'est pourquoi il est si important d'écouter le patient, de lui donner l'occasion d'expliquer sa situation, et en réponse, vous pourriez lui apporter un soutien approprié, par exemple en lui permettant d'utiliser un téléphone.

Erreurs courantes :

oublier le patient/les parents. Expliquer comment vous pourriez prendre la situation en main, c'est très bien, mais les gens s'intéressent toujours davantage à la façon dont vous faites preuve d'empathie envers quelqu'un qui est bouleversé ou en situation de stress, et dont vous résolvez les problèmes ;

hésiter à demander à la personne son point de vue sur la situation. La technique ICE est exactement ce qu'il faut utiliser dans un tel scénario.

5. Racontez un cas où vous avez fait preuve d'empathie. Reliez votre réponse à la médecine et expliquez pourquoi l'empathie est une qualité si indispensable dans la profession médicale, et en quoi votre exemple vous aide à vous sentir (dans une certaine mesure) prêt pour la pratique.

Votre exemple doit être concret et vous concerner personnellement (il doit s'appuyer sur votre situation particulière). Réfléchissez aux outils verbaux et non verbaux dont vous pouvez vous servir pour faire preuve d'empathie. Ce n'est pas seulement ce que vous dites qui compte, mais aussi la manière dont vous le dites !

Une partie de votre réflexion peut porter sur ce que vous auriez fait différemment. Cela démontrera votre capacité à tirer des leçons de votre propre expérience.

Erreurs courantes :

Ne vous concentrez pas sur vos propres anecdotes, mais parlez plutôt de situations où vous avez été témoin de manifestations d'empathie de la part d'autres médecins. Dans ce cas, cela n'a pas d'importance, car ce qui compte, c'est d'entendre parler de votre expérience.

Racontez une histoire (votre exemple) sans réfléchir et sans développer votre comportement empathique : il est facile de se perdre dans le « récit » et le bavardage.

Oublier de relier vos arguments à la médecine et d'expliquer en quoi la situation que vous décrivez montre que vous deviendrez un jour un bon étudiant en médecine/médecin.

L'EXPLORATION ET LA PRISE DE CONSCIENCE DE SES PROPRES ÉMOTIONS COMME LE REVERS DE L'EMPATHIE

Les compétences en communication clinique sont étroitement liées aux compétences émotionnelles ; il est donc important de les pratiquer et de les étudier ensemble pendant la formation. La capacité des professionnels de santé à identifier leurs propres émotions et à les gérer peut améliorer leur bien-être général en prévenant le stress et l'épuisement professionnel. Il est essentiel de savoir reconnaître ses réactions émotionnelles automatiques, car ce sont elles qui sont le plus souvent à l'origine des conflits, de la toxicité dans les relations et de l'épuisement professionnel. Voyons donc comment nous pouvons explorer nos sentiments par nous-mêmes.

On peut explorer ses sentiments pendant ou après l'événement lui-même. Pendant l'événement, cela signifie être pleinement conscient(e) au moment où l'on communique, afin de pouvoir réfléchir à la composante émotionnelle de sa communication et l'ajuster. Après l'événement, il est utile de se remémorer l'évolution de ses émotions et d'analyser son comportement afin d'accroître sa conscience, sa curiosité et de trouver de nouvelles alternatives pour remplacer les réactions automatiques ou les jugements hâtifs sur les autres.

Observez vos compétences :

Identifiez les émotions (les vôtres et celles des autres) : remarquez ce à quoi vous réagissez, ce à quoi les autres réagissent, et comment les émotions influencent vos communications.

Par exemple, un collègue vous dit sarcastiquement, en présence d'autres personnes, que vous avez oublié de lui communiquer une information cruciale concernant un patient. Vous répondez avec colère qu'il aurait pu consulter lui-même le dossier du patient.

Analysez les causes de ces émotions. Pourquoi avez-vous réagi ? Pourquoi l'autre personne a-t-elle réagi ? Qu'est-ce qui a provoqué votre colère (par exemple) ? Ou le sarcasme de votre collègue (le sarcasme est généralement aussi une forme de colère refoulée) ? Demandez-vous : pouvez-vous vous éloigner de cette réaction émotionnelle automatique et faire preuve d'empathie à la place ? À quoi cela pourrait-il ressembler ?

Vous vous sentez coupable et blessé. Vous avez des problèmes à la maison, et vous manquez d'énergie au travail. Vous vous sentez rabaissé en présence des autres. Un collègue est déçu et en colère d'avoir dû assumer davantage de travail alors qu'il croule déjà sous les tâches et qu'il est lui-même au bord du burn-out.

Agir en pleine conscience et construire des relations. Comprendre ses émotions et leurs origines peut aider à trouver le bon chemin dans la conversation avec l'autre. On peut s'excuser, on peut expliquer ce qui a provoqué ces sentiments si intenses, on peut mieux reconnaître la contribution, le travail ou l'état émotionnel de l'autre. Le rapprochement commence par de petits pas.

Discutez en tête-à-tête avec votre collègue. Commencez par vous excuser sincèrement de ne pas avoir suffisamment communiqué, ce qui a entraîné une charge de travail supplémentaire pour lui. Expliquez-lui que vous rencontrez des difficultés personnelles et qu'il vous est difficile ces derniers temps de rester concentré au travail. Reconnaissez que votre collègue est lui aussi sous pression et que vous avez ajouté à son stress. Votre collègue acceptera très probablement vos excuses, s'excusera de vous avoir humilié devant les autres et vous souhaitera que vos problèmes familiaux trouvent une solution. Remerciez votre collègue et proposez-lui d'aller prendre un café ou un thé ensemble.

Un groupe de pairs pour améliorer votre conscience de soi : créez un petit groupe de pairs avec des collègues (vous pouvez également proposer de le créer avec des étudiants) et réunissez-vous chaque semaine pendant une demi-heure pour partager vos observations et les conclusions tirées de votre expérience. Observer, formuler et exprimer vos sentiments est une pratique utile pour développer vos compétences émotionnelles.

Vous pouvez en savoir plus grâce au modèle Guide to the iCARE-Haaland Model Resources • CONNECT (tghn.org) – un projet de recherche international visant à développer des compétences émotionnelles universelles chez les professionnels de santé de différents pays.

Le cas de Tatiana

Partie 1

– Si les analyses confirment mes soupçons, votre maladie est incurable et évoluera vers un cancer.

– Comment ça ? Elle est totalement incurable ?

– Non.

5 minutes de silence.

– Et que dois-je faire ?

Silence. Chacun était assis dans son silence et sa douleur.

Questions possibles pour la discussion :

Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ? *(On peut ici parler de la froideur du médecin, de sa trop grande brièveté, de l'absence de dialogue, de conclusion et de plan).*

À la place de la patiente, oseriez-vous retourner chez ce médecin ? Pourquoi oui, ou pourquoi non ? *(On peut ici explorer les craintes et les différentes perceptions des auditeurs – en effet, les gens sont tous différents : certains y retourneront, d'autres non).*

Qu'est-ce que le médecin aurait pu faire différemment ? *(Voir la section sur le modèle de consultation de Calgary-Cambridge dans le thème 3).*

À quoi ressemblerait une communication plus empathique ? *(Ici, vous pouvez appliquer les informations du Thème 3 concernant la structure de la consultation et celles du Thème 6 concernant l'annonce de mauvaises nouvelles).*

Partie 2

C'est l'histoire de ma gynécologue et moi. J'étais très en colère qu'elle se comporte ainsi avec moi. Pourquoi ne pouvait-on pas parler de tout cela de manière humaine ? J'avais déjà eu le temps de la cataloguer comme « non professionnelle », mais quelque chose dans cette histoire me hantait. Je voulais mettre un point final à tout cela, alors je suis retournée la voir. Mais cette fois-ci, tout était différent : elle m'a parlé avec gentillesse, chaleur et compassion. C'étaient deux personnes différentes. Et là, j'ai compris que je n'étais pas tombée dans une histoire de « manque de professionnalisme », mais dans une histoire où la douleur et les sentiments empêchent un médecin d'être efficace dans son travail et de se montrer attentionné envers ses patients.

Questions possibles pour la discussion

À votre avis, pourquoi la médecin s'est-elle comportée différemment la fois suivante ? *(On peut ici aborder son état émotionnel, son manque éventuel de compétences en matière d'empathie, la manière d'annoncer de mauvaises nouvelles et le conseil en général, ainsi que la façon dont ses propres émotions influencent sa communication).*

Qu'est-ce qui a aidé la médecin à changer de comportement lors de la visite suivante de la patiente ? *(On peut ici discuter de l'ouverture de la patiente au dialogue et de la manière dont une stratégie similaire peut fonctionner dans les deux sens).*

Quelle conclusion pouvons-nous tirer de ce cas pour nous-mêmes ? *(Compétences, compétences émotionnelles, prise de conscience accrue).*

Il est difficile de comprendre les autres si l'on ne se comprend pas soi-même

Les émotions imprègnent tous les domaines de notre vie et nous guident lorsque nous sommes confrontés à des difficultés ou à des défis trop importants pour nous en remettre uniquement à la raison. Que nous le voulions ou non, les émotions font toujours partie de notre vie : elles surgissent en réaction à des stimuli. Au cours de sa vie, l'individu accumule une expérience de la perception de différentes émotions (tant les siennes que celles des autres), qui se transforme en impulsions se manifestant en réponse à une situation concrète. Notre capacité à reconnaître et à tirer parti d'une situation donnée dépend de la qualité et de l'étendue de cette expérience. Il est difficile de faire la distinction entre vie privée et vie professionnelle pour ne pas se laisser envahir par les émotions au travail ; c'est pourquoi il vaut mieux apprendre à les gérer.

C'est là qu'intervient l'intelligence émotionnelle (IE), car c'est elle qui nous redonne le contrôle des situations et nous donne accès au réservoir de connaissances rationnelles de notre cerveau.

Le terme « intelligence émotionnelle » a été utilisé pour la première fois par les psychologues américains J. Mayer et P. Salovey (1990). Selon ces chercheurs, l'intelligence émotionnelle est un ensemble de capacités cognitives permettant d'identifier, de comprendre et de gérer les émotions. Mayer et Salovey ont également mis au point un test bien connu permettant de déterminer le niveau d'intelligence émotionnelle.

En 1995, Daniel Goleman a défini les 5 capacités suivantes qui constituent le fondement de l'intelligence émotionnelle :

La conscience de ses propres émotions (conscience de soi) – la capacité à reconnaître ses émotions lorsqu'elles surgissent ; c'est le fondement de l'intelligence émotionnelle. La capacité à suivre en permanence ses sentiments est extrêmement importante pour la perspicacité psychologique et la connaissance de soi. Les personnes qui peuvent affirmer avec certitude ce qu'elles ressentent s'avèrent être de meilleurs « pilotes » de leur vie, car elles doutent moins de la justesse de leurs décisions.

La gestion des émotions – c'est la capacité à veiller à ce que les émotions correspondent à la situation dans laquelle se trouve la personne. La gestion des émotions comprend : la capacité à se calmer, à se débarrasser d'une anxiété excessive, d'une dépression ou d'une irritabilité. Les personnes chez qui ces compétences sont peu développées souffrent d'émotions excessives et tentent de les combattre, tandis que celles qui les maîtrisent bien retrouvent beaucoup plus rapidement leur équilibre après avoir traversé des épreuves ou des bouleversements.

La motivation personnelle – canaliser ses émotions dans la bonne direction favorise la concentration, renforce la maîtrise de soi, aide à devenir plus créatif et nous aide à atteindre les objectifs fixés.

La capacité à reconnaître les émotions des autres (l'empathie) est la compétence la plus importante parmi celles qui sont nécessaires pour travailler avec les gens. Ceux qui ont une empathie plus développée sont sensibles, même aux signaux les plus infimes, qui indiquent ce que les autres veulent ou ce dont ils ont besoin. Cela aide les personnes empathiques à réussir dans des professions liées tant à la gestion qu'à la prise en charge des autres.

La capacité à nouer des relations réside dans la gestion habile des émotions d'autrui. Elle englobe la compétence sociale et les aptitudes spécifiques qui y sont associées. Ce sont précisément ces compétences qui renforcent la popularité et les qualités de leader d'une personne et améliorent l'efficacité de la communication interpersonnelle. Les personnes qui maîtrisent bien l'art de nouer des relations peuvent parfaitement s'acquitter de toute tâche nécessitant une interaction souple et habile avec les autres. Elles sont des as de la communication.

Ces composantes de l'intelligence émotionnelle correspondent aux étapes successives de son développement.

Examinons plus en détail les étapes principales de ce processus :

Prise de conscience des émotions – à ce stade, il est important d'apprendre à percevoir les événements qui nous entourent à travers le prisme des émotions et à voir des émotions là où l'on a l'habitude de ne remarquer que le calcul froid et les actions rationnelles.

L'acquisition de la capacité à « lire » la dimension émotionnelle des événements peut se faire grâce à :

- d'un approfondissement des connaissances sur les liens entre les zones rationnelles du néocortex et les organes émotionnels du système limbique du cerveau ;
- l'analyse de cas sous l'angle du rôle joué par l'intelligence émotionnelle ;
- l'analyse des schémas émotionnels de son propre comportement ;
- la tenue d'un journal des émotions.

La gestion des émotions et la motivation personnelle sont impossibles sans passer par une phase de prise de conscience de ses propres émotions.

La capacité à reconnaître les émotions des autres (l'empathie) est importante, mais le développement efficace de cette composante de l'intelligence émotionnelle est impossible sans la maîtrise des étapes précédentes. Car ce n'est qu'en apprenant à nous comprendre et à nous accepter dans nos différents états et manifestations émotionnels que nous apprenons à comprendre et à accepter les autres.

La capacité à construire des relations est la dernière étape du développement de l'intelligence émotionnelle. Cette capacité implique l'assimilation de stratégies de gestion de ses propres émotions et de celles des autres afin d'atteindre des objectifs communs.

L'évaluation du niveau d'intelligence émotionnelle est le premier maillon de la chaîne de son développement. Vous trouverez donc en annexe le questionnaire sur l'« intelligence émotionnelle » de N. Hall, qui vous aidera à déterminer le niveau de développement de chaque composante de votre IE, ainsi que des exercices et des techniques qui vous aideront à mieux gérer vos propres émotions.

Faites preuve d'empathie et d'attention envers vous-même. Cela vous aidera à établir des relations empathiques et de confiance avec vos patients.

Questionnaire sur l'« intelligence émotionnelle » de N. Hall

Instructions : Vous trouverez ci-dessous une série d'affirmations qui reflètent, d'une manière ou d'une autre, différents aspects de votre vie. Veuillez inscrire dans la case correspondante du formulaire, à droite de chaque numéro d'affirmation, le nombre de points correspondant à votre évaluation :

Pas du tout d'accord (–3 points)

Plutôt en désaccord (–2 points) Plutôt en désaccord

(–1 point) Plutôt d'accord (+1 point)

Plutôt d'accord (+2 points) Tout à fait d'accord (+3

points)

Formulaire de réponses :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Questions du questionnaire

1. Pour moi, les émotions négatives comme les émotions positives sont une source d'enseignement sur la manière d'agir dans la vie.

2. Les émotions négatives m'aident à comprendre ce que je dois changer dans ma vie.

3. Je reste calme lorsque je subis la pression des autres.

4. Je suis capable d'observer l'évolution de mes sentiments.

5. Quand c'est nécessaire, je peux rester calme et concentré(e) pour agir en fonction des exigences de la vie.

6. Quand c'est nécessaire, je peux susciter en moi un large éventail d'émotions positives, telles que la gaieté, la joie, l'enthousiasme et l'humour.

7. Je suis attentif à ce que je ressens.

8. Quand quelque chose vient gâcher ma bonne humeur, je parviens facilement à maîtriser mes émotions.

9. Je suis capable d'écouter les problèmes des autres.

10. Je ne m'attarde pas sur les émotions négatives.

11. Je suis sensible aux besoins émotionnels des autres.

12. Je peux avoir un effet apaisant sur les autres.

13. Je peux me motiver à me relever encore et encore face aux obstacles.

14. J'essaie d'aborder les problèmes de la vie de manière créative.

15. Je réagis de manière appropriée à l'humeur, aux motivations et aux désirs des autres.

16. Je parviens facilement à atteindre un état de calme, de préparation et de concentration.

17. Quand j'en ai le temps, j'analyse mes sentiments négatifs et je cherche à comprendre d'où vient le problème.

18. Je suis capable de me calmer rapidement après un chagrin inattendu.

19. Connaître mes véritables sentiments est important pour rester « en forme ».

20. Je comprends bien les émotions des autres, même lorsqu'elles ne sont pas exprimées ouvertement.

21. Je sais bien reconnaître les émotions à partir des expressions faciales.

22. Je peux facilement mettre de côté mes sentiments négatifs lorsque je dois agir.

23. Je sais bien déceler les indices dans la communication qui indiquent ce dont les autres ont besoin.

24. Les gens me considèrent comme quelqu'un qui comprend bien ce que ressentent les autres.

25. Les personnes qui ont conscience de leurs véritables sentiments gèrent mieux leur vie.

26. Je suis capable d'améliorer l'humeur des autres.

27. On peut me consulter sur les questions de relations humaines.

28. Je m'adapte bien aux émotions des autres.

29. J'aide les autres à mettre à profit leurs motivations pour atteindre leurs objectifs personnels.

30. Je peux facilement me détacher de mes émotions et de mes soucis.

Traitement et interprétation des résultats :

Additionnez et notez les résultats pour chaque échelle. Échelle «

conscience émotionnelle » – points 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Échelle « gestion de ses émotions » – points 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Échelle « motivation personnelle » – points 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Échelle « empathie » – points 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Échelle « reconnaissance des émotions des autres » – points 12, 15, 24, 26, 27, 29.

Niveaux de développement des composantes de l'intelligence émotionnelle :

14 et plus – niveau élevé. Il se caractérise non seulement par la distinction des émotions ou la capacité à les gérer, mais aussi par la capacité à comprendre comment l'expression de ses propres émotions par une personne influence les autres, et à en tenir compte dans son comportement ;

8-13 – niveau moyen. Indique la capacité à distinguer les émotions des autres, à gérer ses propres sentiments négatifs et à exprimer ses émotions de manière appropriée ;

7 et moins – niveau faible. Indique que la personne comprend mal ses propres émotions et celles des autres, qu'elle ne sait pas gérer ses émotions et qu'elle est incapable de faire preuve d'empathie envers les autres.

Niveau global de développement de l'IE :

70 et plus – élevé ; 40-69 –
moyen ;
39 et moins : faible.

Techniques utiles pour développer l'intelligence émotionnelle

Carte des émotions

Émotion	Causes	Manifestations physiques	Pensées qui accompagnent le vécu de l'émotion	Personnes auxquelles on l'associe
Colère				
Dégoût				
Peur				
Étonnement				
Joie				
Tristesse				

Prenez quelques minutes de votre temps et essayez de comprendre le rôle de chaque émotion dans votre vie. Ajoutez à la liste d'autres émotions que vous pouvez reconnaître en vous.

Journal des émotions

Programmez plusieurs rappels au cours de la journée sous le titre « Mes émotions » (7 à 10 rappels). Au moment où le rappel sonne, demandez-vous :

Que ressens-je en ce moment ? De
quelle émotion s'agit-il ?
À quel point est-elle intense ?
Qu'est-ce qui la provoque ?

Notez le lien entre vos pensées et vos émotions.

Ensuite, réfléchissez et analysez votre journal : quelles émotions prédominent

chez vous ?
Qu'est-ce qui a provoqué ces émotions ? À quel
point ces émotions étaient-elles intenses ?
Combien d'émotions différentes avez-vous
ressenties ?

Comment gérer ses émotions ?

Il existe une technique simple qui vous aidera à comprendre rapidement quelle émotion vous ressentez actuellement, à en identifier la cause, et qui vous indiquera également les solutions possibles pour sortir de la situation dans laquelle vous vous trouvez.

Feu rouge
Laissez-vous aller à ressentir cette émotion (génération de l'émotion). Nommez-la.

Feu orange
Réfléchissez à la raison de son apparition, à ce que vous ressentez, à l'endroit précis où vous ressentez cette émotion et à la nature de cette sensation. Analysez les différentes solutions possibles pour sortir de cette situation (prise de conscience de l'émotion).

Feu vert
Agissez selon le plan qui vous semble le plus approprié (expression des émotions).

Liste de contrôle d'auto-assistance en cas d'émotions fortes

- **Ne refoulez pas vos émotions.** Observez ce qui vous fait souffrir et ce que vos émotions vous signalent.
- Créez pour vous-même une carte des liens de cause à effet et essayez de comprendre **ce qui a provoqué ces émotions.**
- Concentrez-vous sur les « points sensibles » identifiés et réfléchissez à **la manière dont vous pouvez agir sur eux.**

Techniques utiles en cas d'émotions fortes

Technique de stabilisation n° 1

- Regardez autour de vous et repérez du regard 5 objets de couleur bleue ou verte. Nommez-les.
- Tendez l'oreille et écoutez 4 sons différents. Nommez-les.
- Touchez de la main et sentez 3 surfaces différentes. Décrivez leur texture.
- Sentez deux odeurs différentes. Nommez-les.
- Choisissez quelque chose à goûter. Décrivez ce que vous avez ressenti au goût. (Vous ressentirez peut-être un goût dans la bouche ; si vous en avez la possibilité, buvez un peu d'eau et remarquez quel goût elle a).

Technique de stabilisation 2

Inspirez et expirez profondément. Regardez lentement autour de vous et trouvez :

- 5 objets que vous voyez,
- 4 objets que vous touchez,
- 3 sons que vous entendez,
- 2 odeurs que vous sentez,
- 1 émotion que vous ressentez en ce moment.

Exercice de respiration 1

Allongez-vous confortablement sur le dos, pliez les genoux et posez les pieds sur le sol (ou sur la table de massage).

Inspirez profondément et comptez jusqu'à cinq. Assurez-vous que votre ventre se soulève, tandis que votre poitrine, vos épaules et votre bas du dos restent en contact avec le sol/la table de massage.

Expirez lentement en comptant jusqu'à cinq. Essayez de rentrer le ventre vers la colonne vertébrale. Effectuez deux séries de 10 à 20 inspirations et expirations profondes.

Exercice de respiration n° 2

« Respiration en carré » : sur 1, 2, 3, 4, inspirez, sur 1, 2, 3, 4, retenez
, sur 1, 2, 3, 4, expirez et sur 1, 2, 3, 4, retenez à nouveau votre respiration. Inspirez doucement et lentement par le nez, expirez par la bouche. Ralentissez progressivement le rythme auquel vous comptez. Si vous effectuez cet exercice pendant quelques minutes, votre agitation diminuera.

Technique pour explorer ses propres ressources

Qu'en est-il de mes ressources ?

- Souvenez-vous des difficultés que vous avez réussi à surmonter par le passé. Qu'est-ce qui vous a aidé à y parvenir ?
- Notez tous vos points forts. Ajoutez-y tous ceux que vous remarquerez ou dont vous vous souviendrez par la suite.
- Dressez une liste des activités qui vous aident à recharger vos batteries et à retrouver votre énergie émotionnelle.
- Prévoyez de réaliser au moins une de ces activités dans les prochains jours.

La pratique de la gratitude

La gratitude aide à lâcher prise, à profiter des moments de joie et nous comble.

- Réfléchissez et dressez une liste de ce pour quoi vous êtes reconnaissant dans votre travail.

- Dressez une liste de ce pour quoi (et envers qui ou quoi) vous êtes reconnaissant(e) ce mois-ci.
- Dressez une liste de ce pour quoi (et envers qui ou quoi) vous êtes reconnaissant cette semaine.
- Dressez la liste des choses (et des personnes ou des raisons) pour lesquelles vous êtes reconnaissant aujourd'hui.

Questions pour le journal de réflexion :
Qu'avez-vous ressenti pendant la séance ? Qu'avez-vous appris de nouveau sur vous-même, sur le groupe ? Comment allez-vous utiliser ces connaissances ? Qu'avez-vous appris ? Comment les connaissances et les compétences acquises pourront-elles vous être utiles à l'avenir ? Qu'est-ce qui était important ? Sur quoi avez-vous réfléchi ? Que s'est-il passé en vous ? Que faut-il développer pour l'avenir ?

Bibliographie et version électronique de la séance :
bit.ly/3Do6RtJ

THÈME 3

La confiance dans la relation patient-soignant

La consultation comme espace de construction de partenariat



THÈME 3

LA CONFIANCE DANS LES RELATIONS AVEC LE PATIENT. LA CONSULTATION COMME ESPACE POUR ÉTABLIR DES RELATIONS DE PARTENARIAT

Compilé, structuré et traduit pour la première fois en ukrainien avec un grand souci du détail par Anastasia Goretska, Olena Korotun et Tetiana Shchudrova



Anastasia Goretska, responsable du service psychologique de l'Institut d'enseignement et de recherche sur la qualité de l'éducation, Université nationale de médecine de Kharkiv



Olena Korotun, maître de conférences au département de pédiatrie et de maladies infectieuses infantiles, Université d'État de médecine de Bucovine



Tetiana Shchudrova, maître de conférences au département de pharmacologie, Université d'État de médecine de Bucovine

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- connaître la structure d'une consultation ;
- savoir analyser les signaux non verbaux lors de la communication avec le patient.

Attitudes	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Comment instaurer la confiance dans la relation avec le patient ; la consultation comme espace de construction de la relation.	Parvenir à la compréhension mutuelle et à la confiance ; Établir des relations de partenariat ; les questions ouvertes ; la communication verbale et non verbale ; l'exploration des émotions du patient ; l'empathie.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Partie organisationnelle – **5 min.**
Évaluation du niveau de connaissances initial (test). Formulaires électroniques (de préférence) ou papier – **10 min.**
Brève présentation du contenu théorique (mini-conférence). Autre possibilité : interrogatoire oral / activité interactive / projection d'une vidéo **– 20 min.**
Analyse de cas réels. Une discussion des cas en petits groupes est proposée comme alternative **– 20 à 40 min**
Scénario avec un patient simulé et enregistrement vidéo **– 20 à 30 min.**
Débriefing **– 30 min.**
Répétition du scénario avec modification des paramètres **– 15 min.**
Nouveau débriefing **– 15 min.**
Test final de vérification des connaissances théoriques **– 5 min.**
(facultatif).
Bilan et annonce des notes **– 10 min. Total : 180 minutes**

Supports de cours

PARTIE 1. SUPPORTS THÉORIQUES

MODÈLE DE CONSULTATION CLINIQUE DE CALGARY-CAMBRIDGE

(adapté de : Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3e éd. Londres : CRC Press, 2013)

Objectif de la mise en œuvre :

- améliorer l'expérience des patients et de leurs familles,
- renforcer la sécurité des patients,
- encourager le personnel à adopter une approche compétente et centrée sur le patient lors de ses interactions avec les patients et leurs familles.

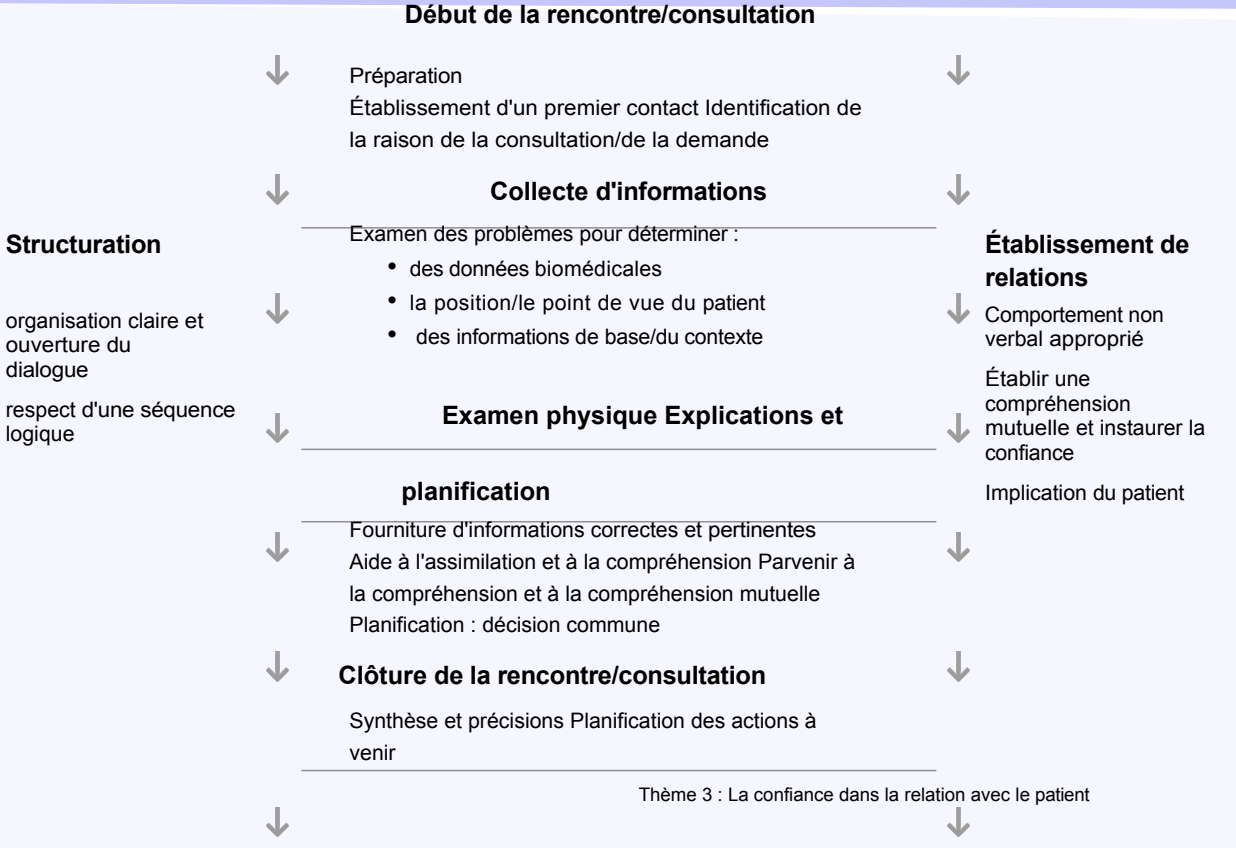


Fig. 6. Structure de la consultation clinique Calgary-Cambridge

Début de la rencontre/consultation d'

1. Préparation
2. Établissement d'un premier contact
3. Identification de la raison de la consultation/demande d'

- saluer le patient et lui demander son nom ;
- se présenter, expliquer son rôle et la nature de l'entretien ; obtenir le consentement si nécessaire ;
- faire preuve de respect et d'intérêt pour le confort physique du patient (lever les barrières) ;
- s'assurer que le patient est prêt et à l'aise ;
- déterminer la raison principale de la consultation :

  ne pas utiliser le mot « plainte »,
  « Qu'est-ce qui vous préoccupe/vous inquiète ? »

- définir les limites de temps ;
- Identifiez les problèmes ou les plaintes du patient, ou les problèmes qu'il souhaite résoudre, à l'aide de la question d'entrée suivante :

  « Quels problèmes vous ont amené à l'hôpital (au centre de soins/au dispensaire/à la clinique) aujourd'hui ? »
  « En quoi puis-je vous aider (aujourd'hui) ? »
  « De quoi aimeriez-vous discuter aujourd'hui ? »
  « À quelles questions espérez-vous obtenir une réponse aujourd'hui ? »

- écouter attentivement les propos liminaires du patient, sans l'interrompre ni orienter son récit ;
- confirmer la liste des symptômes recueillie et demander au patient de la compléter afin de recueillir des informations plus complètes et d'établir des priorités :

  « Donc, vous souffrez de maux de tête et de fatigue. Autre chose ? » – répéter au moins trois fois en l'espace de 2 minutes.

- Discuter de l'ordre du jour en tenant compte des besoins du patient et du médecin.

Communication non verbale

Trois canaux de transmission de l'information :

- les moyens verbaux (les mots),
- les moyens sonores (intonation, timbre, débit),
- moyens non verbaux (mimiques, gestes, distance).

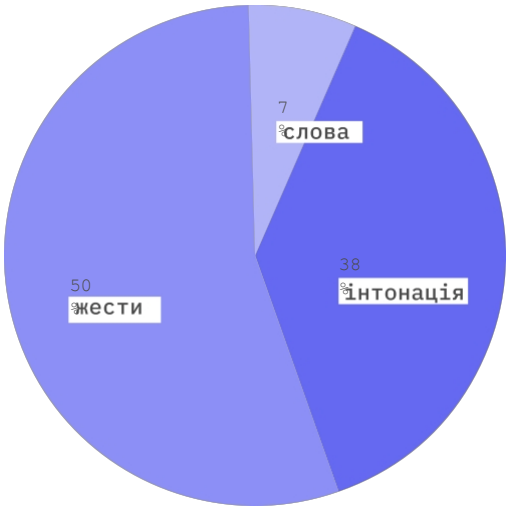


Fig. 7. Moyens de communication

Comment pouvons-nous montrer notre intérêt de manière non verbale et établir un contact productif :

- établir un contact visuel ;
- aller à la rencontre du patient, lui montrer où il/elle peut s'asseoir, poser ses affaires (gestes ouverts indiquant la direction + mots) ;
- mettre son téléphone de côté et ne pas se laisser distraire par celui-ci ;
- se p e n cher vers le patient ;
- montrer par l'intonation que nous écoutons attentivement (« d'accord, c'est clair, continuez ») ;
- Dans la mesure du possible, évitons les barrières physiques (une table entre le médecin et le patient) ;
- il ne faut pas se tenir debout en surplombant le patient.

Collecte d'informations

- Examen des problèmes du patient afin de déterminer son histoire biopsychosociale :

  données biomédicales, position/point

  de vue du patient, informations de

  base/contexte

- Encourager le patient à raconter avec ses propres mots son problème, depuis son apparition jusqu'à aujourd'hui ;

- utiliser des questions ouvertes et fermées, en passant des questions ouvertes aux questions fermées ;

- écouter attentivement, laisser le patient s'exprimer jusqu'au bout, sans l'interrompre et en lui laissant le temps de rassembler ses idées avant de répondre à la question ou de poursuivre sa réponse après une pause ;

- encourager le patient à s'exprimer à l'aide de signaux verbaux et non verbaux, en utilisant des encouragements, le silence, la répétition, la reformulation, la clarification ;

- remarquer les signaux verbaux et non verbaux (langage corporel, manière de parler, expression faciale, humeur) et en déterminer la signification ;

- clarifier les affirmations du patient qui ne sont pas claires ou qui nécessitent des explications :

  « Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par là ? »
  « Décrivez vos vertiges »

- résumer régulièrement ce qui a été dit afin de vérifier si le médecin a bien compris les propos du patient, proposer au patient de corriger une interprétation erronée ou de poursuivre son récit *(« Donc, si je vous comprends bien, ce qui vous préoccupe, c'est… »)*

- utiliser des questions et des commentaires courts et clairs, éviter le jargon et les termes complexes ;

- établir les dates et la chronologie des événements.

Identifier la réaction émotionnelle du patient face à ses symptômes et à son contexte personnel. La triade ICE (idées, préoccupations, attentes) **aide à explorer et à comprendre** :

- la position et les émotions du patient ;
- I – les idées/perceptions et les convictions du patient concernant la cause du problème ;
- C – les craintes et les inquiétudes du patient concernant chaque problème ;
- E – Attentes du patient : raison de la consultation et attentes vis-à-vis du traitement ;
- impact sur la vie : comment chaque problème affecte-t-il la vie du patient ?

Encourager le patient à exprimer ses émotions et ses sentiments :

« Quels sentiments cela suscite-t-il chez vous ? »
« En quoi cela affecte-t-il votre vie ? »

Faire preuve d'empathie : exprimer ses émotions, sa compréhension, son respect et son soutien ;

- recueillir les antécédents personnels, familiaux, médicaux et sociaux.

Compétence : questions ouvertes et communication non verbale

- encourager le patient à s'exprimer avec ses propres mots ;
- ne pas l'interrompre ;
- poser des questions ouvertes ;
- utiliser les encouragements, le silence, la répétition (« écho »), la reformulation, la clarification, le bref résumé ;
- remarquer les signaux verbaux et non verbaux ; utiliser la communication non verbale : gestes, langage corporel, mimiques, manière de parler, expressions faciales, humeur.

Compétence : exploration des émotions

« Que ressentez-vous à ce sujet ? Parlez-moi de vos sentiments. »
« Comment ces maux de tête chroniques affectent-ils votre vie ? »
« Qu'est-ce qui les provoque ou les déclenche ? »
« Qu'est-ce qui vous inquiète le plus / vous fait peur ? »

Compétence: empathie (NURSE – nommer, comprendre, respecter, soutenir, explorer)[1]

[1] Pour plus de détails, voir la rubrique « Empathie », p. 165

N – nom : nommer l'émotion pour que le patient comprenne que vous l'avez entendu ;
U – comprendre : exprimer sa compréhension ;
R – respect : exprimer son respect envers le patient ;
S – support : exprimer son soutien ;
E – explore : approfondir les émotions du patient à l'aide de questions.

Comprendre l'état émotionnel du patient

Chaque émotion remplit une fonction sociale spécifique. Comprendre les émotions de l'autre facilite considérablement la communication et permet d'éviter les conflits.

Émotions fondamentales :

la colère – pour défendre ses limites et rétablir la justice ;

la tristesse et le chagrin – pour obtenir du soutien et de l'empathie, et pour s'adapter à l'absence de quelque chose d'important qui existait auparavant ;

la peur – pour adopter un comportement d'évitement, pour manifester un sentiment de menace ;

la surprise – pour manifester l'incompréhension, la confusion, pour gagner du temps afin de cerner et de comprendre la situation ;

l'intérêt et l'excitation – pour faire des pas vers ce qui pourrait potentiellement mener au plaisir ;

la joie – pour manifester la confiance, un environnement sûr, l'intention de se rapprocher ;

le dégoût – pour signaler que quelque chose est potentiellement « contagieux » ;

la honte et la culpabilité – régulateurs des normes et règles sociales.

Il existe une multitude d'émotions dérivées (nostalgie, tristesse, irritation, envie, mépris…), mais elles contiennent toujours une ou plusieurs émotions de base. Lorsque nous comprenons l'émotion d'un patient, nous pouvons le « lire » et lui montrer que nous le comprenons.

Nos tâches :

- ne pas ignorer les émotions, ni celles du patient, ni les nôtres. Les émotions peuvent avoir une forte influence sur le patient, ce qui peut conduire à des décisions émotionnelles ;
- refléter les émotions (« Je vois que vous êtes désespéré… Je vois que vous êtes irrité… Ai-je bien compris que vous êtes désorienté ? ») ;
- la présence d'émotions nous aide à comprendre, tandis que leur absence totale peut indiquer un état de paralysie, un choc émotionnel, un contact formel accompagnant un mépris de la personnalité de la personne, ou une volonté de se déconnecter.

Structuration de la consultation

Ajouter de l'ouverture au dialogue :

- à la fin d'une série de questions spécifiques, faire le point pour s'assurer d'une bonne compréhension avant de passer à la suite ;
- passer d'un bloc de questions à un autre en le signalant et en justifiant ce passage.

Respecter la logique :

- construire la conversation selon un enchaînement logique ;
- gérer le temps et rester dans le sujet.

Établissement de relations

Comportement non verbal approprié :

- contact visuel, expression faciale, posture, position et mouvements du corps, élocution (tonalité, volume de la voix, intonation) ;
- lire, prendre des notes ou utiliser un ordinateur sans perturber la conversation ou l'interaction.

Établir une relation et instaurer la confiance :

- accepter les opinions et les sentiments du patient, sans le juger ;
- faire preuve d'empathie pour montrer que l'on comprend les sentiments et les difficultés du patient, reconnaître ouvertement ses points de vue et ses sentiments ;
- apporter son soutien : exprimer son inquiétude, sa compréhension, sa volonté d'aider, proposer un partenariat.

Impliquer le patient :

- partager ses réflexions avec le patient afin de l'encourager au dialogue ;
- expliquer et justifier les méthodes d'examen ;
- lors de l'examen physique, demander l'autorisation et expliquer le processus.

Explications et planification

Fournir des informations concrètes sous une forme appropriée :

- fournir les informations par petites doses et vérifier en permanence que le patient les a bien comprises ;
- évaluer les connaissances initiales du patient, déterminer son degré d'intérêt pour les informations fournies ;
- demander au patient quelles autres informations lui seraient utiles (étiologie, pronostic) ;
- fournir des explications au moment opportun, en évitant les conseils et les conclusions prématurés.

Aider à assimiler et à comprendre l'information :

- structurer les explications : diviser les informations en parties distinctes, organisées en une chaîne logique ;
- utiliser des indications claires

  « Je voudrais aborder trois points importants. »
  « Premièrement... »
  « Nous devons maintenant passer à la discussion... »

- utiliser des répétitions et des résumés ;
- être concis, utiliser un langage simple et clair, éviter les expressions techniques ou les termes spécialisés, ou les expliquer ;
- utiliser des supports visuels pour transmettre l'information : diagrammes, maquettes, documents écrits et instructions ;
- vérifier la compréhension des informations reçues par le patient (par exemple, demander au patient de reformuler ce qu'il a entendu avec ses propres mots) et, si nécessaire, apporter des précisions.

Parvenir à la compréhension et à la compréhension mutuelle :

- fournir des explications en fonction des idées, des sentiments et des attentes du patient préalablement identifiés ;
- encourager le patient à coopérer et lui donner la possibilité de poser des questions, de demander des explications ou d'exprimer ses doutes, et lui fournir des réponses appropriées ;
- reconnaître les signaux verbaux et non verbaux, y réagir (par exemple : le désir du patient d'obtenir des informations ou de poser des questions, la surcharge d'informations, la fatigue) ;
- déterminer et prendre en compte l'attitude, la réaction et les sentiments du patient concernant les informations reçues et les termes utilisés.

.

Analyse du comportement non verbal du patient

Soyez attentif si le patient commence à :

- regarder sa montre, son téléphone,
- éviter le contact visuel (alors qu'il y en avait auparavant),
- rassembler ses affaires et les serrer contre lui (comme une personne dans une gare),
- son corps se tourne vers la porte (son visage peut alors être tourné vers vous),
- il/elle essaie de mettre de la distance,

cela signifie qu'il/elle souhaite déjà mettre fin à la conversation. Les raisons sont diverses : manque de temps, retard, manque de compréhension, envie d'aller aux toilettes, malaise, peur, incompréhension de votre part.

Planification : prise de décision commune

- si nécessaire, partagez vos pensées, vos idées, vos dilemmes ;
- impliquer le patient en faisant des propositions plutôt qu'en donnant des instructions ;
- encourager le patient à exprimer ses opinions – ses idées, ses suggestions et ses préférences ;
- convenir d'un plan mutuellement acceptable ;
- proposer des choix : encourager le patient à prendre des décisions au niveau où il est prêt à le faire ;
- Vérifier auprès du patient s'il est d'accord avec le plan et si tous les problèmes ont été pris en compte.

Conditions pour une explication et une planification réussies

Discussion des examens et des interventions

- fournir des informations précises sur les interventions : ce que le patient peut ressentir et comment il sera informé des résultats ;
- expliquer l'objectif des interventions et leur importance pour le traitement ;
- encourager la discussion sur les craintes éventuelles ou les résultats négatifs.

Discussion des conclusions/du diagnostic et de l'importance du problème

- exprimer son opinion et justifier ses conclusions ;
- expliquer les causes, la gravité, le pronostic, ainsi que les conséquences à court et à long terme ;
- s'enquérir des opinions, de la réaction et de l'attitude du patient concernant ce diagnostic.

Lors de l'élaboration d'un plan d'action commun

- discuter des options (par exemple, ne rien faire, passer des examens, suivre un traitement médicamenteux, chirurgical ou non médicamenteux), des mesures préventives ;
- fournir des informations sur les mesures ou les traitements proposés (leur fonctionnement, leurs avantages, leurs effets secondaires possibles) ;
- identifier la perception et la motivation du patient, ainsi que les obstacles et les craintes éventuels concernant les plans et les méthodes de traitement ;
- accepter le point de vue du patient, défendre un point de vue alternatif (si nécessaire) ;
- tenir compte du mode de vie du patient, de ses convictions, de son contexte culturel et de ses capacités ;
- encourager le patient à participer à la mise en œuvre des plans, à prendre ses responsabilités et à faire preuve d'autonomie ;
- discuter des réseaux de soutien aux patients et des autres mesures de soutien disponibles.

Clôture de la rencontre/consultation

Planification

- convenir avec le patient des prochaines étapes à suivre ensemble ;
- mesures de sécurité : expliquer les résultats inattendus possibles, ce qu'il faut faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide.

Fin de la consultation

- résumer brièvement la consultation et préciser le plan de traitement ou d'examen ;
- demander une dernière fois si le patient est d'accord avec le plan, s'il lui convient, lui demander s'il souhaite des ajustements, s'il a d'autres questions, etc.

En résumé de la partie théorique

Le patient n'est pas une victime de la maladie, mais un

partenaire. Le médecin propose des options, le patient prend la

décision.

La responsabilité du résultat est partagée (entre le médecin et le patient).

La capacité à communiquer est le fondement des compétences cliniques, la composante la plus importante de la compétence du médecin.

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES

Exemples de cas

Cas A. Source : avis réels de patients sur le travail des médecins, tirés de sites web de cliniques ukrainiennes.

Cas B. Source : avis réels de médecins sur leurs patients, issus de groupes professionnels fermés sur les réseaux sociaux.

Cas 1 A

J'étais suivie par elle pendant ma grossesse. En tant que médecin, elle est compétente, mais en tant que personne, elle est désagréable. Elle n'a jamais un mot gentil ni un sourire à l'oreille, elle est plutôt froide et insensible. Et si elle n'est pas d'humeur ou si la journée touche à sa fin, on ressort carrément de sa consultation avec un sentiment négatif. Et puis, il y a cette infirmière un peu bizarre. Il m'arrivait parfois de refuser des analyses que je jugeais inutiles, et la médecin réagissait calmement, sans chercher à me convaincre ni à m'imposer quoi que ce soit. Pareil pour les laboratoires : je faisais mes analyses là où je voulais, et elle ne m'en a pas voulu. Elle n'a exigé aucun pot-de-vin et n'a pas cherché à me soutirer de l'argent. C'est le genre de cas où tout est fait comme il faut, sans fioritures. Mon avis est positif, mais je ne m'inscrirais plus chez elle.

Cas 2 A

Résultats du médecin selon les recommandations sur Internet. Les avis étaient comme positifs, négatifs (il s'agit du docteur *****).

Je ne peux rien dire sur la competence du médecin, mais je peux affirmer avec certitude que manière d'elle est manière avec les parents et les enfants. Intolérance envers les actions des enfants (je ne comprends pas pourquoi on dirait à un enfant que s'il continue à crier fort pendant les récréations à l'école, on se fera des piqûres dans l'oreille). Puis des allusions étranges, concernant la prescription des médicaments nécessaires. Au final, nous n'avons pas été soignés, bien que nous ayons suivi toutes les prescriptions.

J'ai décidé pour moi-même que je n'étais plus prête de rester à la consultation avec un sentiment de dégoût et de honte, c'est pourquoi je ne la consulterai plus.

Cas 3 A

J'ai été traitée par ce médecin pour un diagnostic de « pneumonie virale bilatérale ». Il s'est avéré plus tard que c'était une pneumonie virale bilatérale. Impression que pour le médecin, le plus important — le traitement du patient, mais remplir les papiers. Comment obtenir un arrêt de travail et comment (le) faire sortir le patient en hôpital. Dans mon cas, tout était complet et on ne m'a accueillie nulle part. J'ai été soignée à la maison, heureusement que l'ami de mon mari est médecin, et mon mari lui a demandé les médicaments nécessaires.

Cas 4 A

Le médecin ***** voulait juste me soutirer de l'argent. Lors de la consultation, il ne m'écoutait pas vraiment, il restait assis à cliquer sur son téléphone pendant que je lui expliquais mon problème, il n'a pas prescrit d'analyses – il m'a tout de suite prescrit un traitement à plusieurs milliers de hryvnias.

Quelles compétences en matière de consultation faudrait-il améliorer ?

Cas n° 1

Mon grand-père a 99 ans. Sa fille appelle presque tous les jours pour dire qu'il a mal et des brûlures aujourd'hui, et elle demande quand il ira mieux.

Cas 2

Deux personnes âgées souffrant de pneumonie ne veulent pas d'antibiotiques. L'argument : ils n'ont jamais été malades.

Cas 3 B

Un triste épisode concernant le « moment de lucidité », mais peut-être instructif pour ceux qui pensent que le médecin ne comprend pas grand-chose, ou pour ceux qui se fient aux rumeurs.

Un patient, alors qu'il faisait la queue pour un test PCR, s'évanouit et tombe sur le bitume, la tempe contre le sol. Nous lui prodiguons les premiers soins, il reprend conscience, j'appelle l'ambulance et je rédige une ordonnance d'urgence pour une hospitalisation avec le diagnostic : traumatisme crânien. Je suis allé le voir cinq fois – je lui ai expliqué qu'il pouvait se sentir bien, mais qu'il devait absolument rester à l'hôpital pendant quelques jours sous surveillance et passer des examens complémentaires, il a répondu : « D'accord, d'accord. » Il est décédé hier chez lui. Après que l'ambulance l'ait emmené, il a rédigé une déclaration de refus à l'hôpital. Aujourd'hui, un enquêteur est venu pour savoir si personne ne l'avait frappé là-bas…

Cas 4 B

93 ans, appel pour des plaintes « très mal ».Àdel'hôpitaldela maisonnachezelle refus des analyses et de l'ECG, « il faut un médecin, tout

Simplement pour quelques examens. Dans de la bouche. Et les réclamations : pourquoi ne parlez-vous pas on est tellement stressés? quevous venezàvousappel,

Un triste épisode concernant le « moment de lucidité », mais peut-être instructif pour ceux qui pensent que le médecin ne comprend pas grand-chose, ou pour ceux qui se fient aux rumeurs.

Un patient, alors qu'il faisait la queue pour un test PCR, s'évanouit et tombe sur le bitume, la tempe contre le sol. Nous lui prodiguons les premiers soins, il reprend conscience, j'appelle l'ambulance et je rédige une ordonnance d'urgence pour une hospitalisation avec le diagnostic : traumatisme crânien. Je suis allé le voir cinq fois – je lui ai expliqué qu'il pouvait se sentir bien, mais qu'il devait absolument rester à l'hôpital pendant quelques jours sous surveillance et passer des examens complémentaires, il a répondu : « D'accord, d'accord. » Il est décédé hier chez lui. Après que l'ambulance l'ait emmené, il a rédigé une déclaration de refus à l'hôpital. Aujourd'hui, un enquêteur est venu pour savoir si personne ne l'avait frappé là-bas…

En intervention : des états n'ont pas détectés. Principale plainte – une sécheresse exactement inverse, colorsquevous

Quelles compétences en matière de conseil serait-il judicieux de mettre en œuvre ?

Exemple de scénario avec enregistrement vidéo dans un centre de simulation

Vous êtes médecin en consultation externe. Un patient vient vous consulter dans le cadre d'un rendez-vous de routine pour un examen initial. Il suffit de mener l'entretien avec le patient, que vous devez terminer dès que vous êtes prêt(e) à passer à l'examen, en en informant le patient. Les résultats de l'entretien doivent être consignés par écrit dans le formulaire proposé sur l'ordinateur. Dès le début de la situation, agissez de manière totalement autonome, comme vous le feriez dans la vie réelle.

Tableau 5.

Liste de contrôle du modèle de consultation de Calgary-Cambridge

Actions du médecin	Description/Critères d'évaluation	Cochez la case pour indiquer que l'action a été effectuée	Points
Établissement du contact			
Salutation	Le médecin salue le patient		+1
Veiller au confort du patient	Indique où s'installer et où poser ses affaires		+1
Présentation de soi	Donne son nom		+1
	Indique son rôle		+1
	Définit la nature de la consultation/l'objectif de la rencontre/l'heure		+1
Consent à répondre aux questions	Demande s'il n'y a pas d'objections chez le patient pour mener l'enquête		+1
Identification du patient	Demande le nom du patient, son âge (année de naissance)		+1
Collecte d'informations			
Questions ouvertes (au début)	« Qu'est-ce qui vous amène ici ? », « De quoi aimeriez-vous discuter aujourd'hui ? », « Qu'est-ce qui vous amène ici ? »		+1
Commencer l'entretien par la phrase « De quoi vous plaignez-vous ? »	Utilisation d'une question ouverte « De quoi vous plaignez-vous ? »		+0,5

Écouter sans interrompre	Manifestation non verbale d'attention		+1
Synthèse	Répète ce que le patient a dit pour confirmer qu'il a bien compris ce que le patient dit, en invitant ce dernier à corriger ou à compléter		+1
Évaluation	Tente de détecter d'autres problèmes (secondaires, cachés) en posant des questions telles que « Qu'est-ce qui vous préoccupe d'autre ? » ou « Est-ce tout ce qui vous préoccupe ? »		+1
	Ce faisant, utilise le prénom (prénom et patronyme) et procède au dépistage avant d'entrer dans les détails		+1
Identification des idées et des opinions du patient	Demande au patient ce qu'il associe à son état, sans proposer de réponses possibles		+1
Utilisation de questions ouvertes	Lors de la collecte d'informations, pose des questions précises, par exemple « Parlez-moi de cela plus en détail », « Comment expliquez-vous/qu'est-ce qui a pu provoquer ce problème ? »		+1
Proposer vos propres options de réponse	En posant une question, proposez des options de réponse		– 0,5
Série de questions	Pose plusieurs questions à la suite		– 1
Établissement d'une relation au cours de la communication :			
Contact visuel	Au moins la moitié du temps pendant toute la durée de l'interrogatoire		+1
Interruptions	Remarques hors de propos (répliques), ainsi que des phrases qui ne peuvent être considérées comme des questions de clarification ou de facilitation du récit du patient		-1
S'adresser au patient	Appel par le nom (prénom et patronyme)		+1
Commentaires et évaluation du comportement du patient	Exprime son opinion sur la consultation tardive, recommande de se calmer, attire l'attention sur le caractère indésirable d'une « réaction de ce type », etc.		-1

Gestion des pauses	Lorsque le patient se tait brièvement, cela permet de poursuivre		+1
Posture	Écoute le patient sans se détourner de ses notes, en restant debout, etc.		-1
Empathie	Fait preuve de compréhension envers les sentiments, les craintes, les problèmes, etc.		+1
Facilitation de la réponse du patient – écoute active	Aide le patient par des encouragements, des répétitions, des reformulations		+1
Résultat de la communication	Permet d'établir une liste exhaustive des problèmes du patient		+1
	Permet de formuler une hypothèse diagnostique correcte		+1
	Assure la satisfaction du patient quant à l'entretien		+1
Questions de clarification	« Avez-vous encore des questions ? »		+1
Nombre de points obtenus Nombre maximal de points : 23 **Nombre minimum de points pour la validation : 16 (70 %)**			

Débriefing – Retour d'expérience

4 étapes :

Étudiant : ce que j'ai bien fait. Étudiant : ce que j'aurais pu mieux faire. Enseignant : ce qui a été bien fait.

Enseignant : ce qui aurait pu être amélioré.

Questions pour le journal de réflexion :

Dans quelle mesure me suis-je senti à l'aise pour jouer le scénario pendant le cours ? Sur quoi dois-je travailler pour améliorer mes compétences en matière de conseil et de communication ?
Quel cas m'a le plus marqué et pourquoi ?

Présentation du sujet via le lien :

bit.ly/3Ik3HLu

Version complète du cours via le lien :

bit.ly/3DoYiiu

THÈME 4

Autonomie du patient et les limites des relations

THÈME 4. SUBJECTIVITÉ ET AUTONOMIE DU PATIENT. LIMITES PROFESSIONNELLES

Soucieux du respect des limites des patients, les supports de cours ont été préparés par :



Sofia Gusak, maître de conférences au département de médecine interne n° 2 de l'Université nationale de médecine d'Ivan Horbachevsky de Ternopil



Olena Kostyuk, maître de conférences au département de néonatologie, Université nationale de santé de l'Ukraine « Platon Shupyk »



Tetiana Gavrysh, titulaire d'un doctorat en droit, avocate, associée gérante du cabinet d'avocats ILF



Alexeï Kharitonov, titulaire d'un doctorat en droit, avocat, associé du cabinet d'avocats ILF



Alexey Golovin, juriste senior, cabinet d'avocats ILF



Marina Kakhnova, assistante juridique, cabinet d'avocats ILF



Iryna Movchan, assistante juridique, cabinet d'avocats ILF



Anastasia Leukhina, présidente de l'ONG « Horizontali », consultante du projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical »

POURQUOI CE CHAPITRE SE DISTINGUE-T-IL DES AUTRES PAR SON CONTENU ET SA STRUCTURE ?

Le thème de la subjectivité et des limites s'est avéré être le plus complexe pour nous tous et nous a fait comprendre tout ce qu'il nous reste à apprendre. Apprendre à mieux cerner ces questions, qui semblent à première vue abstraites mais qui sont en réalité très concrètes : la responsabilité dans la prise de décision, la subjectivité et l'autonomie du patient, les règles et leurs exceptions à la croisée des domaines médical et juridique. C'est pourquoi ce chapitre se distingue des autres. Les contenus de ce chapitre aident à combler les lacunes dans la compréhension de la subjectivité et de ses limites, ainsi que dans les compétences qui s'y rapportent. Ses fondements conceptuels remettent parfois en question les convictions traditionnelles et les croyances de l'approche paternaliste. Tout cela permet d'élaborer une terminologie commune, de comprendre la logique d'une relation correcte avec le patient et de compléter les connaissances et les compétences relatives au modèle de consultation médicale de Calgary-Cambridge (voir le chapitre précédent), nous préparant ainsi au chapitre suivant sur la confidentialité.

Nous sommes conscients que la prise de décision partagée et l'autodétermination ne sont pas une fin en soi, mais un moyen d'établir la confiance et des relations saines entre le médecin et le patient. Nous vous invitons donc à faire ensemble de petits pas sur ce chemin.

Dans ce chapitre, vous trouverez des réponses aux questions suivantes :

- La prise de décision partagée dans la pratique médicale : pourquoi et comment ?
- L'autonomie du patient : qu'est-ce que c'est et comment la mettre en pratique ?
- Que faire si le patient ne souhaite pas prendre de décision ?
- Dans quels cas le médecin peut-il prendre une décision seul ?
- Qu'est-ce que les limites personnelles, quels types de limites existe-t-il ?

Nous remercions pour ses conseils Viktoria Pidvorchanska, conseillère au cabinet d'avocats « Asters », ainsi qu'à Zoryana Skaletska, maître de conférences à l'Université nationale « Académie de Kiev-Mohyla ».

Objectifs pédagogiques

Attitudes	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur l'humain comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	subjectivité et limites ; le patient en tant qu'acteur de la prise de décision ; la prise de décision partagée (Shared Decision Making, SDM) ; qu'est-ce qu'une limite ; quels sont les types de limites ;	comment fournir correctement des informations au patient et déterminer pour chacun le niveau de détail nécessaire à la prise de décision partagée ; comment, dans la pratique, garantir le respect des limites, identifier leur franchissement ou leur violation ; comment établir ses propres limites ; que faire en cas de violation des limites.

PARTIE 1. MATÉRIEL THÉORIQUE

Prise de décision partagée (Shared decision making (SDM))

Dans la plupart des cas aujourd'hui, les médecins font autorité, tandis que les patients ne jouent qu'un rôle passif dans la prestation des soins. Les médecins indiquent aux patients ce qu'ils doivent faire, ce qui fait que ces derniers participent rarement à la prise de décision concernant leur traitement. Cependant, cette approche n'est pas tout à fait correcte vis-à-vis du patient et doit être améliorée en adoptant un modèle de prise de décision partagée. Elle doit être améliorée en adoptant un modèle de prise de décision partagée.

La prise de décision partagée (PDP) est une approche dans laquelle le médecin et le patient définissent ensemble le protocole de traitement à suivre. Le professionnel de santé aide à choisir la méthode de traitement en tenant compte des préférences et des convictions du patient, et facilite la prise d'une décision appropriée. Le principe de la décision partagée vise à fournir des soins médicaux adaptés à chaque patient. Ce principe repose sur trois éléments : (1) des options thérapeutiques claires, précises et fondées (evidence), (2) l'expérience dans leur adaptation,

ainsi que (3) des préférences du patient lui-même. En outre, la décision partagée tient compte des facteurs psychologiques, sociaux et émotionnels. Ceux-ci influencent les résultats de la discussion.

La prise de telles décisions communes repose sur l'établissement d'une collaboration étroite, fondée sur une bonne compréhension mutuelle entre le médecin et le patient. L'objectif est que le patient prenne une décision thérapeutique qui reflète les aspects les plus importants à ses yeux.

L'approche de la prise de décision partagée (PDP) repose sur le consentement éclairé et l'autonomie du patient. Le consentement éclairé s'explique par le fait que les patients ne peuvent pas prendre de décision sans comprendre tous les avantages et les inconvénients des options thérapeutiques proposées. L'autonomie implique la prise en compte des valeurs et des convictions personnelles du patient. Cela explique pourquoi les risques et les avantages peuvent être interprétés différemment. Ainsi, dans certaines situations, l'avis du médecin peut différer de la décision finale du patient. Dans de tels cas, le professionnel de santé et le patient doivent s'entendre sur la décision finale. Cependant, ce dernier doit soit comprendre pleinement et accepter la position du médecin, soit insister sur sa propre décision. **L'avis du patient doit être déterminant.**

Partant de là, on peut affirmer que les patients jouent un rôle clé dans le traitement. Cependant, ils ne sont pas toujours disposés ou prêts à participer au processus de prise de décision thérapeutique aux côtés de leurs médecins. Il y a plusieurs raisons à cela. Premièrement, les personnes se répartissent en différents types : certaines sont actives et prêtes à assumer une responsabilité partagée, tandis que d'autres sont passives et préfèrent se décharger du fardeau du choix du traitement.

Deuxièmement, le patient peut se sentir mal à l'aise, il peut ne pas avoir de lien émotionnel avec son médecin. Le patient peut ressentir une pression de la part du professionnel de santé, ne pas se sentir maître de la situation. Il peut également présenter un niveau d'anxiété élevé, ce qui l'amènera à préférer ne pas participer à la prise de décisions médicales.

Troisièmement, divers facteurs (sexe, âge, niveau d'éducation, culture, etc.) peuvent également influencer le patient.

D'un autre côté, il arrive souvent que ce soit le médecin lui-même qui ne soit pas intéressé par la prise de décision conjointe, en raison du temps limité dont il dispose pour chaque patient. Il est possible de résoudre ce problème en

améliorer la qualité de la communication pendant la consultation. Par exemple, structurer la conversation, se concentrer sur le patient en question, poser activement des questions, exprimer ses préoccupations et ses objectifs, et mettre l'accent sur les aspects émotionnels. Tout cela améliorera considérablement la qualité de la conversation et atténuera la pression liée aux contraintes de temps.

Chaque **patient a le droit d'accéder à son dossier médical**, un droit inscrit dans la législation. Les médecins, quant à eux, ont l'obligation de lui accorder cet accès. L'accès aux dossiers médicaux permet aux patients de mieux comprendre leur état de santé. Ils commencent à prendre davantage soin d'eux-mêmes. Cela a également un impact positif sur la relation entre le médecin et le patient, renforçant la confiance, le sentiment de sécurité et l'implication de ces derniers. En conséquence, leur participation à la prise de décision commune s'en trouve accrue.

L'objectif des médecins est d'aider les patients à prendre une décision qui reflète leurs valeurs et leurs préférences. Les professionnels de santé peuvent y parvenir en encourageant et en impliquant les patients dans la prise de décision partagée. En revanche, les médecins qui communiquent des informations incertaines ou inconnues sur les risques et les avantages d'une décision rendent un « mauvais service » aux patients.

La pratique de la prise de décision partagée gagne en popularité chaque année à l'échelle mondiale. Certains pays l'ont déjà intégrée dans leur législation. Au Canada, une chaire de recherche a été créée sur ce sujet. En Angleterre, le programme NHS RightCare a été mis en place, dont l'objectif est de mettre en œuvre le principe « aucune décision me concernant sans moi ». Certains pays européens, notamment la France, ont adopté des lois relatives à « la démocratie de la santé ». Par ailleurs, une conférence internationale sur la prise de décision partagée (ISDM) est organisée tous les deux ans, et le séminaire mondial de Salzbourg a donné lieu à une série de sessions consacrées à l'implication des patients dans la prise de décision.

Les patients qui participent efficacement à la prise de décision regrettent beaucoup moins par la suite le traitement choisi, communiquent plus ouvertement avec leurs médecins, connaissent mieux leur état de santé et, dans l'ensemble, tirent davantage de satisfaction de leur traitement. De plus, la prise de décision partagée établit une relation solide entre le patient et le médecin. De plus, la prise de décision partagée garantit le consentement du patient à un traitement spécifique et protège le médecin contre d'éventuelles plaintes et/ou poursuites judiciaires ultérieures. Ce sont précisément ces relations qui rendent possible la prise de décision partagée.

SUBJECTIVITÉ ET LIMITES

La vie humaine est la valeur la plus importante. Dans le travail du médecin, la vie du patient joue un rôle clé, car le médecin soigne une personne, un individu, et non son corps. La Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Strasbourg, 2005) et la Déclaration d'Édimbourg de la Fédération mondiale pour l'éducation médicale comptent parmi les documents les plus importants sur ces questions. Ils accordent aux patients le droit de participer au processus de diagnostic et de traitement, ainsi que la possibilité de trouver en la personne du médecin un auditeur attentif, un observateur minutieux et un clinicien efficace. Cela explique le désir et l'aspiration des patients à un dialogue ouvert avec les médecins. **Il faut donc considérer le patient comme un sujet de la relation médicale, capable d'influencer ce qui lui arrive, et non comme un objet traité par des professionnels de santé compétents.**

La communication et l'interaction contribuent à la satisfaction du patient et du professionnel de santé vis-à-vis du processus de soins. Cependant, il arrive parfois que la relation médecin-patient dépasse les limites autorisées.

Les psychiatres américains Carol Nadelson et Glen Hubbard définissent les limites professionnelles comme les frontières spécifiques d'une relation dans laquelle une personne confie son bien-être à une autre. Le maintien de ces limites entre le professionnel de santé et le patient est un sujet d'actualité de nos jours. Il s'agit d'un élément central de la bonne pratique médicale et de la prise en charge adéquate des patients. Cette pratique repose sur le principe **selon lequel le médecin est tenu d'agir exclusivement dans le but de répondre aux besoins des patients,** qui attendent toujours de la part du médecin compréhension, compassion et intégrité.

Aujourd'hui, la pratique médicale a évolué, et des relations informelles entre le médecin et le patient sont de plus en plus fréquentes. Cela peut entraîner une mauvaise interprétation par le patient des actions du professionnel de santé. De plus, la question du respect des limites professionnelles se pose. Leur violation peut entraîner une perte de confiance du patient envers le médecin, ainsi que causer des traumatismes psychologiques au patient, ce qui est contraire à l'éthique et au professionnalisme de la part du professionnel de santé. Le plus souvent, cela est dû à une perception émotionnelle erronée des actions du médecin par le patient. De plus, le non-respect des limites peut conduire à des conflits d'intérêts financiers entre les parties ou à des dommages physiques.

Le Code de déontologie des médecins australiens stipule que les principales missions des professionnels de santé consistent à prendre soin des patients et à pratiquer une médecine sûre et efficace

. Le médecin doit toujours agir dans le respect des principes éthiques. La pratique médicale implique également d'aborder des questions personnelles et confidentielles touchant à la sphère intime du patient, ainsi que de procéder à divers examens susceptibles de franchir les limites corporelles (physiques) du patient. Les spécialistes en psychiatrie et en gynécologie sont les plus exposés au risque de franchissement des limites professionnelles. Néanmoins, ces limites doivent toujours être respectées. Le Conseil général médical (GMC), organisme public du Royaume-Uni, a établi que les médecins ne doivent pas entretenir de relations sexuelles ou affectives étroites avec leurs patients.

Afin de minimiser le risque de franchissement des limites, le médecin doit respecter certaines règles. À savoir : agir uniquement dans l'intérêt du patient, ne pas enfreindre l'éthique professionnelle et contrôler ses émotions. Parfois, c'est précisément l'état émotionnel du personnel médical qui est à l'origine du franchissement des limites professionnelles. En outre, le patient doit également respecter les normes régissant ses relations avec le médecin et respecter ses limites personnelles. Sont considérés comme inacceptables le fait de solliciter le médecin pour des questions non liées à l'état de santé, les rencontres en dehors du lieu de travail du professionnel de santé, diverses propositions indécentes, etc.

« Le patient est maître de son corps » : qu'est-ce que la subjectivité ?

et ce que cela signifie pour la pratique médicale

Tout citoyen ukrainien dispose d'un droit constitutionnel à la santé.

Lorsqu'il s'adresse à un établissement de santé, ce droit inaliénable et inviolable passe du domaine objectif au domaine subjectif, et la personne acquiert le statut de patient.

Le patient, quant à lui, doit être considéré non pas comme un objet nécessitant un traitement, mais comme un sujet ayant des droits et des devoirs en matière de santé. L'interaction entre le professionnel de santé et le patient doit précisément reposer sur les droits de ce dernier.

La liste de ces droits est définie par les Principes fondamentaux de la législation ukrainienne en matière de santé. En voici quelques-uns :

Le droit de choisir librement son médecin et ses méthodes de traitement

Le patient peut choisir lui-même son médecin traitant, ou celui-ci peut être désigné par le directeur de l'hôpital. Toutefois, dans tous les cas, le patient conserve la possibilité de changer de praticien s'il le souhaite. Ce droit permet au patient de choisir librement le spécialiste en qui il a confiance. En ce qui concerne les méthodes de traitement, le patient a le droit d'être informé à ce sujet. La décision doit être prise conjointement avec le médecin, mais c'est au patient que revient le dernier mot. Dans le même temps, le médecin reste responsable de la prise de cette décision. La responsabilité de la décision commune sera partagée entre le professionnel de santé et le patient. Ce droit s'applique aux personnes âgées de 14 ans révolus.

Droit à des informations fiables et complètes sur son état de santé

Le médecin est tenu de fournir à un patient majeur toutes les informations concernant son état de santé, la pertinence des traitements proposés, ainsi que l'existence de tous les risques potentiels pour sa vie et sa santé. Ces informations peuvent ne pas être divulguées si leur communication risque d'aggraver l'état de santé du patient ou de nuire au processus de traitement. L'accès aux documents médicaux relatifs à son état de santé est un élément essentiel pour la prise de décision ultérieure concernant le traitement.

Nous revenons ici à la question du consentement éclairé du patient. En outre, le patient dispose également :

- le droit au consentement éclairé concernant l'utilisation des méthodes de diagnostic, de prévention et de traitement, ainsi que le droit de refuser un traitement ;
- le droit au secret médical concernant son état de santé, le fait d'avoir sollicité une aide médicale, le diagnostic, ainsi que les informations obtenues lors de son examen médical ;
- le droit de permettre l'accès au patient à d'autres professionnels de santé, aux membres de sa famille et à d'autres personnes ;
- le droit d'être orienté vers un traitement à l'étranger ;

- le droit à une indemnisation pour le préjudice causé à la santé ;
- la possibilité de faire procéder à une expertise médicale indépendante ;
- le droit de contester les décisions et les actes illégitimes des professionnels, des établissements et des organismes de santé.

Cependant, parallèlement à ses droits, le patient a certaines obligations concernant sa santé. Il s'agit notamment de : prendre soin de sa santé et de celle de ses enfants ; ne pas nuire à la santé d'autrui ; se soumettre à des examens médicaux préventifs et se faire vacciner en temps voulu, etc.

De plus, les patients sont tenus de suivre les prescriptions médicales du médecin et de respecter le règlement intérieur de l'hôpital. Le professionnel de santé ne sera pas responsable de la santé du patient si ce dernier ne respecte pas le protocole de traitement convenu ou s'il y renonce purement et simplement. Il convient de noter que seule une personne jouissant de la pleine capacité civile, c'est-à-dire une personne qui a conscience de la portée de ses actes et est capable de les contrôler, peut refuser un traitement.

En conclusion, nous tenons à souligner que **le patient est un sujet à part entière des relations juridiques médicales, au même titre que le médecin.** En aucun cas, il n'est un simple objet qu'il suffit de soigner. Même si le patient n'est pas un professionnel de la médecine, il convient de le traiter avec respect et de tenir compte de son opinion. Car c'est le patient qui est « maître de son corps ».

COMMENT FOURNIR CORRECTEMENT DES INFORMATIONS AU PATIENT ET DÉTERMINER LE NIVEAU DE DÉTAIL NÉCESSAIRE À CHACUN POUR PRENDRE UNE DÉCISION CONJOINTE

Le **modèle de consultation médicale de Calgary-Cambridge,** considéré aujourd'hui comme la référence en matière d'entretien clinique entre le médecin et le patient, prévoit l'établissement d'un dialogue constructif entre le patient et le médecin, au cours duquel la nature de la maladie dont souffre le patient sera expliquée sous une forme qui lui soit accessible. La base d'une communication efficace entre le patient et le médecin réside dans la fourniture par ce dernier d'informations complètes et fiables concernant l'état de santé du patient. C'est de la clarté avec laquelle le médecin parvient à expliquer à la personne qui en a besoin

d'une aide m é d i c a l e , son diagnostic, le plan d'examen, le pronostic de l'évolution possible de la maladie, etc.

La législation ukrainienne prévoit qu'un patient ayant atteint l'âge de 18 ans a le droit de recevoir des informations fiables et complètes sur son état de santé, y compris de prendre connaissance des documents médicaux correspondants relatifs à sa santé.

Au cours de la phase d'explication et de planification du traitement, le professionnel de santé doit doser les informations et vérifier régulièrement si le patient les a bien comprises, tout en répondant aux questions de clarification que celui-ci pourrait poser. **L'exhaustivité des informations reçues par le patient a une incidence directe sur la bonne application des recommandations du médecin.** Il est donc important que le spécialiste explique en détail l'étiologie (les causes et les conditions d'apparition) de la maladie du patient, les subtilités de l'examen et du traitement prescrits, les effets secondaires des médicaments prescrits et leur mécanisme d'action.

La relation de partenariat entre le médecin et le patient implique que ce dernier reçoive des informations véridiques sur son état de santé. La législation nationale prévoit des exceptions à cette règle. Par exemple, si les informations relatives à la maladie du patient sont susceptibles d'aggraver son état de santé ou de nuire au processus de traitement, les professionnels de santé ont le droit de lui fournir des informations incomplètes, en lui laissant l'espoir de prolonger sa vie et d'obtenir un résultat positif du traitement. Il convient de souligner que ces dispositions législatives sont obsolètes, car si **le patient est le sujet de la prise de décision, c'est à lui ou elle, et non à quelqu'un d'autre à sa place, de décider quelles informations et dans quels détails il souhaite connaître.**

Les normes internationales qui consacrent le droit du patient à recevoir des informations complètes et fiables illustrent clairement la mise en œuvre du principe « primum non nocere » (« d'abord, ne pas nuire ! »). Ainsi, par exemple, la Convention sur la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine de 1997 stipule que toute personne a le droit d'accéder à toute information concernant sa santé. Toutefois, le souhait des personnes de ne pas recevoir ces informations doit également être respecté. Dans des cas exceptionnels, dans l'intérêt des patients, l'exercice des droits susmentionnés peut être limité par la loi.

Le médecin doit également veiller en priorité à communiquer au patient des informations sur son état de santé sous une forme accessible. Le niveau de détail des informations communiquées au patient peut dépendre d'une série de critères, tels que :

l'âge du patient, son niveau de développement et ses capacités intellectuelles, etc. Les protocoles de traitement actuellement en vigueur, ainsi que les exigences relatives aux méthodes diagnostiques, thérapeutiques, préventives et de rééducation, sont incompréhensibles pour le grand public. Cela signifie donc que, lorsqu'il communique avec un patient, le médecin doit utiliser un langage simple et compréhensible, éviter d'employer des termes médicaux complexes ou, s'il les utilise, les expliquer au patient.

La réglementation en vigueur dans le domaine de la santé prévoit **l'obligation pour le professionnel de santé de fournir au patient, sous une forme accessible, des informations sur son état de santé, l'objectif des examens et des traitements proposés, ainsi que le pronostic quant à l'évolution possible de la maladie,** y compris l'existence d'un risque pour la vie et la santé**.** La Charte européenne des droits des patients de 2002 prévoit le droit du patient à recevoir des informations qui l'aideront à participer activement aux décisions concernant sa santé. De même, dans le document de position : les infirmières et les droits de l'homme, le Conseil international des infirmières (CII) (1998) stipule que les professionnels de santé sont tenus de veiller à ce que le patient reçoive les informations appropriées dans une langue qu'il comprend avant que celui-ci ne donne son consentement à tout traitement ou examen, y compris à la participation à des recherches scientifiques.

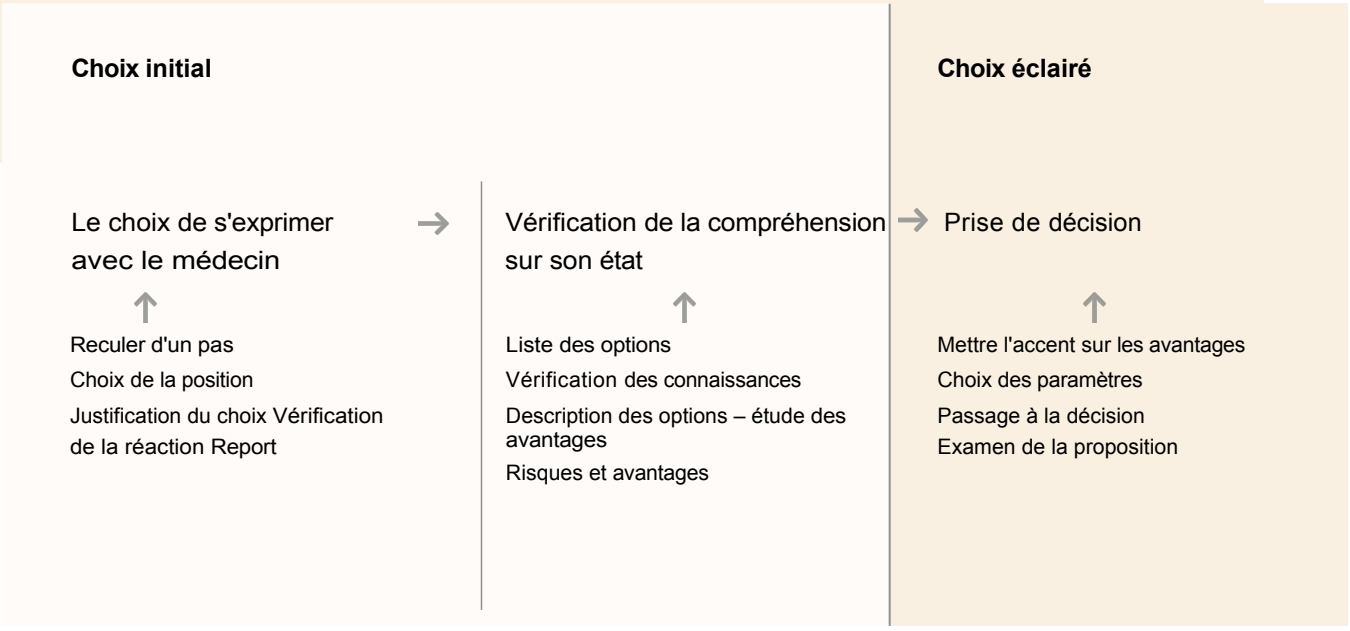


Fig. 8. Structure du modèle de prise de décision partagée

Une communication correcte et appropriée des informations au patient, tenant compte de ses particularités individuelles, est déterminante pour établir une interaction efficace entre le médecin et le patient, pour la prestation de soins médicaux de qualité par le médecin et pour atteindre l'objectif final du processus thérapeutique : le rétablissement du patient.

La structure du modèle de prise de décision partagée (PDP) s'articule en trois étapes :
(1) introduction du choix ; (2) description des options possibles, souvent en intégrant le soutien reçu ; (3) aide aux patients pour examiner les avantages et prendre des décisions.

Le patient en tant que sujet de la prise de décision

L'approche centrée sur le patient, en tant que mode de prestation de soins médicaux, implique le respect et la confiance du professionnel de santé envers les décisions prises par le patient. Selon cette approche, la personne qui sollicite une aide médicale doit se sentir libre et autonome dans le choix de l'établissement de santé, du médecin, des méthodes de traitement, etc. Le fait que le patient devienne un acteur de la prise de décision lui permet de se sentir, au cours du traitement, sur un pied d'égalité avec le professionnel de santé. Cela favorise, à son tour, une plus grande implication du patient dans son rétablissement et un effet thérapeutique positif.

La législation ukrainienne en vigueur dans le domaine de la santé prévoit que le patient a le droit, lorsque son état le justifie, d'être admis dans n'importe quel établissement de santé. C'est le patient qui choisit l'établissement où il souhaite recevoir des soins médicaux (à condition que cet établissement soit en mesure de lui prodiguer les soins appropriés). Cela signifie qu'une personne ayant besoin d'une prise en charge médicale, en tenant compte de son état de santé, de sa situation financière, de la localisation de l'établissement de santé et d'autres critères, décide : de s'adresser à un établissement de santé public ou privé, de se rendre à l'hôpital de son lieu de résidence ou, sur les conseils d'amis, de choisir un établissement de santé dans un autre quartier de la ville, mais disposant de spécialistes plus expérimentés. Dans le contexte de la réforme médicale, cela signifie également que le patient, en tant que décideur, sera plus enclin à s'orienter vers un établissement de santé ayant signé un contrat avec le Service national de santé d'Ukraine, ce qui lui permettra par la suite (dans le cadre du Programme des garanties médicales) de bénéficier gratuitement de certains services médicaux.

Le choix du médecin par le patient est l'une des décisions les plus importantes, car c'est précisément le niveau de compétence du médecin choisi par le patient, ainsi que le niveau de confiance entre le médecin et le patient, qui déterminent si le traitement sera couronné de succès et efficace. À l'heure actuelle, dans notre pays, tout patient âgé d'au moins quatorze ans qui sollicite une aide médicale a le droit de choisir librement son médecin, si celui-ci est en mesure de proposer ses services, ainsi que les méthodes de traitement en fonction des besoins du patient.

Le document attestant du libre choix du médecin par le patient est la déclaration de choix du médecin chargé des soins de santé primaires. Il est important de noter que le patient peut décider de changer de médecin de son propre chef, ce qui lui permet de bénéficier des soins d'un spécialiste en qui il a confiance. Cette disposition législative est tout à fait conforme aux normes internationales en matière de santé. Il s'agit avant tout d'actes de « soft law » qui, bien qu'ils n'aient pas de caractère contraignant, sont respectés en raison de leur autorité. Par exemple, la Déclaration de Lisbonne sur les droits des patients de 1981 et les Douze principes de la prestation des soins de santé dans tout système de santé de 1983 prévoient le droit du patient de choisir librement son médecin.

La participation active du patient n'est pas possible sans son autonomie dans la prise de décision concernant les procédures et interventions médicales. La transformation des mentalités concernant le consentement éclairé du patient est aujourd'hui d'actualité pour la société ukrainienne (tant pour les patients que pour les médecins). À l'heure actuelle, ce consentement est de facto perçu comme un « bout de papier » grâce auquel le patient pourra « punir », le cas échéant, le médecin, et ce dernier pourra se prémunir contre les attaques des patients.

Cependant, par essence, le consentement éclairé n'est pas simplement un document signé par le patient. Il doit être perçu comme un processus actif, dans lequel le professionnel de santé informe le patient des risques, des avantages et des alternatives d'une procédure ou d'une intervention médicale donnée, et le patient, grâce à ces informations, prend une décision.

La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme définit **les critères** suivants**, dont le respect garantit la validité du consentement éclairé : l'information** (prise de décision concernant la réalisation ou le refus d'une intervention médicale sur la base des informations médicales fournies par le médecin), **le caractère volontaire** (prise de décision sans influence de facteurs externes ni pression sur le patient), **la compétence** (prise de décision à condition d'avoir atteint l'âge requis).

Il est important que cette décision soit prise en toute connaissance de cause par le patient, conformément aux normes mondiales en matière de santé. Les dispositions de la Convention sur la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine de 1997, de la Déclaration de Lisbonne sur les droits des patients de 1981, et de la Déclaration sur la politique en matière de droits des patients en Europe de 1994 soulignent l'importance d'une approche éclairée du patient quant à son consentement au traitement ou à l'intervention médicale après avoir reçu des informations adéquates sur son état de santé.

Compte tenu de l'évolution rapide des progrès scientifiques et techniques, le nombre de patients qui décident de participer à des recherches scientifiques ou à des projets expérimentaux est en augmentation. La législation ukrainienne en vigueur stipule qu'un médecin ne peut associer la recherche à la prestation de soins médicaux que dans les cas où la recherche est justifiée par un objectif préventif, diagnostique ou thérapeutique. Un patient peut décider de participer à une expérience si celle-ci vise à améliorer sa santé et à condition que toutes les mesures de sécurité nécessaires lui soient garanties. Les instruments internationaux, notamment la Convention sur la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine de 1997, prévoient que la décision du patient de participer à des recherches scientifiques doit être consignée par écrit (consentement éclairé et volontaire).

L'autonomie du patient dans la prise de décision tout au long du processus thérapeutique permet de construire un modèle libéral de relations patient-médecin. Dans ce modèle, le médecin est tenu de fournir au patient toutes les informations essentielles concernant la maladie, de l'informer des méthodes de traitement alternatives, mais le dernier mot quant à la marche à suivre revient au patient.

Comment un patient peut-il prendre des décisions concernant sa santé s'il n'a pas suivi de formation spécialisée ?

Le fait que le patient reçoive de son médecin des informations complètes et fiables sur son état de santé, présentées sous une forme accessible, lui permet d'acquérir la capacité de prendre des décisions (ce que l'on appelle la « compétence du patient »). La compétence du patient désigne sa capacité, en l'absence de formation médicale spécialisée, à comprendre les informations qui lui sont fournies sur son état de santé et à prendre des décisions de manière autonome, conformément à l'objectif thérapeutique fixé.

Ce n'est pas la maîtrise de la terminologie médicale la plus récente ni les connaissances techniques qui joueront un rôle déterminant dans la capacité du patient à prendre des décisions, mais bien la compréhension (grâce aux explications du médecin) des processus fondamentaux qui se déroulent dans son organisme, de la nature de sa maladie, des spécificités et de la nature des méthodes de diagnostic et de traitement, etc. Le patient doit être capable d'exprimer sa volonté de prendre des décisions concernant sa santé et d'assumer la responsabilité de ses choix. Selon la législation ukrainienne, les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques ou persistants, qui ne sont pas en mesure de comprendre la portée de leurs actes et/ou de les contrôler (personnes incapables), les patients âgés de moins de 14 ans (patients mineurs) ne sont pas compétents pour prendre des décisions concernant leur état de santé ; par conséquent, ces décisions sont prises par leurs représentants légaux (par exemple, leurs parents ou tuteurs).

La question de la capacité des patients mineurs (âgés de 14 à 18 ans) à prendre des décisions concernant leur santé reste controversée, car la législation comporte de nombreuses contradictions à ce sujet. Certaines dispositions réglementaires stipulent que la prestation de soins médicaux à un patient ayant atteint l'âge de quatorze ans s'effectue avec son consentement. Dans le même temps, l'analyse d'autres textes législatifs indique que seuls les patients ayant atteint l'âge de 18 ans peuvent refuser un traitement. Seul le patient ayant atteint l'âge de 18 ans dispose du droit d'obtenir des informations fiables et complètes sur son état de santé, y compris le droit de prendre connaissance des documents médicaux correspondants. Étant donné qu'il est impossible pour un patient de prendre une décision sans avoir reçu de son médecin des informations complètes et fiables sur son état de santé, un mineur n'a pas la possibilité de décider seul, sans la participation de ses représentants légaux (ses parents, par exemple), d'accepter ou de refuser une intervention médicale.

Les médecins n'expliquent souvent pas tous les détails du traitement aux patients, soit par manque de temps (durée limitée de la consultation), soit parce qu'ils jugent ces informations superflues pour le patient. Dans ces conditions, il devient très difficile, voire impossible, pour le patient de prendre une décision mûrement réfléchie et éclairée. De plus, la règle d'or s'applique ici : moins le patient a été informé avant de prendre une décision concernant sa santé, plus il faut s'attendre à des réclamations et des accusations par la suite.

Cas : « pas expliqué » pour 43 000 euros

Dans l'affaire « V.C. (V.C.) c. Slovaquie » portée devant la Cour européenne des droits de l'homme, une violation a été constatée, notamment du droit au respect de la vie privée et familiale de la requérante, et l'État a été condamné à lui verser une indemnisation d'un montant total de 43 000 euros. Selon les faits de l'affaire, la requérante, d'origine rom, avait été hospitalisée à l'hôpital de Prešov pour y accoucher. Par la suite, le personnel lui a fait savoir que si elle donnait naissance à un autre enfant, elle-même ou l'enfant mourrait. La requérante a répondu aux médecins : « Faites ce que vous voulez ». On lui a ensuite proposé de signer une fiche de naissance comportant une mention relative à une demande de stérilisation (la requérante ne comprenait pas la signification du terme « stérilisation » et a signé la fiche par crainte de conséquences fatales). La Cour a constaté une violation de la part des médecins, car la requérante n'avait pas reçu d'informations, notamment sur les moyens de protéger sa santé reproductive, ni sur la nature, les caractéristiques et les conséquences de la stérilisation. En conséquence, le droit de la patiente à l'autonomie et au choix a été violé.

La connaissance par le patient de la nature de la maladie, des risques liés au refus du traitement, de l'objectif et du contenu des procédures et manipulations médicales qui seront effectuées au cours du traitement est la garantie qu'il prendra une décision éclairée et autonome (en l'absence de formation médicale spécialisée), ce qui minimise les risques de réclamations et de plaintes de la part du patient et contribue à l'éradication de l'approche paternaliste dépassée dans la relation médecin-patient.

Si le patient ne souhaite pas prendre de décision et demande au médecin de le faire à sa place, comment se comporter correctement ?

Le principe de l'autonomie du patient repose avant tout sur la reconnaissance de ses droits légitimes et de sa capacité à faire des choix personnels et à prendre des décisions concernant sa santé. Cependant, dans la pratique, il est fréquent que le patient tente de transférer la responsabilité de la prise de décision au médecin. Le patient ou son représentant légal demande au médecin de prendre lui-même une décision importante, en invoquant le fait qu'il ne sait rien et ne peut se décider. Cela arrive particulièrement souvent lorsque les patients sont désorientés en raison d'une forte tension émotionnelle.

Ils peuvent dire : « Je ne sais pas quoi faire », « Je ne comprends rien ». Le patient adopte en quelque sorte une attitude d'enfant, tout en souhaitant voir dans le professionnel de santé un père qui décidera de tout à sa place. À un certain moment, le professionnel, sans s'en rendre compte, prend une décision qu'il ne devrait pas prendre. De plus, c'est plus simple pour lui, car cela accélère le processus. Plus tard, ce même patient peut revenir voir le médecin en lui reprochant tout :
« C'est vous qui m'avez dit que ce serait mieux ainsi ! », « C'est vous qui me l'avez promis ! ».

La législation nationale en matière de santé stipule **qu'un médecin ne peut prendre une décision à la place d'un patient que s'il existe des signes d'une menace directe pour la vie de ce dernier**, **à condition qu'il soit impossible, pour des raisons objectives, d'obtenir le consentement** du patient lui-même ou de ses représentants légaux **pour une telle intervention**. Bien que la loi ne fournisse pas de liste précise de ces situations dangereuses, le critère déterminant dans ce cas sera le danger réel (et non potentiel) pour la vie d'une personne (par exemple, hémorragie, asphyxie, etc.). En présence d'un tel danger, le médecin peut décider de manière autonome des moyens à mettre en œuvre pour éliminer ce danger (intervention chirurgicale, transfusion sanguine, etc.).

La réglementation législative autorisant le médecin à prendre une décision à la place du patient en cas de danger immédiat pour la vie de ce dernier (état de nécessité absolue) est conforme à la pratique internationale. Par exemple, la Convention de 1997 sur la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine prévoit que si, en raison d'une situation d'urgence, le patient n'est pas en mesure de prendre une décision concernant une intervention médicale (le patient ne peut donner son consentement éclairé et volontaire à une telle intervention), toute intervention nécessaire d'un point de vue médical peut être effectuée immédiatement dans l'intérêt de la santé du patient concerné. Si, au moment de l'intervention, le patient se trouve dans un état l'empêchant d'exprimer ses souhaits, les souhaits concernant l'intervention médicale qu'il a exprimés antérieurement sont pris en compte. Cette Convention a été signée, mais n'a malheureusement pas été ratifiée par l'Ukraine ; elle n'a pas de caractère contraignant, mais est appliquée volontairement par les États (qui n'en sont pas parties) en raison de son autorité.

Dans tous les autres cas, lorsqu'il n'y a pas de danger immédiat pour la vie du patient, le médecin doit garder à l'esprit que l'autre partie (le patient) est un sujet à part entière. Les décisions concernant sa vie et sa santé doivent être prises par lui-même ou, si cela s'avère impossible, par ses représentants légaux capables de prendre des décisions.

Au moment de fournir des informations, il est nécessaire d'aider le patient à s'impliquer dans le processus de choix de la stratégie thérapeutique et des mesures à prendre. Il est important de déterminer ce que le patient sait déjà, ce qu'il faut lui expliquer et quelles informations il convient d'ajouter. Pendant la réflexion sur les informations fournies, le médecin doit soutenir le patient, car certaines personnes se sentent incertaines quant à la méthode de traitement ou au type d'intervention médicale qui leur conviendra le mieux.

Si le médecin constate que le patient n'arrive pas à se décider face à une décision complexe, il doit essayer de l'impliquer dans le processus de prise de décision lui-même. Par exemple, le médecin peut demander : « Que pensez-vous de ce dont nous avons discuté ? », « Avez-vous des réflexions à ce sujet ? Partagez-les, s'il vous plaît, elles sont très importantes ! ». S'il y a le temps de réfléchir à l'information, on peut dire au patient : « Faisons une petite pause », « Si vous avez besoin d'informations supplémentaires, je vous les donnerai. Mais la décision, bien sûr, vous appartient ».

Ainsi, le médecin renverra constamment la responsabilité vers le patient. **Il faut garder à l'esprit que la mission principale du médecin est de fournir des informations et de conseiller sur la méthode de traitement (parmi les alternatives proposées) la plus adaptée à chaque cas particulier. Cependant, la décision concernant la suite du traitement doit être prise exclusivement par le patient ou son représentant légal.**

Comment obtenir un véritable consentement éclairé, et pas seulement un bout de papier « pour la forme »

La signature personnelle du patient sur le formulaire de consentement éclairé et volontaire ne garantit pas encore que le patient soit réellement informé de son état de santé, de l'objectif des examens et des mesures thérapeutiques proposés, du pronostic de l'évolution possible de la maladie, y compris de l'existence d'un risque pour la vie et la santé.

La jurisprudence actuelle applique malheureusement une approche formelle en matière de consentement éclairé et volontaire du patient. En particulier, même si les médecins n'ont en réalité pas respecté la norme concernant les informations qui doivent

être incluse dans la discussion menant au consentement éclairé du patient (c'est-à-dire qu'ils n'ont pas fourni au patient l'intégralité des informations concernant la nature de la maladie, la nature des interventions médicales, les éventuelles conséquences indésirables), mais dès lors que ce consentement porte la signature du patient, celui-ci est considéré comme informé. Les tribunaux ne constatent une violation de la part des médecins que dans les cas où le consentement éclairé par écrit fait totalement défaut.

Une analyse comparative du formulaire de consentement éclairé et volontaire du patient, approuvé par arrêté du ministère de la Santé, avec ceux signés par les patients dans les pays européens, permet de mettre en évidence de nombreuses lacunes dans le formulaire national de consentement éclairé et volontaire. En particulier, il n'y a pas de confirmation de la part du patient indiquant qu'avant de recevoir des soins médicaux, il a fourni au médecin toutes les informations sur les maladies dont il a souffert auparavant ; il n'y a pas de confirmation que le choix du professionnel de santé convient au patient ; il n'y a pas de mention des méthodes de traitement alternatives raisonnables possibles. Le formulaire ukrainien actuel de consentement éclairé et volontaire du patient ne contient pas de confirmation de la part du patient quant au choix **éclairé** de l'établissement de soins, au consentement **éclairé** quant au choix d'un médecin spécifique et aux mesures de diagnostic et de traitement proposées.

Conformément aux instruments internationaux (Charte européenne des droits des patients, Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, Déclaration de Lisbonne sur les droits des patients), qui n'ont pas de caractère contraignant, mais qui sont appliqués volontairement par les États, en raison de l'autorité dont jouissent ces instruments, toute intervention médicale ne peut être pratiquée qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé du patient concerné, **sur la base d'informations qui lui ont été dûment fournies.** La Convention sur la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine stipule que toute intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après le consentement libre et éclairé de la personne concernée. **La personne doit recevoir au préalable des informations adéquates sur l'objectif et la nature de l'intervention, ainsi que sur ses conséquences et ses risques.**

La Cour européenne des droits de l'homme a souligné à plusieurs reprises que ce consentement doit être **éclairé.** Par exemple, dans l'affaire « Glass c. Royaume-Uni » devant la Cour européenne des droits de l'homme, une violation du droit au respect de la vie familiale et privée (article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales) a été constatée, compte tenu de l'absence **d'un consentement libre, claire et éclairée** de la mère pour l'administration de diamorphine à son fils, qui souffrait de graves handicaps mentaux et physiques (c'est-à-dire que, bien que la mère ait signé

un consentement éclairé, mais on ne lui a pas fourni suffisamment d'informations pour qu'elle puisse donner en toute connaissance de cause son accord à l'administration de diamorphine à son fils).

Les décisions des tribunaux ukrainiens ont constaté à plusieurs reprises des manquements de la part des médecins, compte tenu de l'absence de consentement écrit des patients. Par exemple, dans la décision d'un tribunal, il a été établi que lors de la réalisation d'un test tuberculinique auprès des élèves du collège de Mizyakivsko-Khutir, les parents n'avaient pas été prévenus, leur consentement n'avait pas été obtenu et ils n'avaient pas été informés des conséquences possibles, des risques, etc. Dans une autre affaire, des infractions commises par des médecins ont été constatées en raison de l'absence de consentement éclairé et volontaire du patient à l'intervention médicale et de l'absence de concertation avec le patient **sur l'étendue des actes médicaux effectivement pratiqués.**

Un consentement éclairé véritable – véritablement éclairé – n'est donné par le patient qu'après avoir discuté avec le médecin de tous les aspects et subtilités du processus thérapeutique. Ce n'est qu'à cette condition que le patient sera considéré comme véritablement informé, et que le médecin pourra se prémunir contre les plaintes injustifiées de la part des patients concernant un manque d'explications de sa part sur l'état de santé de ce dernier et le traitement à suivre.

Pourquoi il est important pour nous d'évoluer vers un transfert de responsabilité accru vers les patients et comment y parvenir

De plus en plus souvent, les médecins estiment que le patient doit assumer la même responsabilité que le médecin dans la prise de décision (voire parfois une plus grande). L'argument principal de cette opinion est que c'est le patient qui prend conscience de la nécessité de recevoir des soins médicaux, c'est lui qui choisit de consulter un médecin ou de s'automédicamenter. C'est le patient qui décide de suivre ou non le traitement prescrit.

La question de la répartition de la responsabilité de la décision prise s'inscrit dans le cadre des modèles existants de relations entre le médecin et le patient.

Premier modèle de relations entre le médecin et le patient – avec répartition des rôles « le médecin qui dirige » et « le patient qui se soumet ». Dans ce modèle, l'acteur principal, qui dispose des connaissances scientifiques suffisantes pour prodiguer des soins médicaux de qualité

, est sans aucun doute le médecin. Ce modèle est populaire, car on attribue depuis toujours au médecin une position dominante. Dans cette répartition des rôles, toute la responsabilité du résultat incombe entièrement au médecin. Le patient, dans ce cas, est un objet passif de la prise en charge médicale, qui se contente de recevoir un service.

Le deuxième modèle d'interaction entre le médecin et le patient repose sur **un partenariat d'égal à égal.** Dans ce modèle, la responsabilité du processus de traitement est répartie à parts égales entre le médecin et le patient. Tous deux adoptent une attitude active et assument la responsabilité de leurs propres décisions et choix. Le médecin guide le patient dans la situation : il l'informe sur la maladie et ses causes, lui présente les résultats possibles et les méthodes de traitement, et lui propose un ensemble d'alternatives existantes. Le patient est responsable du choix de l'une des options thérapeutiques proposées par le médecin, ainsi que du respect des règles du traitement choisi. Dans ce modèle, le patient est un participant tout aussi actif du processus ; il/elle sait à quoi il/elle a droit lors de la réception de soins médicaux et connaît l'étendue de sa responsabilité quant au résultat du traitement. Dans ce type de relation, la difficulté réside dans le fait que le médecin doit consacrer plus de temps à la communication avec le patient concernant son état, les particularités et les mécanismes de l'évolution de la maladie, les méthodes de traitement existantes, etc.

L'avantage de ce modèle réside dans l'approche humaine et respectueuse du patient, considéré comme une personne libre, active et responsable, qui a le droit de bénéficier de soins médicaux et de les choisir, et qui influence leur issue. Le modèle de relation de partenariat entre le médecin et le patient permet également d'améliorer l'observance du traitement par le patient et de renforcer sa sécurité.

Si l'on se réfère à l'expérience internationale (notamment celle des États-Unis d'Amérique), on constate que, dans ce pays, le patient n'est responsable que de sa décision de refuser un traitement. En ce qui concerne le choix des méthodes de traitement, ce n'est pas le cas, car on considère que le choix du patient s'inscrit dans les limites fixées par le professionnel de santé ; par conséquent, l'entière responsabilité de la décision prise par le patient incombe précisément au médecin. La Cour européenne des droits de l'homme, notamment dans l'affaire « Arskaya c. Ukraine », a rendu la conclusion suivante : « … c'est le fils de la requérante qui était responsable de l'issue fatale, car il a refusé à plusieurs reprises le traitement. La Cour note que le droit d'accepter ou de refuser un traitement est essentiel au regard de l'autodétermination et de l'autonomie personnelle. Dans le domaine des soins médicaux, le refus d'un traitement donné peut inévitablement entraîner une issue fatale ; toutefois, un traitement administré sans le consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux

« d'un patient adulte capable, constituera une atteinte à l'intégrité physique de la personne d'une manière qui porterait atteinte au droit au respect de la vie privée et familiale ». Ainsi, l'entière responsabilité du refus de traitement incombe au patient.

En Ukraine, le médecin n'est pas responsable de la santé du patient en cas de refus de ce dernier de suivre les prescriptions médicales ou de non-respect par le patient du régime qui lui a été prescrit. En présence d'un consentement éclairé et volontaire du patient, dans lequel il sera stipulé que ce dernier a effectivement reçu des explications complètes sur la nature, l'objectif, la durée approximative du processus diagnostique et thérapeutique ainsi que sur les conséquences indésirables possibles au cours de celui-ci, ainsi que de la nécessité de respecter le régime prescrit par le médecin au cours du traitement, la responsabilité de la décision incombera au patient lui-même. Dans ce cas, le médecin ne sera responsable qu'en cas d'atteinte à la vie ou à la santé du patient, causée par le manquement de ce dernier à ses obligations et en présence d'un lien de causalité entre l'acte illicite du médecin et les conséquences indésirables pour le patient.

Une évolution vers une plus grande responsabilisation des patients dans la prise de décision contribuera à favoriser une approche éclairée de leur part vis-à-vis du processus thérapeutique et des informations sur lesquelles ils s'appuieront pour prendre leurs décisions. Le transfert de la responsabilité de la décision vers le patient n'est possible que grâce à l'élargissement de l'éventail des documents permettant de consigner divers faits. Il est également nécessaire d'élaborer différents types de consentements éclairés (avec une description plus claire et détaillée des éventuelles conséquences indésirables du traitement), que le patient signera en plus du document standard fourni par le ministère de la Santé.

Dans quels cas le médecin peut-il prendre une décision seul ? Où se situe la limite entre la responsabilité du médecin et celle de l'administration en cas de litige ?

L'individu est maître de son corps, c'est pourquoi c'est à lui seul qu'il appartient de prendre la décision finale concernant le choix du diagnostic et du traitement. Le consentement éclairé du patient est une condition obligatoire de toute intervention médicale et en est une condition préalable indispensable. Le médecin est tenu d'informer le patient de son état de santé et de lui proposer plusieurs options de traitement disponibles, en laissant le choix au patient.

Il existe toutefois des exceptions à cette règle.

En Ukraine, le droit à une intervention médicale sans le consentement du patient est régi par de nombreux textes législatifs. Malgré cela, la législation présente des contradictions sur cette question. La Convention européenne garantit à chacun la protection contre toute ingérence et le droit à l'intégrité physique, ce qui va à l'encontre de la prestation de soins médicaux sans consentement. Dans le même temps, les médecins sont tenus de prodiguer immédiatement ces soins si la personne se trouve dans un état d'urgence. Il n'existe toutefois pas de liste exhaustive de ces cas. Les actes internationaux prévoient que, **lorsque le patient n'est pas en mesure de donner son consentement à un traitement nécessaire de toute urgence, ce consentement doit être présumé.** Une exception est prévue si ce patient a précédemment refusé de recevoir des soins médicaux dans toute situation.

Conformément à la législation ukrainienne, un état d'urgence désigne une détérioration soudaine de la santé physique ou mentale qui constitue une menace directe et imminente pour la vie et la santé de la personne ou de son entourage, et qui résulte d'une maladie, d'un traumatisme, d'un empoisonnement ou d'autres causes internes ou externes. Sur cette base, les cas suivants relèvent de cette catégorie dans la pratique :

- une personne est atteinte d'une maladie infectieuse particulièrement dangereuse ;
- une personne reconnue comme souffrant de toxicomanie (dans certaines circonstances) ;
- les personnes ayant commis des infractions pénales et souffrant d'une maladie présentant un danger pour la santé d'autrui ;
- une personne souffrant d'un trouble mental, susceptible de présenter un danger et incapable de subvenir seule à ses besoins vitaux ;
- en cas de situation d'extrême nécessité, de mesures de réanimation en phase terminale.

Partant de là, la loi prévoit le droit pour un médecin de prodiguer des soins à un patient sans son consentement, mais uniquement dans des cas exceptionnels. Les signes vitaux du patient doivent être considérés comme le facteur principal. En outre, le préjudice causé à la santé humaine par l'intervention médicale doit nécessairement être moindre que les causes de cette intervention. Sinon, la légalité de l'administration d'un traitement sans le consentement du patient serait fictive. Cela pourrait entraîner la mise en cause de la responsabilité du médecin.

La plupart des professionnels de santé sont des salariés des établissements de santé (hôpitaux). La législation ukrainienne prévoit que la responsabilité des dommages causés par un médecin incombe à l'établissement où celui-ci travaille. Par la suite, l'hôpital peut intenter une action en recours, exigeant le remboursement de la totalité des dommages subis.

En ce qui concerne la responsabilité personnelle du professionnel de santé, elle sera, dans la plupart des cas, pénale et disciplinaire. La responsabilité disciplinaire est imposée par décision du directeur de l'hôpital, la responsabilité pénale – par décision du tribunal.

La responsabilité pénale du médecin est engagée pour les infractions commises par un professionnel de santé et qui constituent des atteintes à la vie et à la santé d'autrui. À savoir :

- le manquement ou l'exécution incorrecte par un professionnel de santé de ses obligations professionnelles en raison d'une attitude négligente ou malhonnête, si cela a entraîné des conséquences graves pour le patient (art. 140 du Code pénal). Par exemple, une opération a été menée à bien, mais un instrument médical est resté dans le corps du patient, ou un médecin anesthésiste a mal calculé la dose d'un médicament, ce qui a causé un préjudice au patient ;

- le refus de porter secours à un malade par un professionnel de santé (art. 139 du Code pénal). Par exemple, un patient s'est vu refuser des soins médicaux faute d'une ordonnance de traitement, ce qui a entraîné son décès ;

- l'exercice illégal de la médecine, c'est-à-dire l'exercice d'activités médicales sans autorisation spéciale, par une personne ne disposant pas de la formation médicale requise, si cela a entraîné des conséquences graves pour le patient (art. 138 du Code pénal). Par exemple, la santé d'un patient a été mise en danger par un pseudo-médecin, une personne sans formation médicale ni documents autorisant l'exercice d'une activité médicale.

Si un médecin outrepasse ses compétences d'une manière ou d'une autre, il ou elle en sera tenu(e) pour responsable. Un exemple tiré de la pratique peut être le cas où un chirurgien a prescrit un traitement psychiatrique sans en avoir l'autorité (décision n° 6498078). Le professionnel de santé a orienté le citoyen vers un traitement hospitalier forcé dans un hôpital psychoneurologique, en indiquant le diagnostic
« syndrome maniaco-dépressif ». Ces agissements du médecin ont causé un préjudice considérable, notamment moral. Le tribunal a reconnu le professionnel de santé coupable au titre de l'article « abus de pouvoir, c'est-à-dire l'accomplissement arbitraire, en violation de la procédure légale, de tout acte dont la légitimité est contestée

par un citoyen, ce qui a causé un préjudice considérable aux intérêts de ce citoyen » (art. 356 du Code pénal) et a condamné l'accusé à une amende.

Ainsi, le médecin doit aborder avec prudence la question de la prise de décision autonome en matière de soins médicaux et ne pas outrepasser ses compétences. En effet, le médecin est personnellement responsable pénalement de ses actes. Il convient par ailleurs de noter que la responsabilité peut également incomber à l'établissement hospitalier. En cas de plainte contre un établissement médical, celui-ci peut intenter une action reconventionnelle contre son employé ayant commis l'infraction.

Limites

La relation médecin-patient est de nature interpersonnelle et repose sur une communication étroite et un contact physique étroit ; elle nécessite donc la mise en place de certains limites : physiques (corporelles) et psychologiques (spirituelles). Les limites professionnelles sont nécessaires, car d'une part, elles protègent les patients, et d'autre part, les médecins (le personnel soignant, les prestataires de soins).

Les limites sont les frontières établies (par des règles écrites ou non écrites, des accords, ainsi que des expressions verbales) de l'espace social, physique et psychologique entre les personnes. Il s'agit d'un système précis, composé de « oui » et de « non ». Ce sont des signaux d'arrêt ou des limites que nous établissons d'une certaine manière pour nous protéger, gérer pleinement notre propre vie et construire des relations avec les personnes qui nous entourent.

Une conscience claire de son système de valeurs aide à établir des limites et libère de l'espace pour la réussite. Des limites correctement établies facilitent la vie, aident à l'organiser et protègent l'espace de vie personnel. En revanche, des limites mal établies ou
Des limites « malsaines » provoquent souvent une souffrance émotionnelle et un épuisement qui peuvent conduire à la dépendance, à la dépression, à l'anxiété, voire à la maladie.

L'absence de limites, c'est l'absence de tout cadre dans les relations, ce qui s'apparente à une maison ouverte où n'importe qui peut entrer. À l'inverse, des limites trop rigides peuvent conduire à l'isolement d'une personne ou d'un groupe, ce qui s'apparente à une vie recluse dans un château fermé, entouré de hauts murs, où personne n'est admis et d'où personne ne sort. Le degré de solidité et de perméabilité des limites n'est pas fixé une fois pour toutes.

Les frontières nous aident à :

- définir (identifier) notre personnalité afin de mieux nous comprendre ;
- d'organiser nos besoins, nos responsabilités, nos possibilités et nos activités ;
- de réaliser notre potentiel ;
- de nous protéger du contrôle des autres ;
- de préserver notre objectif et notre mission dans la vie ;
- protéger ses meilleurs atouts personnels (connaissances, corps, compétences, aptitudes).

Les limites professionnelles sont les frontières acceptées et attendues de la distance psychologique, sociale et physique entre le médecin et son patient, qui définissent leurs rôles et leurs attentes.

Le respect d'une distance « thérapeutique » vis-à-vis des patients aide les médecins à établir des limites professionnelles dans la communication, prévient l'épuisement émotionnel et protège les médecins de la souffrance des patients.

Les relations personnelles avec un patient, lorsque le médecin est émotionnellement lié à lui, peuvent nuire au médecin et influencer l'objectivité de ses décisions. C'est pourquoi les limites émotionnelles sont très importantes. Un médecin ne doit pas soigner les membres de sa famille ou ses amis avec lesquels il est émotionnellement lié ; la relation médecin-patient est primordiale et les autres relations importantes ne doivent pas aller à son encontre.

Des limites inefficaces ou mal définies peuvent entraîner :

- une perte de respect envers soi-même et de la part des autres ;
- une perte de contrôle sur sa propre vie ;
- un sentiment de culpabilité ;
- une perte d'intérêt pour la vie.

Des objectifs non atteints peuvent entraîner de l'anxiété et de la dépression.

Les limites professionnelles protègent les patients :

- Les intérêts du patient doivent toujours passer en premier.

- Les patients sont souvent très vulnérables, car pour recevoir un traitement, ils sont obligés de révéler des détails intimes sur eux-mêmes et leur vie à un inconnu.
- Lorsque le patient peut faire confiance au médecin, cette relation peut être curative (thérapeutique).

Les limites professionnelles protègent les médecins :

- Les médecins peuvent souffrir d'épuisement émotionnel s'ils ne font pas la distinction entre leurs propres émotions et la souffrance de leurs patients.
- Les relations personnelles, et a fortiori familiales, avec un patient peuvent (en raison des liens affectifs) influencer l'objectivité des décisions du médecin et nuire au principe selon lequel « la relation médecin-patient doit primer ».
- Elles aident les médecins à réguler leurs relations professionnelles avec les patients (un médecin n'est pas un robot qui travaille 24 heures sur 24, 7 jours sur 7)
- Elles garantissent la vie privée et le droit à la dignité du médecin en tant que personne.

Exemples de limites saines et malsaines

Les limites saines sont solides, partiellement perméables, et en cas de violation, la personne les rétablit rapidement.

Exemples de limites malsaines :

- « sans limites » – la personne ne sent pas où elle s'arrête et où les autres commencent ;
- des frontières épuisées, fragiles, facilement franchissables, difficiles à rétablir ;
- des frontières rigides, dépourvues de souplesse et de « points d'entrée » pour les autres.

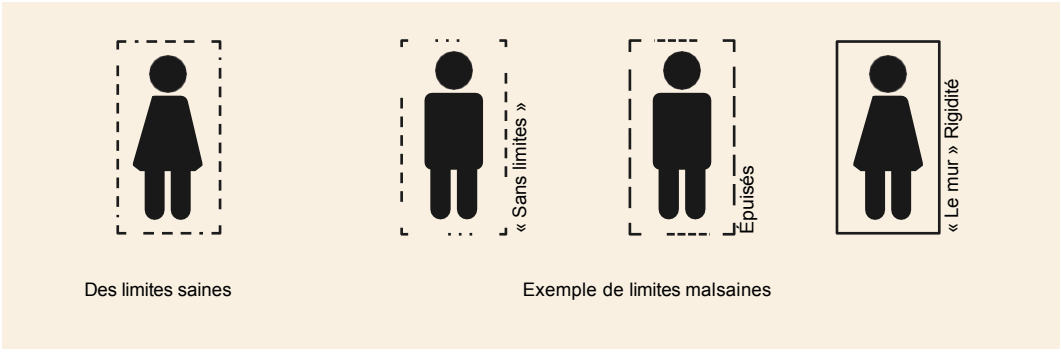


Fig. 9. Les limites
Source : www.casv.org.au/healthy-boundaries/

Vie privée

Le respect de la vie privée est l'un des droits fondamentaux de l'être humain. La vie privée concerne à la fois les informations relatives à l'état de santé du patient, qui relèvent du secret médical, et l'intimité physique. Le respect de tous les aspects de la vie privée du patient dans les établissements de santé permet d'assurer le confort physique, psychique et émotionnel des patients et améliore l'efficacité et la qualité des soins prodigués.

Principes de respect de la vie privée du patient dans les établissements hospitaliers :

- aucune personne étrangère ne doit être présente pendant les interventions/procédures ;
- les portes doivent être fermées (ou le rideau tiré) ;
- la mise à nu de parties du corps du patient n'est autorisée qu'avec son consentement ;
- il est interdit de déplacer un patient dénudé ;
- autorisation de présence de personnes extérieures (par exemple, des internes) ;
- chambres et toilettes non mixtes (en tenant compte du parcours du patient) ;
- accord concernant un médecin du sexe opposé ;
- les personnes extérieures, y compris le personnel, ne doivent pas être présentes ni entendre la conversation avec le patient ; les échanges dans la chambre doivent se faire à voix basse ;
- prise de photos et enregistrement vidéo uniquement avec le consentement.

Exemple de déroulement d'une échographie

– Bonjour, Madame Oksana, veuillez entrer. Je m'appelle Petro Ivanovych, je suis médecin échographiste et je vais vous examiner aujourd'hui. L'infirmière Irina Vasylivna sera également présente pendant l'examen ; elle notera les résultats.

– Bonjour.

– Vous avez été orientée vers un examen des organes du petit bassin et des seins. Savez-vous comment se déroule cet examen ? Avez-vous des questions concernant le déroulement de la procédure elle-même ?

– Non, j'ai déjà subi des examens de ce type.

– Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser. Pour l'instant, veuillez passer derrière le paravent : pour l'examen, vous devrez vous déshabiller jusqu'à la taille. Vous pouvez garder vos chaussures. Je vais fermer la porte à clé pour que personne ne nous dérange.

[Dans un coin de la salle se trouve un paravent, derrière lequel se trouvent deux chaises, des serviettes, une poubelle et des couvre-chaussures].

– Êtes-vous prêt ? Veuillez vous allonger sur le dos sur le lit. Pouvons-nous commencer l'examen ?

– Bien. *[Examen des seins en cours].*

– Merci, vous pouvez maintenant vous rhabiller. Pour l'examen suivant, il faudra retirer tous vos vêtements en dessous de la taille, car nous allons procéder à un examen des organes du petit bassin. Si vous avez besoin de lingettes, elles se trouvent derrière le paravent.

[La patiente se change derrière le paravent, l'examen des organes du petit bassin est effectué].

– Rhabillez-vous, s'il vous plaît. L'examen est terminé. Asseyez-vous, s'il vous plaît, Irina Vassilievna vous donnera son avis dans quelques minutes.

Les documents du projet éducatif « Recommandations méthodologiques relatives au respect des principes de dignité des patients dans les hôpitaux » sont disponibles via le lien

phcapital.org/ wp-content/ loads/2021/02/ metodychni-rekomendacziyi_ proyekt.pdf

Conclusion :

Le patient est le sujet de la prise de décision.

La prise de décision partagée est un élément clé des soins de santé du patient.

Les limites professionnelles sont essentielles à une interaction efficace entre le médecin et le patient. Il incombe aux médecins d'établir et de respecter ces limites.

En cas de violation de ces limites, il convient de discuter de la situation qui s'est présentée et de chercher des solutions. Les limites dans les relations à travers des exemples concrets

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES

Cas n° 1

Le docteur Yabluneva est le médecin de famille de M. Slivov depuis environ 20 ans. M. Slivov a 51 ans, il est mécanicien dans un atelier de fabrication de machines-outils. Il se sentait auparavant en bonne santé, mais après une crise cardiaque, on lui a posé un pacemaker et prescrit un traitement antiarythmique. Il ne peut pas reprendre le travail et perd donc son assurance maladie.

Quelques mois après cette intervention, M. Slivov rend visite à son médecin de famille, Mme Yabluneva, et lui annonce que son assurance arrive à expiration et qu'il ne pourra plus acheter les médicaments dont il a besoin, car ses précédentes recherches d'un emploi moins exigeant se sont avérées infructueuses.

Le lendemain, M. Kvitko, un collègue de Mme Yabluneva, informe M. Slivov qu'il recherche un employé pour un poste qui, selon Mme Yabluneva, correspondrait aux compétences et aux aptitudes de son patient en recherche d'emploi.

Comment Mme Yabluneva a-t-elle réagi ?
Un médecin doit-il aider ses patients au-delà de la prestation de soins médicaux ?
Pourquoi ?

Cas n° 2

Une jeune médecin effectue une consultation dans une chambre d'hommes. La chambre compte 8 lits, le passage entre les lits est étroit et il est impossible d'y placer une chaise. Pour examiner le patient, il faut s'asseoir sur son lit ou sur celui d'à côté (avec l'accord de l'autre patient). Lors de la prise de tension artérielle du patient allongé, celui-ci pose sa main sur les genoux de la médecin sans lui demander la permission. La médecin tente de mesurer la tension artérielle avec précision et se concentre sur la procédure malgré la gêne provoquée par la main étrangère posée sur ses genoux et les regards des patients des lits voisins qui observent la prise de tension. La tension est mesurée, la médecin retire la main du patient. Le lendemain, la situation se répète. La médecin retire à nouveau la main du patient de ses genoux. Le troisième jour, la médecin ne laisse plus le patient poser sa main sur ses genoux et change de tactique : elle mesure la tension artérielle en se tenant debout près du patient et ne s'accroupit plus à côté de lui. Comment évaluer cette situation clinique (les actions du patient et de la médecin) ?

Quelles limites dans la relation patient-médecin sont franchies dans cette situation ?
Comment éviter de franchir ces limites et agir correctement dans cette situation ?

Cas n° 3

Taras et Petro sont amis depuis de nombreuses années. Chaque premier samedi du mois, ils se retrouvent pour jouer au football. Petro est chirurgien proctologue, le meilleur parmi les chirurgiens abdominaux de sa région. Un samedi, Taras annonce à Petro qu'on lui a diagnostiqué une maladie intestinale nécessitant une intervention chirurgicale, conformément aux recommandations de son médecin de famille, et il demande à Petro de l'opérer, arguant que ce dernier est le meilleur spécialiste dans ce domaine. Petro est envahi par des sentiments contradictoires : d'un côté, il ne veut pas refuser à son ami, mais de l'autre, il s'inquiète des implications éthiques d'une telle décision, car il entretient un lien émotionnel étroit avec Taras.

Comment Pierre doit-il agir dans cette situation ?
Quelles limites de la relation patient-médecin risquent d'être franchies dans cette situation ?
Comment cela affecte-t-il l'interaction entre le médecin et le patient ?

Quels dépassements de limites avez-vous ressentis ?	Qu'est-ce qui indique un non-respect des limites de la part du patient ou du médecin ?	Que peut-on faire ?

La version complète du texte théorique de la séance est disponible via le lien

bit.ly/3DU9cwF

THÈME 5

Confidentialité



THÈME 5
CONFIDENTIALITÉ

Dans le respect des droits des patients, compilé par Olena Gorska et Nataliia Rudakova



Olena Gorska, enseignante au département des disciplines médico-préventives et du diagnostic de laboratoire, Académie de médecine de Rivne.



Natalia Rudakova, enseignante au département de santé mentale et physique, Académie de médecine d'Andriy Krupynsky de Lviv.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES :

- Connaître les principes d'autonomie, d'intimité et de confidentialité dans le domaine de la santé.
- Savoir appliquer ces principes dans le cadre du travail avec les patients.

Connaissances	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	quelles informations et dans quelle mesure il convient de les communiquer au patient ;	comment fournir correctement les informations et déterminer le niveau de détail nécessaire pour chaque patient ;
	ce qu'il est important de savoir sur la confidentialité : pourquoi c'est un principe important et quels sont les principaux aspects juridiques.	comment garantir en pratique la confidentialité et le droit de l'individu à l'autonomie ;
		comment discuter avec le patient des décisions relatives au déroulement du traitement et l'aider à prendre des décisions.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Les notions d'« information » et d'« information confidentielle ».
L'autonomie, ses principes, la notion de « consentement éclairé ».

La vie privée et les principes permettant de la garantir. Règles de protection de la vie privée dans les établissements médicaux.

Confidentialité, principes de son respect. Cadre réglementaire et juridique du respect de la confidentialité.

Responsabilité en cas de divulgation du secret médical. Conditions dans

lesquelles les principes de confidentialité peuvent être levés.

Accès à l'information pour le patient : obligations des professionnels de santé, risques. Particularités de l'accès à l'information concernant les enfants.

Supports de cours

PARTIE 1. SUPPORT THÉORIQUE NOTION D'« INFORMATION » ET « INFORMATIONS CONFIDENTIELLES »

L'information

(1) informations documentées ou rendues publiques concernant des événements et des phénomènes qui ont eu lieu ou se produisent dans la société, l'État et l'environnement naturel ;

(2) toute information et/ou donnée pouvant être stockée sur des supports physiques ou représentée sous forme électronique.

Informations confidentielles

Informations dont l'accès est limité par une personne physique ou morale, à l'exception des autorités publiques, et qui peuvent être diffusées selon la procédure qu'elles définissent, à leur discrétion et conformément aux conditions qu'elles fixent.

Ne peuvent être considérées comme confidentielles les **informations** liées à l'exercice des fonctions par des personnes qui agissent dans le cadre de pouvoirs délégués par des autorités publiques, conformément à la loi ou à un contrat, y compris la prestation de services éducatifs, de santé, sociaux ou autres services publics ;

Les détenteurs d'informations confidentielles ne **peuvent** les **diffuser qu'avec le consentement** des personnes ayant restreint l'accès à ces informations et, en l'absence d'un tel consentement, uniquement dans l'intérêt de la sécurité nationale, du bien-être économique et des droits de l'homme (3).

AUTONOMIE, SES PRINCIPES, NOTIONS « CONSENTEMENT INFORMÉ »

L'autonomie est l'indépendance vis-à-vis de toute chose, un état dans lequel le sujet et l'objet de la gestion coïncident.

Le principe d'autonomie des patients se concrétise à travers plusieurs éléments importants :

- le patient doit recevoir des informations complètes et exhaustives sur son état de santé (le personnel médical est tenu de lui fournir ces informations) sous une forme accessible ;
- le patient doit se voir proposer différentes options thérapeutiques ;
- avant chaque intervention, le patient doit recevoir des informations sur les mesures qui seront prises et sur les effets indésirables potentiels pouvant survenir pendant la procédure, etc. ;
- le patient a le droit d'être associé à la prise de décision et de faire son propre choix concernant les options thérapeutiques (prise de décision partagée). Lors de la prise de décision partagée concernant le choix d'une option thérapeutique, il convient d'appliquer un modèle biopsychosocial dans lequel le patient est considéré comme une personne à part entière et non pas uniquement comme un organisme biologique ; les composantes psychologiques et sociales du patient doivent être prises en compte ;
- Le patient doit donner son consentement pour toute intervention médicale, tout examen diagnostique, toute analyse, tout traitement, etc. Le consentement éclairé peut ne pas être requis dans les cas où le patient n'est pas en mesure de donner son consentement, lorsqu'une aide d'urgence est nécessaire et qu'il n'existe aucune autre instruction connue du patient, ou en cas de menace pour la santé publique (tuberculose, rage, choléra, etc.). Dans ce dernier cas, des procédures opérationnelles claires sont nécessaires concernant les interventions pouvant être pratiquées sans consentement ;
- le patient a le droit de refuser un traitement. Dans ce cas, le personnel hospitalier doit fournir des informations complètes sur l'état du patient, les options thérapeutiques possibles, les risques et les avantages, ainsi que sur les conséquences d'un refus de traitement. Il convient également de s’assurer que le patient comprend les informations fournies, que la décision est prise en toute connaissance de cause, et que les raisons qui sous-tendent cette décision sont sérieuses et ne peuvent être surmontées. Pour conseiller le patient, il est utile de faire appel à d’autres spécialistes, par exemple un psychologue, un travailleur social ou un prêtre, en fonction des convictions du patient ;
- le patient doit donner son consentement à la divulgation d'informations sur son état de santé aux membres de sa famille et à ses proches.

Consentement éclairé

L'obligation d'obtenir le consentement éclairé du patient est prévue par la législation ukrainienne. Cependant, dans la plupart des cas, cette exigence est traitée de manière purement formelle dans les hôpitaux. Le document « Consentement éclairé et volontaire du patient » est signé une seule fois, souvent lors de l'admission à l'hôpital, et les patients ne comprennent pas toujours ce qu'ils signent ni pourquoi. De ce fait, les diagnostics et interventions médicales ultérieurs peuvent avoir lieu sans consentement éclairé. Il convient toutefois de préciser que le consentement éclairé peut être donné non seulement par écrit, mais aussi oralement. Certains pays de l'UE s'éloignent de la pratique du consentement éclairé écrit précisément parce que le document signé par le patient ne signifie pas toujours, en réalité, un consentement éclairé concernant toutes les interventions médicales.

Un élément encore plus important dans la mise en œuvre de ce principe consiste à fournir au patient des informations complètes et fiables, ainsi qu'à l'avertir de tous les risques liés à l'intervention. Il existe également des cas où une personne bénéficie d'un traitement de maintien (ventilation pulmonaire). La décision d'arrêter ou de poursuivre le traitement de maintien est prise dans l'intérêt supérieur du patient. Dans ce cas, il convient de prendre en compte la qualité de vie du patient, la durée de vie et la qualité de vie dont il bénéficiera si le traitement se poursuit, ainsi que les chances de guérison du patient.

CONFIDENTIALITÉ ET PRINCIPES POUR LA GARANTIR. RÈGLES DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Confidentialité des informations :

- lien entre la collecte et la diffusion des données
- technologies
- attentes de la société en matière de respect de la vie privée
- les questions juridiques et politiques qui y sont liées.

Recommandations pour garantir l'intimité physique :

- lors d'interventions nécessitant de se déshabiller, aucune personne étrangère, y compris

le personnel hospitalier qui n'est pas directement impliqué dans la réalisation des interventions. Si l'intervention a lieu dans une chambre où se trouvent plusieurs patients, le lit du patient doit être soigneusement masqué par un paravent ou le patient doit être couvert d'un drap ;

- Les procédures nécessitant que les patients se déshabillent doivent se dérouler dans des locaux fermés ; les espaces réservés au déshabillage des patients doivent être isolés par un paravent. Le professionnel de santé chargé de la procédure doit d'abord expliquer au patient son déroulement et ce qu'il pourrait ressentir, et l'avertir du début de la procédure. Le patient doit donner son consentement avant le début de la procédure (il peut s'agir d'un formulaire écrit obligatoire, mais aussi d'un consentement oral ou même d'un signe, par exemple un hochement de tête) ;

- les professionnels de santé ne doivent pas demander au patient de se déshabiller plus que ne l'exige la procédure ;

- une fois la procédure terminée, le patient doit se rhabiller avant de poursuivre la conversation ;

- il est interdit de déplacer le patient nu dans l'enceinte de l'hôpital ;

- les dispositifs médicaux susceptibles de causer une gêne aux patients (tels que les bacs à excréments et à urine, les cathéters, etc.) doivent être recouverts d'un drap, conformément au souhait du patient ;

- lors de l'examen des patients dans des chambres où plusieurs patients sont hospitalisés, il est recommandé de ne pas discuter des détails de l'examen et, si nécessaire, de communiquer avec le patient à voix basse ;

- dans les chambres à plusieurs lits, il est recommandé de disposer de paravents mobiles qui séparent les lits et permettent de créer un espace privé pour le patient ;

- il est nécessaire d'assurer la séparation des patients de sexe différent, y compris dans les toilettes ; des exceptions peuvent concerner les salles de soins intensifs ;

- les patients doivent avoir la possibilité de choisir un personnel médical du même sexe pour les soins (si ce personnel est disponible). Ce besoin est généralement plus important pour les femmes. Dans tous les cas, lors de procédures nécessitant de se déshabiller, un membre du personnel médical du même sexe que le patient doit être présent ;

- des salles privées doivent être aménagées dans l'hôpital pour permettre aux membres de la famille et aux proches du patient de s'entretenir avec lui. S'il n'est pas possible de prévoir cela dans l'aménagement de l'hôpital, un autre espace doit être mis à disposition pour permettre à la famille de s'entretenir en privé avec le patient après des annonces importantes ou pour prendre des décisions difficiles ;

- La prise de photos et l'enregistrement vidéo des patients à l'hôpital ne peuvent avoir lieu qu'avec leur consentement ;

- le personnel hospitalier doit obtenir le consentement des patients pour la présence d'internes lors de l'examen.

Recommandations concernant la présence d'internes/de résidents/d'étudiants lors de l'examen d'un patient :

- demander aux patients s'ils acceptent la présence d'étudiants ou d'internes est une marque de courtoisie courante, et les patients comprennent qu'on les traite avec respect. En même temps, ils gardent un certain contrôle sur la situation dans laquelle ils se trouvent ;

- afin que cette demande ne soit pas une surprise pour les patients, il est nécessaire de les prévenir à l'avance de la présence éventuelle d'étudiants ou d'internes ;

- même si l'hôpital sert de centre clinique à des établissements d'enseignement médical, le patient doit avoir la possibilité de refuser la présence d'étudiants ou d'internes.

Confidentialité, principes de son respect Cadre réglementaire et

juridique du respect de la confidentialité **Confidentialité :**

- propriété de tout ce qui ne doit pas être divulgué ; discrétion, secret, intimité absolue ;

- propriété de l'information consistant en ce que celle-ci ne peut être obtenue par un utilisateur non autorisé et/ou un processus non autorisé ;

- l'idée selon laquelle une personne qui sollicite une aide médicale ne doit pas s'inquiéter ni craindre que son état soit divulgué à des tiers.

La relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé a pour objectif de créer un climat de confiance et de bien-être permettant aux deux parties de communiquer librement toute information pertinente.

A informations qui doivent être protégées, comprend :

- les données personnelles
- état de santé
- l'état émotionnel
- informations financières.

Qu' couvre la confidentialité du médecin et du patient ?

est-ce que

Tout ce que le patient peut révéler au professionnel de santé, ainsi que toute opinion et conclusions qui médical professionnel peut formuler après l'examen ou l'évaluation de l'état du patient. La confidentialité couvre tous les dossiers (y compris antécédents médicaux maladies, pathologies préexistantes, radiographies, rapports de laboratoire, etc.), ainsi que la relation entre le patient et le médecin – tout comme le fait même qu'une personne consulte un médecin.

Une violation de la confidentialité est tout transfert d'informations privées concernant le patient à un tiers sans le consentement du patient. La confidentialité du patient est protégée par la législation ukrainienne. Si des informations privées concernant le patient sont divulguées sans son autorisation et lui causent un préjudice, il ou elle a le droit d'intenter une action en justice contre le professionnel de santé pour abus, atteinte à la vie privée ou autres délits. Bien entendu, si le patient a consenti à la divulgation de ces informations, il n'y a pas violation.

Combien de temps dure la confidentialité entre le médecin et le patient ?

L'obligation de confidentialité subsiste même après que le patient a cessé de consulter ou d'être soigné par ce médecin en particulier, et après son décès. Si le patient décède, son dossier médical et ses informations restent protégés par la confidentialité entre le médecin et le patient.

Recommandations relatives au respect des principes de confidentialité des informations :

- l'accès aux informations confidentielles doit être réservé aux seuls employés qui en ont besoin. Cet accès doit être justifié ;
- la protection des informations confidentielles implique également l'obligation de détruire correctement les supports de données (par exemple, à l'aide d'un destructeur de documents) ;
- les informations médicales des patients, par exemple les résultats d'analyses, ne peuvent être rendues publiques ;
- l'hôpital n'est pas autorisé à saisir ni à conserver les documents personnels du patient, notamment son passeport ;
- Il est interdit de divulguer ou de discuter des informations concernant le patient avec des tiers, y compris le personnel hospitalier qui n'est pas impliqué dans le traitement et les soins du patient ;
- le patient doit avoir librement accès à son dossier médical, y compris aux informations indiquant qui a ou a eu accès à ce dossier ;
- le personnel hospitalier n'est pas autorisé à discuter des patients ni à les juger.

Procédure de respect de la confidentialité à l'hôpital :

1. à l'entrée d'une chambre ou d'un autre espace clos (par exemple, un espace séparé par un rideau), le personnel hospitalier doit frapper ou avertir d'une autre manière les patients de son arrivée ; si possible, demander au patient si le moment est opportun pour un examen ou une conversation ;
2. la communication doit se faire à hauteur d'yeux (si le patient est allongé, il faut s'asseoir à côté de lui avant d'entamer la conversation) ;
3. en aucun cas, il ne faut crier à travers toute la chambre pour annoncer les manipulations prévues !
4. le diagnostic et le traitement doivent être expliqués aux patients dans un langage accessible, en évitant les termes techniques ;
5. Il est interdit de discuter des questions relatives au traitement et aux soins du patient en sa présence sans le faire participer.

Lors de la sortie de l'hôpital :

- le patient doit être informé du traitement à suivre, des soins à recevoir, ainsi que des coordonnées des personnes auxquelles il peut s'adresser en cas de besoin ;
- il convient d'écouter le patient s'il a des réclamations ou des suggestions ;
- il faut proposer au patient de remplir un questionnaire anonyme d'évaluation des activités de l'hôpital.

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES

Cas à discuter

Cas n° 1

À la demande de la professeure principale, une jeune fille de 15 ans s'est adressée au psychologue scolaire pour se plaindre d'une pression constante de la part de ses camarades. La raison de ces brimades : l'enfant a d'excellentes notes, s'inquiète constamment pour ses résultats, pleure lorsqu'elle obtient une note inférieure à 10 et ne s'intéresse pas à la vie de ses camarades ni à leurs loisirs. Elle n'est « pas comme les autres », c'est « l'ovni » de la classe. Pendant la conversation, l'adolescente s'essuie constamment les mains avec une lingette hygiénique, se plaint de troubles du sommeil, de désirs et de pensées suicidaires. Après la consultation, la directrice de classe est allée voir la psychologue et lui a demandé si tout allait bien avec la fillette. La psychologue a décrit en détail l'état de la fillette et a dit à l'enseignante que les parents de l'enfant devaient consulter un pédopsychiatre, car il y avait des problèmes de santé mentale.

Cas n° 2

Cétudiantt zaporemplitle questionnairepourl'admissionà la formation en ligne. Le questionnaire comporte une question surle statut sérologique. Elle est obligatoire. L'établissement d'enseignement a-t-il le droit d'exigerdes informationssur le statut sérologique lors du remplissage du questionnaire ?

Cas n° 3

Médecin-chef d'une clinique privée de chirurgie plastique reçoit une jeune médecin et lui pose des questions sans détour sur sa vie privée, sa santé, ses projets pour l'avenir et lui demande de remplir un consentement refusant du personnel dans un avenir proche (3 ans) prendre un congé maternité

Question pour le journal de réflexion :

Les informations médicales appartiennent aux patients. Analysez cette affirmation.

Présentation du sujet via le lien :

bit.ly/3EpdbTc

Version complète du cours disponible via le lien :

bit.ly/3rEgdPQ

THÈME 6

Crises émotionnelles et mauvaises nouvelles



THÈME 6

ÉTATS ÉMOTIONNELS DE CRISE ET MAUVAISES NOUVELLES

Supports pédagogiques soigneusement sélectionnés par Iryna Borovyk et Nataliia Povar



Iryna Borovyk, maître de conférences au département de thérapie et de médecine familiale. Université nationale de Ternopil
Université nationale de médecine Ivan Horbachevsky



Natalia Povar, enseignante au département des disciplines médico-préventives et du diagnostic de laboratoire, Académie de médecine de Rivne

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître et savoir appliquer le protocole SPIKES pour annoncer de mauvaises nouvelles
- Savoir soutenir le patient dans les moments de crise, après avoir reçu de mauvaises nouvelles, en fin de vie.

Attitudes	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Qu'est-ce qu'un état émotionnel de crise et comment cela influence-t-il l'interaction ? Les étapes du deuil.	Comment communiquer dans des situations de forte tension émotionnelle et de stress ; annoncer de mauvaises nouvelles.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Partie organisationnelle – **3 min.**

Réflexion : « Quels sont les sujets de conversation difficiles pour un médecin ? », ou « Quelles sont les mauvaises nouvelles concernant l'état de santé d'un patient ? », ou « Que ressent le patient lorsqu'on lui annonce une mauvaise nouvelle ? », ou « Rappelez-vous des cas tirés de votre vie ou de votre pratique où une mauvaise nouvelle a été annoncée de manière inappropriée ? » – **12 min.**

Brève analyse du contenu théorique (mini-conférence) – **10 min.**

Jeu de rôle (consultation d'un patient atteint d'une maladie chronique incurable, par exemple le diabète sucré, la polyarthrite rhumatoïde, ou d'un patient nécessitant une intervention chirurgicale) suivi d'une discussion avec les étudiants – **60 min**,

ou une discussion en aquarium sur la manière d'annoncer de mauvaises nouvelles, suivie d'un débriefing – **60 min** (thème central du débriefing : qu'est-ce qui prime, le respect strict de l'algorithme ou l'écoute, le soutien émotionnel ?),

ou analyse et discussion de cas en petits groupes suivies d'un débriefing avec les étudiants – **30 min**. + analyse de consultations avec annonce de mauvaises nouvelles (correctes et incorrectes) en vidéo – **30 min.**

Synthèse – **5 min**. **Total : 210 min.**

PARTIE 1. SUPPORTS THÉORIQUES

ANNONCE DE MAUVAISES NOUVELLES

La notion de « mauvaises nouvelles » est interprétée par les psychologues comme toute information ayant un impact grave et négatif sur la perception qu'une personne a de son avenir. Toutes les mauvaises nouvelles ont des conséquences graves et défavorables pour les patients et leurs familles. Les mauvaises nouvelles sont un concept subjectif : nous ne pouvons pas évaluer leur impact sur une personne sans connaître les espoirs et les craintes de celle qui les reçoit. Par exemple, une patiente sera sous le choc si on lui annonce que ses douleurs dorsales se sont intensifiées en raison d'une récidive de cancer du sein, alors qu'elle pensait que ces douleurs étaient dues à une contracture musculaire. L'impact des mauvaises nouvelles est proportionnel à leur influence sur le changement des attentes du patient.

Il est important d'identifier l'élément central d'une mauvaise nouvelle : ce qui, précisément, la rend mauvaise pour le patient. Le plus souvent, il s'agit d'un facteur qui réduit l'espérance de vie (le diagnostic d'une maladie grave), ou d'un facteur lié à une perte de fonctions, à une limitation des activités quotidiennes ou à une détérioration significative de la qualité de vie (le diagnostic d'une maladie chronique incurable).

Exemples de maladies qui constituent de mauvaises nouvelles pour le patient :

- les maladies graves qui limitent l'espérance de vie (cancer, hémopathies malignes, maladies évolutives du cœur, des poumons, des reins, du foie d'étiologies diverses, maladies neurologiques évolutives, syndrome d'immunodéficience acquise) ;
- maladies chroniques qui changent la vie (diabète sucré, hypertension artérielle, maladies rhumatologiques, insuffisance cardiaque chronique, cardiopathie ischémique, insuffisance rénale chronique, cirrhose du foie, maladies pulmonaires chroniques telles que la BPCO, la mucoviscidose).

Annoncer une mauvaise nouvelle concernant une maladie grave réduisant l'espérance de vie ou une maladie chronique qui bouleverse la vie, et accompagner les patients tout au long de leur maladie, est sans doute l'une des tâches les plus stressantes qu'un médecin soit amené à accomplir.

Pourquoi les médecins ne veulent-ils pas annoncer de mauvaises nouvelles ?

Au cours de sa carrière, tout médecin peut être amené à plusieurs reprises à communiquer des informations médicales défavorables à un patient et à ses proches. L'analyse des études menées a confirmé que la personne chargée d'annoncer une mauvaise nouvelle éprouve souvent des émotions fortes, telles que l'anxiété, le poids de la responsabilité et la crainte d'un jugement négatif. Annoncer de mauvaises nouvelles est particulièrement difficile lorsque le patient est jeune et que les chances de guérison sont inexistantes ou limitées. Dans tous les cas, la situation se complique si le médecin n'a pas l'habitude d'annoncer de mauvaises nouvelles. Souvent, les médecins (et le personnel soignant) ne sont pas préparés à la réaction émotionnelle du patient, craignent d'être accusés, redoutent d'être jugés incompétents, et ont peur de ne pas être en mesure de répondre à toutes les questions du patient et de ses proches.

Les mauvaises nouvelles : pourquoi est-ce important ?

Les patients ont besoin de la vérité. Jusqu'à la fin des années 1970, la plupart des médecins ne se montraient pas ouverts lorsqu'ils communiquaient leur diagnostic aux patients atteints d'un cancer. Cependant, les études menées au cours des années suivantes ont commencé à montrer que les patients souhaitaient obtenir des informations sur leur état de santé. Par exemple, une enquête publiée en 1982 auprès de 1 251 Américains a révélé que 96 % d'entre eux souhaitaient être informés s'ils recevaient un diagnostic de tumeur maligne ; de même, 85 % souhaitaient, en cas de mauvais pronostic, connaître une estimation réaliste de leur espérance de vie restante. Une étude menée par le centre oncologique d'Écosse, portant sur 250 patients, a montré que 91 % à 94 % des personnes souhaitaient connaître les chances de succès du traitement ainsi que la probabilité et la gravité des effets secondaires.

En Amérique du Nord, les principes du consentement éclairé et volontaire, de l'autonomie du patient et de la jurisprudence ont établi des obligations éthiques et juridiques claires visant à fournir aux patients autant d'informations qu'ils le souhaitent sur leur maladie et leur traitement. Les médecins ne peuvent refuser de fournir des informations à un patient, même si cela risque d'avoir un effet indésirable sur lui. L'idée selon laquelle l'obtention d'informations médicales sur sa santé entraînerait un traumatisme psychologique est infondée. De nombreux patients souhaitent connaître des informations précises qui les aideront à prendre des décisions importantes pour leur vie.

Cependant, la divulgation d'informations véridiques sans compassion ni soutien appropriés peut avoir des conséquences négatives, tout comme le fait de mentir sur son état. La pratique consistant à tromper le patient ne peut être remplacée par une communication brutale et insensible de la vérité.

Comment une méthode d'annonce des mauvaises nouvelles peut-elle aider le médecin et le patient ?

Lorsque les médecins se sentent mal à l'aise à l'idée d'annoncer de mauvaises nouvelles, ils peuvent éviter d'aborder des informations inquiétantes, telles qu'un pronostic défavorable, ou insuffler au patient un optimisme injustifié. Il convient plutôt d'identifier les valeurs fondamentales du patient, son désir de participer à la prise de décision, et de prêter une attention particulière à ses sentiments, ses craintes et ses inquiétudes. Tout cela peut inciter le patient à participer à la prise de décisions difficiles concernant la stratégie thérapeutique à suivre, en particulier lorsque l'efficacité des programmes de traitement s'avère faible. Dans ce cas, les médecins ressentiront moins d'anxiété lorsqu'ils annoncent de mauvaises nouvelles et seront moins exposés au stress et à l'épuisement émotionnel.

Le processus de communication de mauvaises nouvelles peut être envisagé comme **une tentative d'atteindre quatre objectifs**. Le premier consiste à **recueillir des informations** auprès du patient. Cela permettra au médecin d'évaluer les connaissances du patient, ses attentes et sa disposition à accepter de mauvaises nouvelles. Le deuxième objectif est **de fournir au patient des informations** adaptées à ses besoins et à ses sentiments. Le troisième objectif est **de soutenir le destinataire de la mauvaise nouvelle** en utilisant des techniques de gestion de la tension émotionnelle. L'objectif final est **d'élaborer**, **avec la participation du patient, un plan des mesures thérapeutiques à venir**.

La réalisation de ces objectifs passe par le respect des étapes successives du protocole, chacune étant liée à une expérience spécifique. Il n'est pas toujours nécessaire de suivre toutes les étapes lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, mais lorsqu'elles sont mises en œuvre, il est essentiel de respecter strictement leur ordre.

Conformément aux objectifs mentionnés, plusieurs protocoles ont été élaborés pour annoncer de mauvaises nouvelles. Tous se composent d'étapes successives. Les méthodes les plus couramment utilisées en pratique médicale sont les protocoles **SPIKES, ABCD, BREAKS et PATIENT.**

SPIKES, ABCD, BREAKS, PATIENT

Le protocole SPIKES en six étapes

Examinons plus en détail **le protocole SPIKES en six étapes**, qui a fait ses preuves en permettant au patient d'accepter des informations difficiles dans un état émotionnel plus équilibré. Les étapes successives de la communication de mauvaises nouvelles décrites dans le protocole SPIKES sont les suivantes : **Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary (Contexte, Perception, Invitation, Connaissances, Émotions et Empathie, Stratégie et Conclusions)**. Les auteurs du guide « Centres d'excellence en soins de santé primaires » ont traduit les étapes du protocole SPIKES en ukrainien. En conséquence, la méthodologie **PIDKHID : Préparation, Information, Autorisation, Maladie, Hystérie, Aide, se poursuit.**

Examinons donc chaque étape du protocole SPIKES séparément.

1. **Mise en place des conditions appropriées**

Setting up – Création des conditions appropriées — Préparation

Demandez à la personne quand il ou elle se sentira à l'aise pour parler du diagnostic, et si elle souhaite que des membres de sa famille ou des proches soient présents. La confidentialité est un élément essentiel de la conversation. Il est également nécessaire de prévoir suffisamment de temps pour la discussion et d'éviter toute interruption par d'autres personnes (personnel médical, patients), ainsi que d'éteindre ou de mettre de côté le téléphone. Choisissez une pièce isolée, asseyez-vous près du patient pour lui montrer que vous n'êtes pas pressé, établissez un lien et un contact visuel avec lui.

2. **Évaluation de la perception qu'a le patient de la situation actuelle**

Perception de l'état/de la gravité — Prise de conscience de la situation/de la gravité du problème médical — Information

Avant de parler, posez des questions.
Lorsqu'un médecin doit annoncer une mauvaise nouvelle, il lui est plus facile de s'appuyer sur ce que le patient sait déjà de sa maladie. La plupart des patients ont conscience de la gravité de leur état, et certains connaissent même leur diagnostic. Dans ce cas, le médecin n'a plus qu'à confirmer la mauvaise nouvelle, plutôt que de l'annoncer.

Déterminez ce que le patient sait de son état de santé. Demandez-lui ce qu'il ou elle sait de son diagnostic actuel. À ce stade, il est important de déterminer dans quelle mesure le patient comprend son état. Si le patient a une perception erronée de son état de santé ou s'il nie la présence d'une maladie grave, il faut l'accepter comme un fait et ne pas engager de dialogue à ce stade. Il est également important de déterminer si le patient présente une forme de déni de la maladie : omet-il dans son récit des détails « négatifs » importants de la maladie, a-t-il des idées irréalistes concernant le traitement, etc.

Voici quelques exemples de questions à poser à ce stade :

Que savez-vous déjà de votre diagnostic ? Quelle est votre opinion à ce sujet ?
Comprenez-vous pourquoi nous vous avons fait passer des examens tels que… (dosage des marqueurs tumoraux, échographie, radiographie, scanner, IRM, biopsie) ?

3. Invitation

Invitation — Encourager le patient à s'informer — Consentement

Demandez au patient s'il souhaite connaître les détails de son état de santé et son diagnostic. Demandez-lui quel niveau de détail il souhaite concernant le diagnostic et le pronostic. Certaines personnes peuvent exprimer leur réticence à recevoir des informations sur leur santé. Respectez le droit du patient de ne pas connaître son diagnostic. Proposez-lui, s'il le souhaite, de lui en parler et de répondre à ses questions ultérieurement. Demandez-lui son avis et s'il souhaite que le médecin informe une personne en particulier de son diagnostic.

Voici quelques exemples de questions à poser à ce stade :

J'ai déjà les résultats de votre examen. Souhaitez-vous que je vous les explique plus en détail ?
À qui souhaitez-vous que je communique votre diagnostic ?

4. Connaissances. Communication d'informations

Connaissances : communication d'informations médicales — Maladie

Utilisez un langage compréhensible pour le patient. Tenez compte de son niveau d'éducation, de son milieu socio-économique et de son état émotionnel du moment, et présentez les informations par petites doses. Vérifiez que le patient comprend ce que vous dites et réagissez à ses réactions au fur et à mesure qu'elles se manifestent.

Commencez par les « signes d'alerte », par exemple : « Lorsque nous avons réalisé une échographie du foie, nous avons diagnostiqué une petite zone d'opacification, ce qui est généralement un signe de cancer, vous comprenez cela ? »

Parlez franchement, mais avec compassion. Adaptez votre rythme à celui du patient. Expliquez la situation étape par étape, en phrases courtes. Évitez de parler pour surmonter votre propre malaise. Les pauses, le silence, les larmes sont normaux dans une telle situation. Il ne faut pas se précipiter, ni donner toutes les informations d'un seul coup ou en grande quantité ; il est inacceptable d'être direct et grossier ; il ne faut pas abuser des euphémismes (mots et expressions édulcorants ou masquants), utiliser le jargon médical ou faire des pronostics.

Exemple d'annonce appropriée : « Lors de votre dernier examen, une biopsie a été réalisée et un échantillon de tissu a été prélevé pour analyse. Malheureusement, les résultats de la biopsie ne sont pas rassurants. Je suis désolé, mais je dois vous dire que nous avons détecté une tumeur. »

N'oubliez pas que, compte tenu de ses émotions, le patient aura du mal à retenir toutes les informations fournies ; répétez donc les informations clés, utilisez des illustrations ou des schémas, et notez les points essentiels. Demandez au patient de vous dire s'il a bien compris ce que vous lui avez dit. Encouragez-le à poser des questions, répétez et corrigez si nécessaire.

5. Émotions et empathie

Émotions et empathie — Hystérie

Faites preuve d'empathie. Identifiez les émotions du patient et réagissez-y. Soyez attentif au langage corporel. Cherchez à savoir quelles émotions perturbent le patient. Identifiez la cause principale de ces émotions et laissez au patient le temps d'exprimer ses sentiments.

Exemples de questions :

Votre diagnostic a-t-il été un choc pour vous ? Expliquez-moi comment vous vous sentez.

Gardez à l'esprit les manifestations cognitives du deuil (par exemple, le déni, le blâme, l'intellectualisation, la méfiance, l'acceptation). Faites preuve d'empathie ; il est approprié de dire « excusez-moi » ou « je ne sais pas ». N'entrez pas dans la discussion et ne critiquez pas vos collègues. Il ne faut pas faire de promesses vaines, donner de faux espoirs ou résoudre les problèmes du patient. Il convient uniquement d'écouter et de résumer. Si la pause s'éternise, vous pouvez à nouveau poser des questions sur les émotions :

Comment vous sentez-vous en ce moment face à cette nouvelle ? Qu'est-ce qui vous fait le plus peur ? Qu'est-ce qui vous inquiète le plus ?

6. Stratégie (plan) et résumé

Strategy and Summary — Stratégie et résumé — Aide supplémentaire

Le médecin résume la consultation en soulignant les points essentiels de l'accord conclu entre lui et le patient. Les plans de traitement et de soins pour l'avenir sont brièvement formulés. **Il est nécessaire de mettre l'accent sur les ajustements pratiques et psychologiques à apporter dans la vie quotidienne de la personne.** Il est souhaitable de consigner par écrit vos décisions communes, car la perception des patients peut se détériorer dans de telles situations.

Proposez-lui de pouvoir vous contacter à tout moment et entretenez une vision optimiste de l'avenir.

Demandez au patient à quels proches il souhaite faire part de son diagnostic. Proposez-lui de venir accompagné de ces personnes lors de la prochaine consultation. Fixez impérativement une date pour le prochain rendez-vous et assurez-vous que le patient est en sécurité après avoir quitté votre cabinet. Il est utile de savoir si quelqu'un peut l'aider à rentrer chez lui et lui apporter aide et soutien à domicile.

De plus, il convient de rassurer le patient en lui indiquant que le médecin participera activement à tous les projets à venir concernant son éventuel traitement et ses soins.

Ainsi, à la fin de la consultation, mettez-vous d'accord avec le patient sur la suite à donner, résumez ses sentiments et demandez-lui avec quelles émotions il quitte votre cabinet. Il est essentiel de créer pour cette personne un climat de confiance et de compréhension, afin qu'elle ne se sente pas seule face à une situation difficile.

Lorsqu'on annonce une mauvaise nouvelle, il faut mettre en œuvre toutes les techniques **de consultation centrée sur le patient**, faire preuve d'empathie, reconnaître les émotions, ne pas craindre les larmes ni le silence, maintenir un contact visuel, présenter les informations par petites doses, en phrases simples, répéter et préciser, vérifier régulièrement la compréhension, et laisser le temps au patient de réagir. Demandez au patient ce qui lui fait le plus peur. Identifier ses craintes vous aidera à déterminer de quelle aide il ou elle aura besoin à l'avenir. Vous pouvez recourir au contact physique si cela vous semble naturel. Il faut être honnête et dire la vérité. Si vous n'êtes pas sûr de quelque chose, dites que vous allez vous renseigner et que vous en informerez le patient plus tard.

Annoncer de mauvaises nouvelles est une forme de communication complexe qui requiert des compétences. La quantité d'informations véridiques à transmettre au patient est une question subjective. Cependant, une communication correctement structurée et bien organisée, respectant les principes généraux d'une consultation centrée sur la personne, a un effet thérapeutique positif.

SOINS DE FIN DE VIE

Selon les données issues d'études, plus des deux tiers des personnes interrogées souhaiteraient mourir chez elles, entourées de leurs proches. Mais il arrive souvent que les patients doivent mourir à l'hôpital. Dans tous les cas, il est très important de respecter les principes fondamentaux de la dignité en fin de vie. Chacun a le droit d'être informé du caractère incurable de sa maladie et de sa mort prochaine. Il est important, dans la mesure du possible, de discuter avec le patient de son état pathologique, de lui demander son avis, d'obtenir son consentement pour informer ses proches du pronostic de la maladie, de l'impliquer dans la prise de décisions importantes concernant les soins médicaux et de l'aider à faire des choix. Seuls les cas d'incapacité de la personne peuvent constituer une exception. Si le patient a décidé de mourir chez lui, l'établissement de santé doit organiser son transport et contacter le médecin de famille pour assurer les soins à domicile. Les gens ne sont généralement pas habitués à réfléchir à la manière dont ils réagiraient à l'annonce que, suite à certains changements, ils approchent de la mort.

Lors d'un entretien avec un patient en phase terminale, vous pouvez poser les questions suivantes :

Avez-vous pensé à la mort ?
Souhaitez-vous que je vous explique les changements qui pourraient survenir ?

Il convient également de rassurer le patient en lui affirmant que vous ferez tout votre possible pour qu'il ou elle ne ressente aucune douleur. Il faut lui garantir que vous l'aiderez à se sentir à l'aise et serein.

Dans les hôpitaux, il est recommandé de placer les patients en fin de vie dans des chambres individuelles. Les patients en fin de vie et leurs proches doivent bénéficier d'intimité et de confort.

La peur de la douleur est la principale crainte de la plupart des personnes en phase terminale ; c'est pourquoi, afin de réduire les souffrances des patients, un traitement analgésique adéquat doit être assuré. Il est judicieux de proposer aux patients en fin de vie et à leurs proches un soutien informatif, psychologique et spirituel.

Cinq conseils pour communiquer avec une personne atteinte d'une maladie incurable, tirés du livre d'Anastasia Leukhina « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux » :

- Ne prenez pas le dessus dans la conversation.
- Montrez, le moment venu, que vous avez conscience de l'approche de la fin.
- Exprimez votre amour.
- N'attendez pas le dernier moment pour dire vos adieux.
- Le contact physique peut également transmettre des émotions.

Il est important de rappeler **les règles d'accès aux patients dans les services de soins intensifs** de notre pays. Conformément à l'arrêté n° 592 du ministère de la Santé du 15 juin 2016 « Portant approbation de la procédure d'admission des visiteurs auprès des patients hospitalisés en soins intensifs », l'accès aux patients de tous les services, unités et salles de soins intensifs de tous les établissements de santé est autorisé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Un seul visiteur peut rester au chevet du patient sans limitation de temps. Il ne peut y avoir plus de deux personnes à la fois auprès du patient. Toute personne peut être visiteur, indépendamment de ses liens familiaux.

AVIS DE DÉCÈS

Il convient d'informer les proches du patient de son décès – le décès d'un être cher – dès que possible, au plus tard une heure après le constat du décès. C'est le médecin traitant qui doit personnellement annoncer le décès.
Si les proches ne se trouvent pas dans l'établissement médical, ils sont informés par téléphone de la nécessité de se rendre immédiatement à l'hôpital.
Lors de l'annonce du décès d'un proche, il faut avant tout proposer à la personne de s'asseoir. Il convient ensuite d'annoncer le décès. Il n'est pas nécessaire de fournir à la personne une multitude d'informations supplémentaires, car sa capacité à assimiler l'information s'en trouve de toute façon altérée. On peut lui proposer un verre d'eau et lui demander ce qu'elle compte faire ensuite.

Il faut tenir compte du fait que certaines personnes auront besoin d'un soutien psychologique. Il ne faut pas faire pression ni poser trop de questions, et encore moins accuser les proches du patient d'être responsables de son décès. Il est important de prendre en considération les valeurs spirituelles et morales, ainsi que les traditions culturelles et nationales [20] du patient et de sa famille.

En résumé, annoncer de mauvaises nouvelles fait partie du quotidien de la pratique médicale. Une mauvaise nouvelle reste toujours une mauvaise nouvelle, quelle que soit la manière dont elle est annoncée. Mais la manière dont elle est communiquée peut avoir un impact profond tant sur le destinataire (le patient) que sur celui qui l'annonce (le médecin). Si la procédure de communication n'est pas appropriée, cela aggrave l'état du patient, détériore sa qualité de vie et rendra impossible tout contact futur avec le professionnel de santé. Une mauvaise communication a des conséquences néfastes, tandis qu'une bonne communication aide le patient à guérir. L'absence de formation adéquate du médecin entraînera son détachement émotionnel vis-à-vis des patients. Les compétences en communication peuvent être améliorées grâce à des programmes de formation et des ateliers pratiques. L'annonce de mauvaises nouvelles est une compétence pratique que tous les professionnels de santé doivent maîtriser.

ÉTATS ÉMOTIONNELS DE CRISE

Un état de crise est un état psychique et psychologique chez une personne ayant subi un traumatisme psychique ou se trouvant menacée par un événement potentiellement traumatisant. Cet état se caractérise par un sentiment d'agitation et d'anxiété d'intensité variable ; une fixation sur la situation traumatisante ; un sentiment d'impuissance et de désespoir ; une vision pessimiste de soi-même, de la situation actuelle et de l'avenir ; des difficultés à planifier ses activités. Les états de crise peuvent

survenir aussi bien dans des situations extrêmes que dans la vie quotidienne sous l'influence d'événements stressants.

Les crises sont :

- une situation critique (extraordinaire) dans laquelle il est nécessaire d'agir immédiatement (crise cardiaque, accident de la route, incendie) ;
- une situation qui exige un changement de mode de vie ou la prise de décisions ayant un effet à long terme (diagnostic d'une maladie chronique, changement d'emploi, recherche (trouvée) d'un partenaire de vie) ;
- le résultat de méthodes inefficaces ou irrationnelles utilisées pour surmonter les situations susmentionnées.

Une crise survient lorsqu'une personne se heurte à des obstacles qui l'empêchent d'atteindre ses objectifs de vie essentiels, des obstacles qui, à ce moment-là, semblent insurmontables et invincibles si l'on recourt aux méthodes habituelles de résolution des problèmes.

Une crise psychologique est un déséquilibre affectif et cognitif de l'activité mentale, provoqué par des circonstances extérieures. Elle se caractérise par une désorganisation de la vie, dont le degré est proportionnel à l'ampleur de la perturbation des capacités d'adaptation de la personne ; par un déséquilibre entre les tendances constructives et destructrices de l'activité psychique, ce qui entraîne l'apparition d'un comportement agressif ou auto-agressif.

En général, une crise psychologique dure de quatre à six semaines. C'est une période de vulnérabilité psychologique accrue chez l'individu, mais qui offre une opportunité de croissance et de développement personnels.

Les personnes qui entrent dans un établissement de soins sont très probablement en proie à de l'anxiété, et certaines traversent une véritable crise. Il faut tenir compte du fait que chacun suit son propre chemin, qui n'est pas le même que celui des autres.

La vie d'une personne est toujours liée à des pertes. Tôt ou tard, chacun subit une perte (de capacité de travail, de santé, de relations, de logement, d'argent, d'avenir rêvé, d'emploi, etc.), ce qui peut bouleverser son mode de vie. Toute perte s'accompagne toujours de souffrances psychologiques, mais les événements les plus tragiques pour un individu sont liés à la perte d'êtres chers.

Gore–universalnelyudskep vécu, réaction à la perte
significatif d'un objet, d'une partie de l'identité ou de l'identité attendue futur ;
cette expérience comprend une douleur morale, de la tristesse, de la colère, un sentiment d'impuissance, un sentiment de culpabilité et de désespoir.

Mais on ne peut se libérer de la souffrance qu'en la traversant. En d'autres termes, la souffrance, ou « le travail du deuil » (E. Lindeman), est un processus naturel, indispensable pour pleurer la mort d'un proche et surmonter cette perte, pour s'affranchir de cette perte, s'adapter aux réalités de la vie et nouer de nouvelles relations avec les autres et avec le monde.

LE SYNDROME DE DEUIL AIGU – ensemble de symptômes psychologiques qui se développe après le décès d'une personne particulièrement importante. Il se manifeste par :

- une sensation intense de souffrance physique (crises d'étouffement, accélération du rythme cardiaque, faiblesse musculaire, perte d'appétit) ;
- une tension émotionnelle pouvant évoluer vers une réaction de choc ;
- une obsession sur l'image de la perte, pouvant entraîner une perception illusoire de la réalité ;
- un sentiment de culpabilité envers le défunt ;
- de l'agressivité, de l'hostilité envers les autres ;
- un changement de comportement, des actions inappropriées dues à un rétrécissement de la sphère motivationnelle ;
- une identification à la perte.

En 1958, la psychiatre suisse Elisabeth Kübler-Ross a commencé à travailler dans des hôpitaux américains et a été frappée par l'absence de méthodes d'aide psychologique aux malades en fin de vie et à leurs proches. « Tout était dépersonnalisé, l'attention se portait exclusivement sur l'aspect technique », déclarait-elle en 1983 lors d'une interview à la radio BBC. « Les patients en phase terminale étaient livrés à eux-mêmes, personne ne leur parlait. »

En 1969, le livre de Kübler-Ross, « Sur la mort et le mourir », a été publié. L'auteure y citait des propos typiques de ses patients et décrivait les cinq états émotionnels que traversent les patients ayant reçu un diagnostic potentiellement mortel. Il s'agit du déni, de la colère, du marchandage, de la dépression et de l'acceptation.

La première réaction d'une personne qui apprend qu'elle est atteinte d'une maladie incurable est **le déni** : « Je n'arrive pas à y croire », « Ce n'est pas possible ! », « Pas moi ! ». En général, il s'agit simplement d'une réaction de défense temporaire qui permet à la personne de s'adapter et de prendre les mesures nécessaires, une façon de se protéger de la triste réalité, que ce soit de manière consciente ou inconsciente. Principaux signes du déni : refus de discuter du problème, repli sur soi, tentatives de faire comme si « tout allait bien », incrédulité face au fait que la tragédie se soit réellement produite. En général, une personne qui se trouve à ce stade du deuil tente de refouler ses émotions afin de ne pas s'effondrer sous leur intensité, mais tôt ou tard, les sentiments refoulés finissent par éclater et la phase suivante commence : **la phase de la colère.**

« Pourquoi cela m'est-il arrivé ? C'est injuste ! », « Non ! Je ne peux pas l'accepter ! ». La colère, voire parfois la rage, provoquées par l'indignation et le désespoir face à un destin injuste et cruel. La colère s'exprime de différentes manières : une personne peut être en colère contre elle-même, contre certaines personnes, ou simplement contre la situation. Il est important de ne pas juger la personne qui traverse cette étape, de ne pas provoquer de disputes. Il faut garder à l'esprit que la colère de la personne trouve son origine dans le chagrin et qu'il ne s'agit que d'une phase temporaire.

Vient ensuite **la période de la négociation** – c'est une période d'espoir, la personne se console en pensant qu'il est possible de changer l'événement tragique ou de l'empêcher en concluant des contrats avec Dieu, avec la vie. La personne pense, par exemple, ainsi : « Si je promets de faire ceci (ou de ne pas faire cela), alors Toi, Seigneur, Tu ne laisseras pas ces changements se produire dans ma vie ». Parfois, ces négociations prennent la forme de superstitions : la personne se tourne vers des méthodes de guérison non conventionnelles, des guérisseuses, des médiums, participe à des rites religieux, croyant que grâce à cela, tous ses problèmes disparaîtront.

Après la phase de négociation vient **la dépression** : « Je ne veux plus rien », « Je suis tellement malheureux(se), rien ne m'intéresse », « Tout est horrible… À quoi bon essayer ? ». Lorsqu'une personne en deuil comprend que ses efforts ne donnent aucun résultat, que les changements tragiques sont bien réels, elle sombre dans un état d'abattement, de dépression, et perd toute sa vitalité. C'est une étape nécessaire du processus de deuil pour cesser de gaspiller son énergie dans de vaines tentatives de changer la situation et la préserver pour les changements à venir.

Enfin vient **la phase d'acceptation** : « Je ne peux pas changer cela, mais je peux vivre avec », « J'ai encore le temps de réaliser mes rêves les plus chers ». Lorsqu'une personne comprend qu'il est impossible d'annuler les événements tragiques (le défunt ne reviendra pas), elle aborde la phase d'acceptation. Ce n'est pas un état de bonheur, mais plutôt une acceptation résignée des faits et le sentiment qu'elle doit vivre avec cela.

Accepter. À ce stade, pour la première fois depuis le début du processus de deuil, les personnes commencent à envisager l'avenir. Même si c'est difficile, il faut aller de l'avant. Bien que Kübler-Ross n'ait pas inclus l'espoir dans sa liste des cinq étapes, elle considérait toutefois que **l'espoir** est un fil conducteur important qui relie toutes les étapes du deuil. L'espoir donne la foi en de possibles changements positifs, en ce que tout a un sens particulier que nous comprendrons plus tard – tôt ou tard, tout passe.

Après la publication du livre d'Elisabeth Kübler-Ross, qui est immédiatement devenu un best-seller, des milliers d'articles scientifiques ont été écrits, dans lesquels la théorie des cinq étapes a été appliquée à différentes personnes et situations.

« Les malades en phase terminale peuvent tout nous apprendre : non seulement comment mourir, mais aussi comment vivre », a déclaré Kübler-Ross en 1983. Elle a fondé des hospices dans de nombreux pays (le premier d'entre eux en 1999 aux Pays-Bas). Le magazine Time l'a incluse dans la liste des cent penseurs les plus importants du XXe siècle.

Ce que le patient doit vivre, ressentir et apprendre lorsqu'il reçoit une mauvaise nouvelle :

1. Lors de l'annonce du diagnostic : choc, déni, indignation ou paralysie. Cet état dure généralement trois jours.
2. La nécessité de gérer les émotions provoquées par la maladie : peur, horreur, colère, désespoir, tristesse, culpabilité, honte, etc.
3. Comprendre, assimiler et mémoriser de nombreuses informations complexes et souvent incompréhensibles.
4. Communiquer avec différents médecins et infirmières, chacun ayant son propre caractère et son humeur, et se trouvant eux aussi dans une situation de stress.
5. Comprendre les statistiques relatives au pronostic de sa maladie.
6. Gérer l'inconnu et l'incertitude quant à l'avenir tout en gardant espoir.
7. Établir une relation de confiance avec le médecin et les infirmières, et la maintenir tout au long du traitement.
8. Prendre des décisions concernant le traitement tout en restant confronté à l'imprévisibilité du résultat.

9. Apprendre à se comporter différemment, apprendre à être, d'une certaine manière, en bonne santé malgré la maladie.

10. Perdre une grande partie de ses anciens liens sociaux, de ses fonctions sociales et familiales, et vivre ces pertes.

11. Participer à la reconstruction du système familial et vivre les émotions qui y sont liées : culpabilité, honte, peur, ressentiment, désespoir, espoir, un nouveau niveau de confiance.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE EN CAS DE PERTE DIFFICILE

La perte d'un proche est toujours une crise.
Une crise est une situation aiguë ou un moment
où il faut prendre une décision, un tournant,
un moment très important.

Glennis Perry, « La crise existentielle »

Une situation de perte se caractérise par la désorientation et le stress ; les personnes en situation de crise éprouvent des sentiments négatifs – peur, culpabilité, désespoir, etc. Avant de décrire les spécificités du accompagnement en cas de crise liée à une perte ou au décès d'un proche, exposons **les principes fondamentaux de cet accompagnement (intervention de crise)** :

1. La personne qui bénéficie d'un soutien psychologique en situation de crise est compétente vis-à-vis de sa propre vie et capable de faire des choix.

2. Au cours de l'intervention de crise, le spécialiste participe activement à tout ce qui se passe avec la personne en détresse afin d'évaluer la situation et d'élaborer un plan d'action.

3. L'objectif minimal de l'intervention de crise est d'éviter la catastrophe ; l'objectif fondamental est le rétablissement de l'équilibre ; l'objectif final concerne la vie future de la personne.

4. Le spécialiste doit apporter son soutien, « être présent auprès de la personne », c'est-à-dire l'aider émotionnellement à traverser le processus de deuil.

5. Il est nécessaire de maintenir un équilibre entre l'autonomie de la personne et son besoin de soutien.

L'acceptation d'un deuil est un processus naturel de longue haleine qu'il ne faut pas précipiter. La personne a besoin de mécanismes de défense, en particulier au début du « travail de deuil », lorsqu'elle n'est pas encore prête à accepter la mort et à y réfléchir de manière réaliste. C'est pourquoi le professionnel doit lui permettre de recourir au déni ou à d'autres mécanismes de défense psychologique. Le rôle d'écoute est la meilleure tactique à adopter lorsqu'on accompagne une personne en deuil. Être aux côtés de la personne en deuil et l'écouter constitue le soutien le plus important. Il ne faut pas se contenter de rassurer superficiellement une personne en deuil. La gêne et les phrases toutes faites conduisent à une situation inconfortable : il faut donner à la personne la possibilité d'exprimer tous ses sentiments et l'accepter avec tolérance. Une autre tâche très importante du professionnel consiste à apprendre aux proches à réagir correctement face au deuil de la personne en deuil. L'aide psychologique doit être apportée en fonction des étapes du deuil.

Aide au stade du choc

À ce stade, la personne a généralement besoin d'une prise en charge intensive. Il est essentiel d'être aux côtés de la personne en deuil, de ne pas la laisser seule. Il est préférable de manifester son attention et sa bienveillance par des gestes tactiles. C'est ainsi que les gens expriment leur compassion lorsqu'ils manquent de mots. Même une simple poignée de main vaut mieux qu'une froide isolation.

Il convient de souligner que, pendant la période de deuil, la souffrance est atténuée par la présence des proches et des amis ; ce n'est pas tant leur aide concrète qui importe, mais le fait qu'ils soient facilement joignables pendant les quelques semaines où le chagrin est le plus intense. Il ne faut pas laisser seule une personne en deuil, mais il ne faut pas non plus la « surcharger » de soins – un grand chagrin ne s'atténue qu'avec le temps. Une personne en deuil a besoin de visites régulières mais discrètes et de personnes à l'écoute.

Aide au stade du deuil aigu

Il faut parler du défunt, des causes de son décès et des sentiments que cet événement suscite chez les personnes concernées. Il est nécessaire de poser des questions sur le défunt, d'écouter les souvenirs qu'on en garde et les récits de sa vie. En cas de mort violente ou soudaine, il faut discuter à plusieurs reprises et en détail de tous les aspects de cet événement tragique jusqu'à ce qu'ils perdent leur caractère horrible et traumatisant – ce n'est qu'alors que la personne qui a perdu un parent ou un proche pourra faire son deuil. Il faut lui donner la possibilité de pleurer son chagrin sans chercher à la consoler. Il faut progressivement réintégrer la personne dans ses activités quotidiennes.

Aide pendant la phase de rétablissement

Il faut aider la personne à se réinsérer dans la vie quotidienne et à envisager l'avenir. Comme elle peut revenir à plusieurs reprises sur les événements de la période de deuil intense, il est nécessaire de lui donner la possibilité de parler à nouveau du défunt. Le deuil et les pleurs sont une réaction normale face à la mort ; ils sont acceptables, nécessaires, et il ne faut pas les réprimer. Le processus de deuil dure aussi longtemps qu'il le faut à la personne pour surmonter cette lourde perte. Plusieurs techniques peuvent s'avérer utiles pour aider le professionnel à accompagner efficacement le deuil, notamment :

- l'utilisation d'objets (par exemple, des photos, des effets personnels, etc.) qui aident la personne ayant subi la perte à entretenir son travail de deuil ;
- le recours à l'art-thérapie ;
- des entretiens de suivi ;
- des exercices qui incitent la personne à porter un regard réaliste sur la relation, par exemple en dressant des listes des traits de caractère positifs et négatifs du défunt ;
- des lettres adressées au défunt ;
- la modification du comportement, par exemple en réduisant les visites au cimetière ou à d'autres lieux de mémoire, et en augmentant le nombre de visites dans des lieux où se trouvent des personnes ayant besoin d'aide.

C'est principalement dans les relations avec nos proches que le processus de deuil s'opère.

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES

Lors des cours avec les étudiants, il est préférable d'utiliser des supports vidéo, le travail en petits groupes et des jeux de rôle, en choisissant des maladies telles que la cirrhose du foie, la polyarthrite rhumatoïde, le diabète sucré, l'asthme bronchique et les maladies rénales chroniques.

Lors des cours avec les élèves officiers, il est plus judicieux d'organiser une discussion en aquarium ou un travail en petits groupes avec une discussion sur le respect des principes fondamentaux lors de l'annonce de mauvaises nouvelles.

Cas à discuter

Cas n° 1

tiré du « Livre jaune » – l'ouvrage d'Anastasia Leukhina « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux » (p. 114)

L'histoire de Maxim et de sa mère, qui s'est elle-même annoncé sa mort :

« À 9 h 15 du matin, le téléphone sonne à la maison. La veille, notre petit Maxymko, âgé de deux jours, a été admis en réanimation.

– Êtes-vous Anastasia Gennadievna Leukhina ?

– Oui.

– C'est l'hôpital pédiatrique qui vous appelle. Apportez de toute urgence vos passeports et votre certificat de mariage.

Et je comprends aussitôt qu'on ne me demande pas d'apporter de l'argent ni des médicaments, ce qui signifie que ce n'est plus nécessaire. Il ne reste plus qu'à régler quelques formalités administratives. Donc, Maxym n'est plus là.

– « Il est mort ? », je demande.

Silence en réponse. Puis :

– Nous vous attendons avec les documents dès que possible.

La grand-mère de Maksym a veillé toute la nuit sur les marches froides devant la réanimation fermée. Il est mort alors qu'elle était derrière la porte, mais on ne lui a rien dit
, on ne lui a pas permis de lui dire adieu. Mon mari et moi, on ne nous l'a pratiquement pas dit non plus. On nous a simplement laissé le deviner.

Pourquoi les médecins ne veulent-ils pas annoncer les mauvaises nouvelles ? »

Cas n° 2

Un homme de 60 ans a consulté un gastro-entérologue en raison d'une détérioration de son état général. Il se plaint d'une grande faiblesse générale, d'un goût amer dans la bouche, de nausées, parfois de vomissements, de régurgitations nauséabondes, d'un manque d'appétit, d'une aversion pour la viande, d'une sensation constante de lourdeur et de douleurs sourdes et périodiques dans le hypochondre droit. Ces symptômes sont apparus environ 2 à 3 semaines après le traitement d'un rhume. D'après le patient, il a été opéré il y a 6 mois dans un centre chirurgical de la capitale pour une ulcère gastrique. Après l'opération, il se sentait bien. Il n'y a pas de dossier médical. Il insiste sur le fait que son estomac va bien et que, selon lui, la cause de ses problèmes est le foie.

À l'examen objectif, une masse tumorale, dense et sensible, est palpable dans la cavité abdominale. Le foie est hypertrophié, dur, hétérogène et nodulaire. Des examens complémentaires ont été prescrits au patient. Bilan hématologique : anémie, VS à la hausse ; bilan hépatique : élévation de la bilirubine et des transaminases. L'échographie révèle de multiples lésions métastatiques au niveau du foie.

Le patient a été informé de la progression de la maladie. Le patient se montre grossier et insolent, laisse entendre que le personnel médical n'est pas suffisamment qualifié et refuse catégoriquement l'endoscopie, le scanner ainsi que les consultations avec le chirurgien oncologue et le chimiothérapeute, arguant que le chirurgien qui l'a opéré (le professeur) lui avait assuré qu'il vivrait encore plus de 10 ans après l'opération. Les médecins lui proposent de quitter l'établissement médical et de retourner voir son médecin traitant à Kiev.

Questions à débattre :

À quelle étape de l'acceptation d'une mauvaise nouvelle en est-on ? Le comportement des professionnels de santé est-il approprié ?

Cas n° 3

Femme de 38 ans, deuxième accouchement, prématuré (30 semaines). L'enfant est né vivant. L'enfant a été admis en soins intensifs sans sa mère et est décédé 32 heures plus tard. Le médecin a annoncé le décès de l'enfant en une seule phrase :
« Votre enfant est décédé ». Le corps de l'enfant a été remis au père. La femme a quitté l'hôpital deux jours plus tard. Son mari lui a dit qu'il avait eu peur et que cela lui avait fait mal d'enterrer leur enfant. Il lui a proposé de le faire elle-même. La femme a enterré son enfant seule. Un mois s'est écoulé. La femme ne parle plus à sa famille (son mari, sa belle-mère, sa fille) ni à ses amis. Lorsqu'elle croise des connaissances, elle détourne le regard et s'en va.

Questions à débattre :

À quel stade du deuil se trouve-t-elle ?
Pourquoi le médecin a-t-il annoncé la perte à la femme de cette manière ?
Comment faut-il travailler avec cette femme et sa famille dans une situation de perte périnatale ?

Cas n° 4

L'épouse d'un patient ayant subi un AVC hémorragique et venant de sortir d'un coma cérébral s'est présentée chez le médecin traitant. On a expliqué à l'épouse la gravité des conséquences de cette maladie, le fait que son mari ne pourra plus marcher, ni peut-être s'asseoir, qu'il aura besoin de soins constants prodigués par une tierce personne, et que son état psychique est également altéré. L'épouse se sent désemparée. Elle souhaite que son mari vive malgré ses problèmes physiques et psychiques, elle pleure, assure qu'elle fera tout son possible pour lui et qu'il finira bien par remarcher.

Questions à débattre :

À quelle étape de l'acceptation d'une mauvaise nouvelle se trouve-t-elle ? Quels conseils vaut-il mieux donner à l'épouse du malade ?
Quelle équipe devra être constituée pour prodiguer des soins médicaux au patient ?

Cas n° 5

tiré du « Livre jaune » – l'ouvrage d'Anastasia Leukhina « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux » (p. 55)

L'histoire de Tatiana, la nouvelle dans l'enveloppe et le plan

« C'est une médecin. L'une des meilleures gynécologues-endocrinologues de Kiev. … C'est elle-même qui a détecté une masse chez elle et qui est allée passer une mammographie. Elle s'est rendue dans une clinique privée pour ne croiser ni ses collègues médecins, ni ses patients. « J'attendais les résultats de la mammographie dans le couloir à dix heures du matin. L'assistante du médecin est venue me voir et m'a remis en silence une enveloppe contenant le diagnostic « cancer ». Même si je savais déjà ce qui m'arrivait, que je suis cultivée et bien informée, j'ai fondu en larmes lorsque j'ai ouvert l'enveloppe et lu le diagnostic. Quelques minutes plus tôt, le médecin avait vu la tumeur, avait écrit les mots « cancer du sein » et ses conclusions, mais pourquoi n'a-t-il pas pris la peine de m'en parler en personne ? Car à ce moment-là, même quelques mots de réconfort m'auraient été d'un grand soutien. Et remettre l'enveloppe en silence et laisser la patiente seule face à un diagnostic aussi terrible, c'est cruel. »

Questions à débattre :

Pourquoi les médecins hésitent-ils à annoncer de mauvaises nouvelles ?
Quels sont les besoins fondamentaux du patient lorsqu'on lui annonce une mauvaise nouvelle ?

Cas n° 6

tiré du « Livre jaune » – l'ouvrage d'Anastasia Leukhina « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux » (p. 60)

L'histoire d'Anya, la maman, et de l'importance de trouver des spécialistes compétents et d'être présent à ses côtés

«… Maux de tête, vomissements, saignements de nez… Son état ne faisait qu'empirer. Mon fils s'évanouissait, il hurlait de douleur… Ce médecin était neurochirurgien et travaillait à l'hôpital régional pour adultes de Kirovograd (aujourd'hui Kropyvnytskyi). C'est là que tout a basculé : « Maman, où regardez-vous ? Votre enfant a une tumeur au cerveau et vous ne faites rien ! Où aviez-vous la tête jusqu'à présent ? Emmenez-le immédiatement à Kiev, à l'Institut de neurochirurgie ! »

Question à débattre :

Comment évaluez-vous la manière dont un médecin annonce une mauvaise nouvelle ?

LIVRES ET FILMS SUR LES CRISES DE LA VIE

Livres

Frederika de Graaf, « Il n'y aura pas de séparation »
Anna Danilova, « De la mort à la vie »
Victor et Rosemary Zorsa, « Le chemin vers la mort. Vivre jusqu'au bout »
Anastasia Leukhina, « Un livre pas du tout effrayant sur la vie, la mort et tout ce qui se trouve entre les deux »
Henry Marsh, « Histoires de vie, de mort et de neurochirurgie » Joanna
Saliga, « Le foulard »
Sheryl Sandberg, « Plan B »
Antoine de Sourozh, « La vie. La mort. La maladie » Éric-
Emmanuel Schmitt, « Oscar et la dame en rose »
Irvin Yalom, « Regarder le soleil. Vivre sans craindre la mort »

Films

« La Faute aux étoiles » (réalisé par Josh Boone), États-Unis, 2014
« L'univers de Stephen Hawking » (réalisé par James Marsh), Royaume-Uni, Japon, États-Unis, 2014
« L'important, c'est de ne pas avoir peur ! » (réalisé par Nicole Kessel), États-Unis, 2011
« Respire pour nous » (réalisé par Andy Serkis), Royaume-Uni, 2017
« Le Docteur » (réalisé par Randa Haines), États-Unis, 1991
« Toucher le ciel » (réalisé par Thomas Jan), Allemagne, 1997
« La vie est belle » (réalisé par Jonathan Levine), États-Unis, 2011
« Cinq pas vers l'amour » (réalisé par Justin Baldoni), États-Unis, 2019
« Ma vie sans moi » (réalisé par Isabel Coixet), Espagne, 2003
« Ne renonce pas » (réalisé par Gus Van Sant), États-Unis, 2011
« Hâte-toi d'aimer » (réalisé par Adam Shankman), États-Unis, 2002
« Sweet November » (réalisé par Pat O'Connor), États-Unis, 2011 (également une adaptation antérieure de la pièce de Herman Raucher « Sweet November », réalisée par Robert Ellis Miller, États-Unis, 1968)
« La troisième étoile » (réalisé par Hetty Dalton), Royaume-Uni, 2010
« Si je reste » (réalisé par R. J. Cutler), États-Unis, 2014

Questions pour le journal de réflexion :

Que ressent un patient lorsqu'on lui annonce une mauvaise nouvelle ? Quels sont les avantages et les inconvénients de la présence des proches dans l'unité de soins intensifs ?

Présentation du sujet via le lien :

bit.ly/3Di0ybj

Version complète du cours disponible via le lien :

bit.ly/3ombqk4

THÈME 7

Conflits et conversations difficiles


ONE

THÈME 7

LES PATIENTS DANS DES SITUATIONS DIFFICILES. LE CONFLIT

Ce document a été soigneusement préparé par Yulia Turpakova et Natalia Galiash



Natalia Galiash, maître de conférences au département de pédiatrie, Université nationale de médecine d'Ivan Horbachevsky de Ternopil



Yulia Turpakova, enseignante en pédiatrie, Académie de médecine de Rivne

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Attitudes	Connaissances	Compétences
L'approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	Qu'est-ce qu'un conflit, ses causes, les principales stratégies de prévention et de comportement dans les situations conflictuelles ;	Démonstration d'une communication empathique efficace, évitement des types de communication et de comportement conflictuels ;
	les situations dans lesquelles un patient peut devenir « difficile ». Recherche d'une approche efficace auprès des patients en état de crise émotionnelle.	évaluation de l'état émotionnel des patients ;
		la communication avec les patients dans des états émotionnels complexes ;
		résolution des conflits par la résolution des problèmes ;
		faire preuve d'empathie.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Partie organisationnelle – **5 min.**
Évaluation du niveau de connaissances initial (test) – **10 min.** Brève analyse du contenu théorique (mini-cours). Alternative : interrogatoire oral/activité interactive/visionnage d'une vidéo – **20 min.**
Analyse de cas vidéo – **40-45 min**. Option proposée : discussion des cas en petits groupes.
Jeu de rôle – **15 min**. (préparation de tous les groupes et présentation de la première situation). Débriefing – **20 min**.
Présentation de la deuxième situation – **5 min**.
Nouveau débriefing – **20 min.**
Présentation de la troisième situation – **5 min.**
Nouveau débriefing – **20 min.**
Test final de vérification des connaissances théoriques – **5 min.**
(facultatif).
Bilan et annonce des notes – **10 min. Total : 180 minutes.**

PARTIE 1. SUPPORTS THÉORIQUES

Tableau 6.

Les cinq stratégies de comportement en situation de conflit (d'après Thomas Kilman)

	Essence de la stratégie	Conséquences
Évitement : « Je ne vois pas de conflit »	Nier l'existence d'une situation conflictuelle	L'adversaire ressent de plus en plus de ressentiment et peut finir par prendre une décision impulsive
Adaptation/concession	Renoncer à ses propres intérêts au profit de l'adversaire	La partie qui fait des concessions « apprend » à son partenaire qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte de ses intérêts. Ces règles du jeu sont acceptées, et par la suite, les intérêts de la partie encline à renoncer aux siens ne sont plus pris en considération
Compromis	Concession mutuelle : renoncer à une partie de ses intérêts à condition que l'autre partie renonce également à une partie des siens	Tout le monde fait des concessions, donc personne n'est pleinement satisfait. Lorsqu'il n'y a pas le temps de négocier, le compromis n'est peut-être pas la meilleure solution, mais c'est une solution acceptable et rapide
Concurrence	Chacun défend ses intérêts en recourant à tous les moyens pour atteindre son objectif : contrainte, pression, manipulation, chantage. Les intérêts de l'adversaire ne sont pas pris en compte	Ce modèle est fréquent, mais il est très destructeur pour les relations. Il engendre un climat psychologique négatif et hostile
Coopération	Les deux parties déploient des efforts actifs pour atteindre leur objectif	Ce n'est pas toujours le cas, mais le plus souvent, cette stratégie est la plus efficace. Elle permet de satisfaire au maximum les intérêts des parties en conflit et de préserver (voire d'améliorer) les relations entre les adversaires. Elle nécessite du temps, ainsi qu'une volonté minimale de la part des adversaires de parvenir à un accord et d'entamer des négociations

Principales stratégies dans un conflit

Les spécialistes des conflits ont établi les règles suivantes pour favoriser une résolutionconstructive :

1. Essayez d'évaluer de manière objective votre propre comportement dans une situation conflictuelle.
2. Considérez la situation problématique du point de vue de l'autre personne.
3. Évitez de porter des jugements sur les actions et les propos de l'autre personne.
4. Maîtrisez vos émotions.
5. Invitez l'autre personne à discuter des points litigieux, même lorsque vous pourriez prendre l'initiative vous-même.
6. Tenez compte de la possibilité que l'information soit déformée lors de sa transmission.

Les psychologues proposent les techniques suivantes pour favoriser une issue plus constructive à une situation tendue :

- la persuasion rationnelle (utilisation de faits et de la logique pour étayer votre position) ;
- comportement amical (donner à l'adversaire l'impression qu'il possède des qualités positives) ;
- tactique de coalition (demande de soutien, propositions d'alliance) ;
- la conclusion d'accords (échange mutuel d'avantages, promesses) ;
- contrôler l'attention de l'adversaire ;
- créer un effet de surprise si la communication suit un scénario destructeur.

Tout cela aidera les adversaires à se calmer et à évaluer la situation, puis à prendre une décision réfléchie.

Conseils pour des relations sans conflit :

- Ne vous disputez pas pour des broutilles.
- Ne discutez pas avec ceux avec qui il est inutile de discuter (l'interlocuteur est désagréable et têtu), ni avec ceux qui n'ont pas l'intention de discuter avec vous.
- Ne discutez pas avec quelqu'un pour qui il est plus important de se disputer que d'identifier et de résoudre le problème.
- Méthode de résolution des conflits par la résolution des problèmes.
- Évitez d'être catégorique et brusque pendant la dispute.
- Évitez les monologues et passez au dialogue, il n'y aura alors plus de temps pour les disputes.

Séquence d'actions

1. Déterminez le problème en termes objectifs, et non les décisions (c'est-à-dire ne pas se concentrer sur la lutte contre les conséquences du problème, mais formulez un objectif en vue de surmonter le problème et définir la marche à suivre).
2. Une fois l'essence du problème clarifiée, examinez les options suivantes pour le résoudre, qui satisferaient, dans une certaine mesure, toutes les parties concernées.
3. Concentrez-vous sur le problème, plutôt que sur vos propres attentions (les attaques personnelles ne font qu'exacerber et aggraver le conflit).
4. Créez un climat de confiance en améliorant l'échange d'informations et l'influence mutuelle.
5. Lors de la communication, cherchez à obtenir des résultats, sans pour autant céder vos propres positions, mais tenez compte des qualités de l'adversaire et des remarques constructives d'autres partie.

Règles de dialogue

Quand vous parlez :	Lorsque vous écoutez :
soyez aimable, respectez votre interlocuteur ;	prenez le temps d'écouter votre interlocuteur ;
soyez courtois, évitez d'être catégorique, ne faites pas la morale ;	Faites preuve de tolérance et de respect envers la personne qui parle ;
restez modeste dans votre auto-évaluation, soyez discret ;	n'interrompez pas votre interlocuteur, écoutez-le jusqu'au bout ;
concentrez-vous sur votre interlocuteur, mettez-le/la à l'aise ;	laissez votre interlocuteur s'exprimer librement, encouragez-le à participer activement ;
stimulez constamment l'intérêt de votre interlocuteur pour une communication constructive ;	utilisez la parole, les gestes et les expressions faciales pour apporter un soutien émotionnel et psychologique à la personne qui parle.
Exposez vos opinions et vos propositions de manière logique, sans utiliser de mots incompréhensibles ;	
maintenez l'attention de votre interlocuteur, stimulez sa participation active ;	
choisissez un style de conversation qui soit adapté non seulement à la situation de communication, mais aussi à la perception de votre interlocuteur ;	
Tenez compte de la distance dans la communication, de la gestuelle et des expressions faciales, etc.	
remarquez les émotions, mais ne vous laissez pas envahir par elles.	

Un patient en situation difficile : comment communiquer ?

6 règles :

1. Laissez votre interlocuteur « se défouler »

Commencez par écouter la personne afin de lui permettre de « se défouler ». Reformulez ce que vous avez entendu pour montrer que vous avez bien compris ce qui a été dit. Partagez les sentiments du patient, mais ne cautionnez pas ses plaintes (si elles sont injustifiées). Le fait de reconnaître ses sentiments permet généralement d'en atténuer rapidement l'intensité. Exprimez ensuite votre point de vue de manière calme et assurée, en évitant toute formulation critique concernant la « vérité » du patient. Insistez sur le fait que maintenant que le fond du problème est clair, il est nécessaire de définir un plan d'action pour le traitement, les examens ou la prescription.

2. Déterminer les véritables objectifs des parties

Le souhait du patient d'obtenir une prescription à des fins thérapeutiques est moins susceptible de générer un conflit que l'intention de comparer le diagnostic et la prescription d'un autre spécialiste, ou d'obtenir par tous les moyens un arrêt de travail, un certificat médical, etc. Dans ce genre de situation, le plus important est de refuser rapidement, de manière argumentée et catégorique, en justifiant ce refus par les directives de service.

3. Gérer les émotions

Il est important de comprendre à temps les émotions d'une personne ou de réagir à leur changement. Nous recommandons de ne pas remplir de documents ni de tenir à jour des dossiers électroniques pendant que vous communiquez avec le patient. N'écoutez pas seulement ce que dit le patient : observez également son langage corporel, ses expressions faciales et le ton de sa voix.

Si vous remarquez une tension émotionnelle, essayez de stabiliser la situation. Montrez votre empathie, rassurez et soutenez la personne.

4. Pas de place pour les « bavards »

Les patients bavards passent tout le temps alloué à la consultation à parler d'eux-mêmes. Le médecin doit reprendre l'initiative et faire preuve d'une grande proactivité pour ramener le patient des détails insignifiants vers les actions ici et maintenant. Prévenez-le de la durée limitée de la consultation, clarifiez l'objectif de la visite afin de le maintenir concentré. Utilisez davantage de questions fermées ou de questions nécessitant un choix précis.

5. Attention : manipulation

Certains patients jouent sur les sentiments des autres, recourent à la flatterie, menacent de piquer une crise ou de se plaindre auprès du médecin-chef pour arriver à leurs fins. La règle d'or dans la communication avec de telles personnes est de prendre conscience de ses propres émotions et de ne pas se laisser influencer par celles du patient. N'ayez pas peur de dire « non » fermement.

Gagner du temps est un excellent moyen de se protéger contre la manipulation. Pour éviter que le manipulateur ne vous prive du temps nécessaire à la réflexion, utilisez des formules magiques : « J'ai besoin de réfléchir », « Pourriez-vous me faire parvenir votre demande par écrit ? », etc.

6. Le droit aux droits

Afin de protéger l'équipe contre les attaques injustifiées de la part des patients dans des situations complexes (il ne s'agit pas de plaintes fondées), il convient d'élaborer et d'approuver par des arrêtés appropriés certaines règles régissant les droits des médecins. Par exemple, il peut y être stipulé que si un patient utilise un langage grossier, le médecin a le droit de refuser de le recevoir davantage.

L'existence de tels documents permet de minimiser l'apparition de divers malentendus et l'aggravation d'une situation conflictuelle.

Tableau 7.

Protocole EBE

Protocole EBE (EVE)		
E	Émotion/Explore the Emotion	L'émotion doit être identifiée : • déterminer quelle émotion envahit le patient (colère, tristesse, peur, etc.) ; • déterminer ce qui l'a provoquée : « Pourriez-vous expliquer (en détail) ce que vous ressentez ? » ; • reconnaître sa présence : « Je comprends que cela ait pu vous mettre en colère ».
V	Validation de l'émotion	Valider l'émotion : • confirme à votre interlocuteur que vous comprenez la pertinence de son émotion : « Je comprends que cela vous ait mis en colère », « La plupart des gens à votre place ressentiraient la même chose (ou quelque chose de similaire) ».
E	Réponse empathique/Empathic Response	Réponse empathique : • montre à votre interlocuteur que vous comprenez ses émotions et que vous compatissez : « Je suis vraiment désolé que cela se soit produit, et je comprends ce que vous ressentez en ce moment », « Je comprends que vous soyez en colère et triste en ce moment. Je suis désolé ».

Ce qu'il faut éviter lorsque l'on s'adresse à des patients en colère

Proposer une solution rapide

Souvent, les patients veulent/ont besoin que vous compreniez les émotions qu'ils ressentent, plutôt que de trouver une solution rapide. Bien sûr, cela dépendra du contexte, mais demandez-vous s'il vaut la peine de proposer une solution rapide qui pourrait ne pas vous apporter le bénéfice escompté.

Se mettre soi-même en colère

Essayez d'être attentif et de prendre conscience des sentiments que suscite en vous l'interaction avec le patient. Ce n'est peut-être pas ce que dit le patient qui vous indigne ou vous met en colère, mais la manière dont il le dit. Essayez de garder le contrôle de vos émotions et restez professionnel. Vous pouvez ressentir de la colère, mais la montrer à un patient déjà en colère ne fera très probablement qu'aggraver la situation. Parler à une autre personne (un collègue) dans une telle situation peut vous aider à réduire votre tension intérieure ou à évaluer le problème sous un autre angle.

Se défendre

Il peut sembler naturel de se mettre sur la défensive, surtout si vous êtes convaincu que votre interlocuteur a tort. Essayez toutefois de résister à la tentation de réagir de manière défensive, car cela pourrait aggraver la colère du patient.

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES

Jeu de rôle

Jeu de rôle (pour petits groupes, avec possibilité d'un débriefing collectif) Rôles : 1 –

professionnel de santé ; 1 – patient ; 1-2 – observateurs.

Durée : **25 min (10 min – préparation ; 2-3 min – présentation du dialogue ; 10-12 min – débriefing).**

Exemple de situation pour un jeu de rôle :

Un patient de 63 ans, chez qui l'on soupçonne un cancer de l'estomac, refuse catégoriquement de subir une gastroscopie. Il fait un scandale. Il exige qu'on le laisse rentrer chez lui immédiatement. Antécédents médicaux : gastrite chronique ; hémorragie gastrique il y a deux ans. Au moment de cette hospitalisation, il se plaignait d'un manque d'appétit et d'une perte de poids. L'examen a été prescrit par le médecin du service, qui est parti en déplacement et qu'il est impossible de joindre.

Tâche pour le professionnel de santé : convaincre le patient de se soumettre aux examens prescrits (OGD).

Nous proposons d'utiliser la même situation pour chacun des petits groupes, mais de changer le type de patient :

A – patient méfiant : hostile et méfiant lors de la communication. Il soupçonne constamment tout le monde de quelque chose.

B – patient bavard : loquace, passe constamment d'un sujet à l'autre, ne parvient pas à répondre de manière concise aux questions.

C – patient manipulateur : il joue sur les sentiments des autres, menace de porter plainte ou de se suicider, se met en colère. Il a un comportement impulsif visant à obtenir ce qu'il veut.

E – patient colérique : tendu, peu enclin à coopérer.

D – patient anxieux : désorienté, nerveux, exigeant une attention excessive et des efforts pour être convaincu. Son comportement et sa communication révèlent des signes d'anxiété : tremblements, transpiration, élocution rapide, etc.

Tableau 8

Exemple de liste de contrôle pour le débriefing

Actions du professionnel de santé	Description / Critères d'évaluation	Mention d'exécution	Points
Accueil	Le professionnel de santé salue le patient		1
Présentation	Donne son nom		0,5
	Indique son rôle		0,5
Identification de l'identité du patient	Demande le nom du patient, son âge (année de naissance)		1
Recueille des informations sur la nature du conflit/de la réclamation	en quoi consiste la plainte ;		1
	Quand la réclamation du patient a-t-elle surgi ?		1
	à qui ils se sont adressés pour obtenir des informations complémentaires ou de l'aide ;		1
	quelles ressources ont été utilisées pour résoudre le conflit/le litige		1
Reconnaître le point de vue de l'autre (l'écouter et la répéter) – tant verbalement qu'émotionnelle ment	Protocole EVE (EVE) :		
	• identification des émotions ;		1
	• validation des émotions ;		1
	• réponse empathique		1
Explication de sa position	Réponse argumentée avec explication/interprétation de la terminologie complexe		1
Proposition d'une solution au problème	Formulation des problèmes ;		0,5
	élaboration d'un plan d'action ;		0,5
	proposition de mobilisation de ressources supplémentaires (humaines, techniques, pharmacologiques, matérielles, etc.) ;		0,5
	orientation vers le résultat final		0,5
Justification. Références aux faits	Utilisation de données statistiques, de tableaux, de graphiques, d'illustrations, de documents normatifs et de sources d'information vérifiées		1

Actions du professionnel de santé	Description / Critères d'évaluation	Mention d'exécution	Points
Accueil du patient	S'adresser au patient par son nom (prénom et patronyme)		1
Conduite correcte du dialogue	amabilité, respect de l'interlocuteur ;		0,5
	la courtoisie, l'absence de catégorisme ;		0,5
	modestie dans l'auto-évaluation, discrétion ;		0,5
	orientation vers le partenaire, création d'un confort psychologique pour lui/elle ;		0,5
	stimulation constante de l'intérêt du partenaire pour une communication constructive ;		0,5
	clarté dans l'expression de ses opinions et de ses propositions ;		0,5
	maintenir l'attention du partenaire, stimuler son activité dans la compréhension ;		0,5
	choix d'un style de conversation qui soit adapté non seulement à la situation de communication, mais aussi à la perception de l'interlocuteur ;		0,5
	prise en compte de la distance, de la gestuelle et des expressions faciales, etc. pendant la communication ;		0,5
	équilibre émotionnel		0,5
Résultat de la communication	Stratégie choisie pour résoudre le conflit/la réclamation		1
Nombre de points obtenus Nombre maximal de points : 21,5 Nombre minimum de points pour la validation – 15 (70 %)			

Débriefing – retour d'information

4 étapes :

1. Étudiant : ce que j'ai bien fait.
2. Étudiant : ce que j'aurais pu mieux faire.
3. Enseignant : ce qui a été bien fait.
4. Enseignant : ce qui aurait pu être mieux fait.

Question pour le journal de réflexion :

Avez-vous peur des situations conflictuelles ? Comment les situations conflictuelles et la communication avec les patients dans des situations difficiles vous affectent-elles ?

Présentation du sujet via le lien :

bit.ly/3DuIIDe

Version complète du cours disponible via le lien :

bit.ly/31sh3V5

THÈM 8
E

Tolérance et la diversité : comment et pourquoi travailler avec des personnes différentes



THÈME 8
TOLÉRANCE ET DIVERSITÉ

Supports pédagogiques soigneusement sélectionnés par Oksana Petrynych et Olga Hovardovska



Oksana Petrynych, maître de conférences au département de médecine familiale, Université d'État de médecine de Bucovine



Olga Govardovska, assistante au département de pneumologie et de phthisiologie, Université nationale de médecine de Kharkiv

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Attitudes	Connaissances	Compétences
Une approche centrée sur la personne comme fondement de la philosophie des relations avec le patient.	la tolérance et la diversité.	comment et pourquoi travailler avec des personnes différentes et les respecter en tant qu'êtres humains.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Partie organisationnelle – **3 min.**

Réflexion : « Pourquoi les médecins peuvent-ils avoir des préjugés à l'égard de certains patients ? » ou « Rappelez-vous des situations de votre vie ou de votre pratique où vous avez été témoin/victime de discrimination lors de l'obtention de soins médicaux » – **12 min.**

Brève analyse du contenu théorique (mini-conférence) – **10 min.**

VARIANTE A

Jeu de rôle / patient hybride recommandé pour

les étudiants de 5e et 6e années.

La veille du cours, les étudiants reçoivent des consignes – 4 situations différentes : par exemple, la consultation d'un patient âgé ; d'un enfant accompagné de ses parents ; d'une femme souffrant d'anémie après un jeûne prolongé ; d'un patient souffrant de dépression. Pendant le cours, les étudiants présentent leur cas sous la forme d'une consultation, où les participants sont le médecin, le patient et les membres de la famille. Tous les étudiants analysent la consultation (selon le modèle de Calgary-Cambridge) et s'expriment lors du débriefing qui suit (ce qui a été bien fait,

VARIANTE B

recommandé pour les étudiants de 4e année

Analyse des mêmes cas en petits groupes suivie d'une discussion avec les étudiants – **25 min.**

+ Analyse des consultations vidéo : il faut identifier les différences entre les informations recueillies auprès du patient et la stratégie de prescription du médecin, en fonction de la qualité de la consultation (source n° 8 dans la liste des vidéos) – **25 min.**

Contrôle des connaissances – **10 min.**

Ce qui peut être amélioré ; les participants directs au jeu de rôle s'expriment en premier, puis les autres étudiants) – **55 min**. L'enseignant fait le bilan (ce qui a été bien fait, ce qui peut être amélioré) – **5 min.**	Bilan – **5 min**

Total : 90 min.

Matériel pédagogique

PARTIE 1. MATÉRIEL THÉORIQUE

Partout dans le monde, les personnes sont confrontées à des obstacles pour accéder à des soins médicaux de qualité. Les causes peuvent varier selon les pays et les communautés. Cependant, certains obstacles sont universels. Parmi ceux-ci figurent les différentes formes de discrimination auxquelles sont confrontés certains groupes de population.

DISCRIMINATION

La discrimination (du latin « discriminatio » – distinction, différence) est une violation du principe d'égalité. La loi ukrainienne « Sur les principes de prévention et de lutte contre la discrimination en Ukraine » en donne la définition suivante : « La discrimination est une situation dans laquelle une personne et/ou un groupe de personnes, en raison de leurs caractéristiques de race, de couleur de peau, de convictions politiques, religieuses ou autres, de sexe, d'âge, de handicap, d'origine ethnique et sociale, de nationalité, de situation familiale et patrimoniale, de lieu de résidence, de langue ou d'autres caractéristiques qui ont été, sont ou peuvent être réels ou présumés, subit une restriction dans la reconnaissance, l'exercice ou la jouissance des droits et libertés sous toute forme prévue par la présente loi, sauf dans les cas où cette restriction poursuit un but légitime et objectivement justifié, dont les moyens de réalisation sont appropriés et nécessaires ».

Les listes des motifs sur la base desquels il est interdit de discriminer les personnes peuvent varier d'un pays à l'autre : elles sont parfois plus longues, parfois plus courtes, mais il existe un principe général qui les unit toutes : elles doivent être ouvertes. Une liste ouverte signifie qu'une fois que tous les motifs mentionnés sont énumérés dans la loi, on ne met pas de point final, mais on ajoute « et d'autres motifs ».

Par « autres motifs », nous entendons notamment :

- l'état de santé (par exemple, la séropositivité d'une personne) ;
- le mode de vie (par exemple, la consommation de substances psychoactives ou la prestation de services sexuels à des fins commerciales) ;
- l'orientation sexuelle ;
- l'identité de genre ;
- l'appartenance à un syndicat ;
- le casier judiciaire.

Les formes de discrimination sont les suivantes :

la discrimination directe : situation dans laquelle une personne et/ou un groupe de personnes sont traités de manière moins favorable qu'une autre personne et/ou un autre groupe de personnes dans une situation similaire, sauf lorsque ce traitement poursuit un objectif légitime et objectivement justifié, et que les moyens mis en œuvre pour atteindre cet objectif sont appropriés et nécessaires ;

discrimination indirecte – situation dans laquelle, du fait de la mise en œuvre ou de l'application de normes juridiques, critères d'évaluation, de règles, d'exigences ou de pratiques, une personne et/ou un groupe de personnes se trouvent dans des conditions ou une situation moins favorables par rapport à d'autres personnes et/ou groupes de personnes en raison de certains de leurs caractéristiques, sauf lorsque leur mise en œuvre ou leur application poursuit un but légitime et objectivement justifié, dont les moyens pour l'atteindre sont appropriés et nécessaires ;

l'incitation à la discrimination – des directives, des instructions ou des appels à la discrimination à l'égard d'une personne et/ou d'un groupe de personnes en raison de certaines de leurs caractéristiques ;

complicité de discrimination – toute aide délibérée à la commission d'actes ou à l'inaction visant à provoquer une discrimination ;

le harcèlement – un comportement indésirable pour une personne et/ou un groupe de personnes, dont le but ou la conséquence est de porter atteinte à leur dignité humaine sur la base de certains critères ou de créer à l'égard de cette personne ou de ce groupe de personnes une atmosphère tendue, hostile, insultante ou méprisante.

Nous vous invitons à visionner la vidéo « Discrimination. Formes de discrimination » lien www.youtube.com/watch?v=2MV-xdvS98k&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3lADpQaozZyO5l&index=90

La discrimination dans le domaine médical peut prendre les formes suivantes :

- refus de vous fournir un service médical ou refus de vous inscrire comme patient dans une clinique ;
- le refus de poursuivre la prestation de soins ;
- la fourniture d'un service d'une ampleur moindre ou d'une qualité inférieure à celle habituellement fournie ;
- le fait de causer un préjudice moral ou matériel ;
- un comportement insultant ou humiliant ;
- tentative de punir ou d'humilier une personne qui s'est plainte de discrimination ;
- le refus délibéré de fournir des soins médicaux, ce qui, dans certains cas, peut être considéré comme une inaction criminelle de la part des personnes responsables et peut être assimilé à de la torture.

Par exemple :

- le refus d'hospitaliser des Roms ou des personnes séropositives ;
- le refus de soins à l'hôpital en raison de la méconnaissance de la langue ukrainienne ou russe ;
- l'absence de rampe d'accès aux locaux de l'hôpital ou de la pharmacie, ou une rampe d'accès inutilisable ;
- le refus de soigner des patients au motif qu'ils sont « trop âgés ».

Cette liste est non exhaustive et donnée à titre d'exemple.

Il est important de garder à l'esprit que le refus de fournir des services payants lorsqu'une personne n'est pas en mesure de les payer ne constituera pas une discrimination. Toutefois, l'administration est tenue de fournir des informations claires sur les services payants, leur coût et les alternatives gratuites disponibles.

Nous pouvons réduire le risque de discrimination par les mesures suivantes :

en garantissant l'égalité – cela se traduit par un traitement équitable de tous, en tenant compte de leurs besoins ;

l'inclusion (de l'anglais « inclusion » – intégration, participation) – processus visant à accroître le degré de participation de tous les citoyens à la vie sociale. Par exemple, la mise à disposition d'informations sous différents formats (y compris en braille), l'accès aux bâtiments pour les personnes en fauteuil roulant (terme correct pour désigner un « fauteuil d'invalide »), etc. ;

le respect et l'acceptation de la diversité – la tolérance.

Nous vous invitons à visionner la vidéo « La tolérance en tant que catégorie éthique » via le lien https://www.youtube.com/ watch?v=taBSHHqmn9E&list=PL7GVCn-5zwDj4pB&index=90

Dans la littérature contemporaine, le terme « tolérance » est souvent utilisé comme synonyme de « tolérance ». Cependant :

la tolérance est une acceptation passive de la réalité environnante, une absence de résistance face à des influences extérieures défavorables. Il ne faut pas réduire la tolérance à la simple tolérance.

La tolérance, c'est la reconnaissance des droits d'une autre personne qui est différente de soi, la volonté de comprendre et d'accepter d'autres normes culturelles, croyances et modèles de comportement. Dans l'interprétation du concept de « tolérance », il faut s'appuyer sur l'humanisme, c'est-à-dire la reconnaissance de la valeur de l'être humain en tant que personne, de son droit à la liberté, au bonheur, au développement et à l'épanouissement de ses capacités.

Le revers de la tolérance, c'**est l'intolérance.**

Les compétences en communication nécessaires à la compréhension des questions de diversité culturelle constituent un cas particulier des compétences fondamentales utilisées pour comprendre la position du patient (lors des phases de collecte d'informations, d'explication et de planification) et pour établir des relations. Il en va de même pour la diversité sociale : des aspects tels que l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'éducation.

La compétence culturelle désigne la capacité des professionnels de santé et des établissements de santé à fournir des soins médicaux qui répondent aux besoins culturels, sociaux et religieux des patients et de leurs familles.

COMMUNICATION INTERCULTURELLE ET DIVERSITÉ SOCIALE

Langue

la communication en langue étrangère (par exemple, le patient ou le médecin est contraint de s'exprimer dans une langue qu'il ne maîtrise pas suffisamment)

utilisation d'argot accent,

dialecte familiarité blessante

Utilisation et interprétation de la communication non verbale

le toucher

langage corporel

distance – proche/éloignée

contact visuel

expression des émotions

Attitudes culturelles et médecine

Interprétation des symptômes : ce qu'il faut considérer comme normal et ce qu'il ne faut pas ; points de vue sur les causes

points de vue sur l'efficacité des différentes options thérapeutiques

Attitude face à la maladie et à l'expérience de la maladie

recours à des sources supplémentaires ou alternatives de soins médicaux attentes des personnes de différents âges et sexes concernant les rôles et les relations

le rôle du médecin et les interactions sociales en matière d'autorité et de marques de respect

acceptation de la responsabilité quant au respect des recommandations médicales

les événements de la vie familiale (cérémonies, croyances accompagnant les fiançailles et le mariage, la grossesse et l'accouchement, l'aide apportée par les aînés aux jeunes, les soins aux personnes âgées, la mort)

questions psychologiques (identification des facteurs de stress courants, connaissance du système de soutien psychologique de la famille/de la population)

le rôle du médecin dans la santé mentale et la maladie

Questions intimes

sexualité – y compris l'orientation sexuelle, le comportement sexuel, la contraception

timidité lors de certaines procédures d'examen

Consommation et abus d'alcool et d'autres substances

Violence domestique Annonce de

mauvaises nouvelles

Questions/obstacles dans la pratique médicale

le degré de collaboration entre le médecin et le patient, le degré d'implication de la famille, les responsabilités personnelles et familiales en matière de maintien de la santé et de traitement

les questions éthiques liées aux soins médicaux

les suppositions, les stéréotypes et les préjugés du médecin

consultation avec un spécialiste pratiquant la médecine complémentaire ou non conventionnelle

La connaissance des différents contextes ethniques et culturels dans lesquels un médecin peut exercer est utile, voire parfois indispensable. Ces connaissances donneront au médecin de l'assurance et l'aideront peut-être à établir plus rapidement une relation avec le patient. Cependant, les compétences fondamentales permettant de comprendre chaque patient en particulier et ses convictions médicales, quelle que soit sa culture, restent d'une importance capitale.

Il est important de partir du principe que tous les patients aspirent à la fois au respect de leur autonomie de la part du médecin et à une participation à la prise de décision. Dans de nombreuses cultures, il est encore d'usage aujourd'hui pour une personne d'attendre du médecin qu'il fasse preuve de paternalisme, et de la consultation qu'elle soit centrée sur le médecin. Mais transposer sur un patient particulier les positions et les visions du monde de toute une race ou d'une culture est tout aussi néfaste que de faire totalement abstraction de la sensibilité aux questions culturelles. La tâche du médecin consiste à mettre en lumière la position et l'expérience de la maladie propres à chaque patient. Cela est tout aussi important lorsque le médecin et le patient appartiennent à la même culture.

Les médecins doivent donc faire face à deux défis de communication parfois contradictoires : d'une part, éviter de faire des suppositions sur un patient en se basant sur son appartenance ethnique, et d'autre part, valoriser, chercher à connaître et à comprendre les différences culturelles qui peuvent fortement influencer la manière dont vous traiterez ce patient. Il n'est donc pas surprenant que l'établissement d'une compréhension mutuelle et d'une relation de confiance entre un patient et un médecin issus de groupes culturels différents demande souvent du temps et des efforts de part et d'autre.

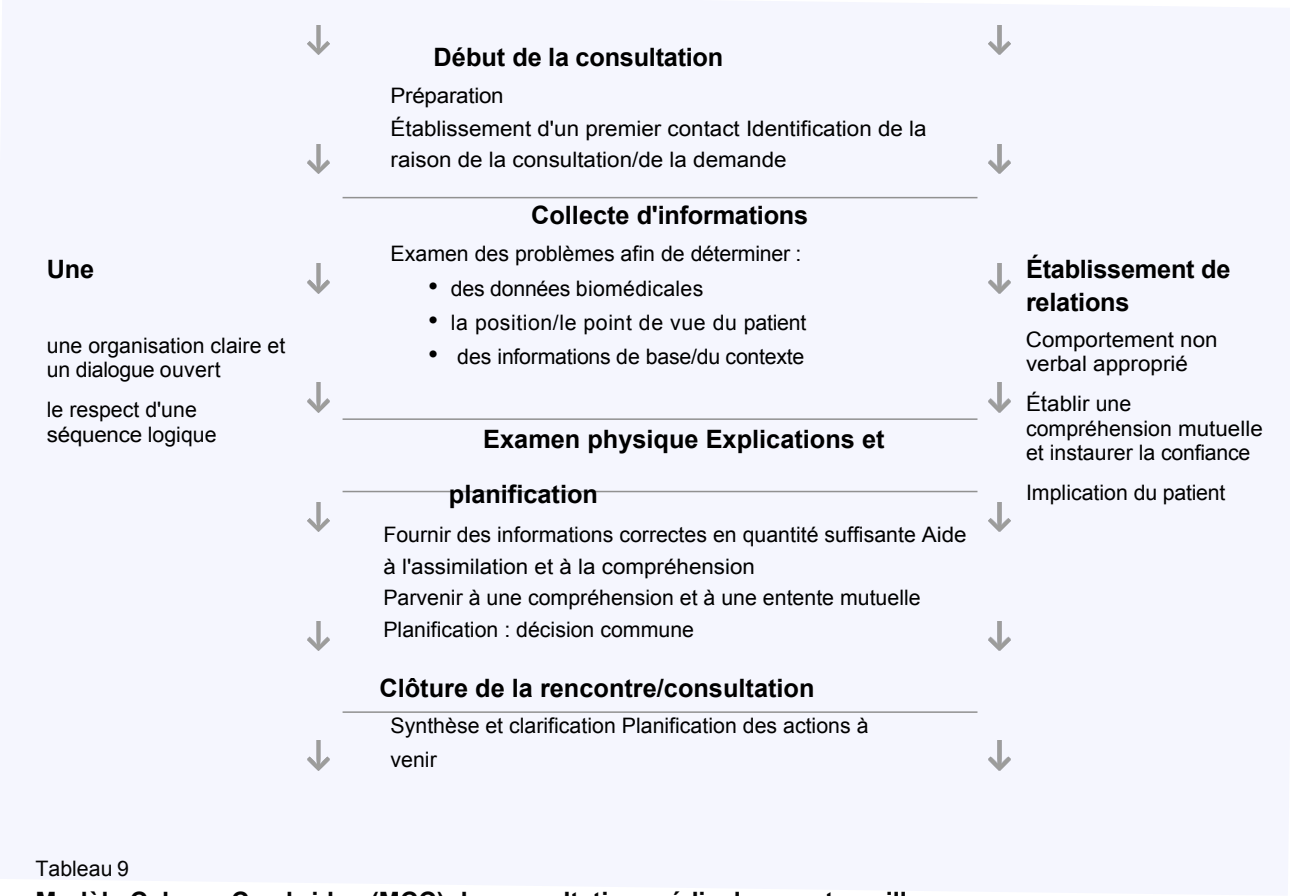


Fig. 10. Structure de la consultation clinique Calgary-Cambridge

Tableau 9

Modèle Calgary-Cambridge (MCC) de consultation médicale pour travailler avec des personnes issues de différents groupes ethniques

Compétences issues des « lignes directrices de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Début	
Saluez-vous, présentez-vous les uns aux autres	→ Demandez comment se prononce le prénom et le nom de famille, et quelle formule de politesse le patient préfère
Faites preuve d'intérêt, d'attention et de respect, veillez à ce que le patient soit physiquement à l'aise	→ Faites preuve de compréhension envers le souhait du patient de voir un membre de sa famille participer à la consultation ou de voir le médecin être un homme ou une femme. Proposez l'aide d'un interprète et, si elle est acceptée, convenez de son rôle lors de l'établissement de l'ordre du jour. Demandez quelle langue le patient souhaite utiliser pendant la consultation. Proposez de reporter la consultation si la barrière linguistique est trop importante. Tenez compte du sexe du médecin et du patient lors de la consultation et de l'examen.

Compétences issues des « lignes directrices de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Collecte d'informations	
Cernez la situation du patient : ses idées, ses craintes, ses attentes, ses sentiments, l'impact de son état de santé sur sa vie →	Renseignez-vous sur les points suivants concernant le patient : ses conceptions de la causalité ses attentes culturellement déterminées concernant le traitement ses coutumes familiales, conjugales, religieuses et sociales connaissance du système de soutien psychologique de la famille/de la population son rapport aux sources complémentaires/alternatives de soins médicaux. Les patients issus de certains milieux culturels et sociaux sont parfois peu informés du lien entre les problèmes psychologiques et les symptômes physiques. Dans certains cas, il n'est pas facile de reconnaître la dépression sous-jacente à des troubles psychosomatiques. Il peut être nécessaire d'accorder une attention particulière au point de vue du patient et d'établir une relation de confiance sur le long terme. Le médecin devra peut-être choisir les moments opportuns et privilégier les options de soins de santé auxquelles le patient, ainsi que son point de vue sur son état, sans risquer de le contredire afin de ne pas perdre sa confiance.
Impliquez le patient, encouragez-→ z sa participation et ses questions	Il faut encourager le patient à poser des questions. Aux États-Unis, selon des études, les Afro-Américains posent moins souvent des questions aux oncologues et viennent moins souvent accompagnés.
Collecte d'informations	
Adoptez un comportement non verbal approprié	N'oubliez pas qu'il peut exister des différences culturelles en matière de comportement non verbal, par exemple en ce qui concerne le contact visuel, le toucher ou la distance.
Acceptez sans jugement les opinions et les sentiments du patient →	Acceptez les idées et les convictions du patient sans porter de jugement moral. Évitez les stéréotypes et l'arrogance (par exemple, tenez compte des souhaits des patients et de leurs proches concernant la consultation, les examens et l'orientation vers des spécialistes). Essayez de ne pas faire de suppositions, et si vous en faites, vérifiez-les. Faites preuve de sensibilité aux différences culturelles dans des domaines tels que les problèmes sexuels, la consommation et l'abus d'alcool et d'autres substances, ainsi que la violence familiale.
Apportez votre soutien →	Exprimez votre soutien par des mots.

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, ciblée et intensive
Explication et planification	
Évaluez la situation initiale du patient →	Avant de fournir des informations, tenez compte du contexte culturel. Cela est particulièrement important lorsque vous travaillez avec des personnes en situation de handicap qui, selon des études, se sentent peu respectées et écoutées, reçoivent trop peu d'informations et participent moins souvent à la planification de leur traitement. Si nécessaire, faites appel à un interprète lors de la consultation. Vérifiez si l'interprète a transmis les informations de manière précise et complète, et si le patient les a bien comprises.
Adaptez vos explications à la situation du patient →	Vérifiez le contexte culturel et les compétences linguistiques avant de fournir des informations. Vérifiez que les problèmes et les craintes du patient ont été pris en compte.
Vérifiez la compréhension →	Il est particulièrement important de vérifier la compréhension en cas de problèmes linguistiques, même en présence d'un interprète. Faites-le au moins toutes les 1,5 minutes. Proposez des choix réalistes en tenant compte de la situation et du parcours du patient.
Convenez d'un plan pour toutes les parties →	Pour un patient qui n'est pas habitué à une relation de partenariat avec son médecin, cela peut être surprenant et difficile.

Exemples de formulations précises qui aideront le médecin à identifier et à respecter les différences culturelles, sans recourir à des stéréotypes ni à des suppositions infondées

En quoi tout cela influence-t-il votre vie et celle de votre entourage ?

Parlez-nous un peu de vous et de votre famille. Où habitez-vous ? Qui vit avec vous ? Où se trouve votre maison natale ? Qui sont vos parents ? Êtes-vous croyante ?

Je sais que les difficultés familiales sont souvent à l'origine de l'infertilité. Est-ce le cas pour vous ?

Il arrive que les traditions familiales et religieuses aient une forte influence sur la discussion des problèmes gynécologiques. Par exemple, les catholiques ont une approche stricte des questions de contraception. Est-ce que cela influence votre façon de voir votre problème ?

Vous avez dit tout à l'heure que vous veniez d'Afghanistan. Je ne connais rien à la culture afghane. Par exemple, est-il d'usage chez vous de serrer la main du médecin ? Comment se salue-t-on chez vous ?

Je comprends à quel point cela vous dérange que je ne vous comprenne pas autant que vous le souhaiteriez. Peut-être que ce serait plus facile avec un interprète ?

J'aimerais savoir quel type de traitement vous attendiez ou espériez recevoir. D'après ce que je connais de la culture chinoise, cela pourrait ne pas correspondre du tout à ce que nous pouvons vous proposer. Si c'est bien le cas, je tiens à vous aider.

Vous dites que vous avez mal partout. Avez-vous une idée de la raison pour laquelle cela se produit ?

Autres conseils utiles

Si vous ne connaissez pas le patient ou ses proches et que vous ne savez pas si vous devez lui serrer la main :

surveillez la réaction

présentez vos excuses si le patient semble vexé (vous ne vouliez offenser personne)

aborde la relation différemment, par exemple, demande quelle formule de salutation de ta part serait la plus appropriée.

Si vous avez l'intention de poser une question délicate, demandez la permission :

Puis-je vous poser une question à ce sujet

? Cela ne vous dérange pas ?

Demandez comment vous pouvez aider :

Puis-je vous aider à ce sujet ?

Expliquez pourquoi :

Cela peut être difficile pour vous. Mais voici pourquoi je dois vous poser cette question/faire cela…

Les gens ont parfois leurs propres raisons, et il est toujours utile de comprendre le point de vue du patient.

Je sais que les femmes préfèrent parfois être examinées par une femme. Est-ce important pour vous ?

Les règles de communication avec un patient appartenant à un autre groupe ethnique, culturel ou religieux sont énoncées dans le protocole BALANCE

Tableau 10

Protocole BALANCE

	Catégorie		À vérifier
B	Croyances et valeurs	Croyances et valeurs	Les croyances qui influencent la perception de la maladie
A	Ambiance	Environnement	Conditions de vie et type de famille
L	Langue et littératie en santé	Langue et littératie en santé	Rôle des interprètes, précision de la traduction, sens métaphoriques
A	Affiliations	Appartenance sociale	Engagement social, valeurs religieuses et spirituelles
N	Réseau	Réseau/relations	Accompagnement social
C	Défis	Risques/défis	Risques liés à la vie quotidienne et au travail
E	Économie	Économie	Situation socio-économique de la famille et de la communauté

Communication avec les patients âgés

La communication avec les patients âgés mérite une attention particulière. Au cours des 100 dernières années, la proportion de personnes âgées dans la population n'a cessé d'augmenter partout dans le monde. Selon les estimations actuelles, d'ici 2030, les personnes âgées de plus de 60 ans représenteront 35 % de la population occidentale. Voici quelques-unes des questions que les médecins doivent se poser et poser à leurs patients âgés :

Quels sont précisément les problèmes psychologiques et physiques liés au vieillissement chez cette personne ?

La perte d'audition ou les problèmes neurologiques du patient ont-ils affecté sa capacité à communiquer ? Si oui, que faut-il faire différemment ?

Que signifient la maladie ou l'approche de la mort pour cette personne ?

Si le patient se présente avec des symptômes de malaise, cela n'indique-t-il pas qu'il n'a pas besoin d'une autre aide ? N'est-il pas en dépression ? N'est-il pas seul ? Ne craint-il pas le handicap et la perte d'autonomie ? Ne craint-il pas la mort ?

Que sais-je de l'univers de cette personne, de ce qui lui est arrivé dans la vie ?

Y a-t-il des restrictions en matière d'intervention médicale et de traitement dont je dois tenir compte dans la suite de la prise en charge ?

Qu'attend cette personne de moi en tant que médecin ?

Cette personne bénéficie-t-elle du soutien de sa famille ou de ses amis ? Doivent-ils et veulent-ils participer à son prise en charge, et si oui, comment les impliquer ?

D'autres médecins ou établissements suivent-ils ce patient ? La question de la continuité des soins se pose-t-elle ici ?

Le principe fondamental – considérer les personnes avant tout comme des individus et non comme des « personnes âgées » – s'applique ici tout autant que dans le cadre de la prise en charge de patients issus de cultures différentes.

Tableau 11.
Compétences clés pour travailler avec les personnes âgées

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Début	
Prendre contact	→ Une attention particulière doit être accordée aux personnes fragiles, malentendantes ou malvoyantes. De nombreux patients âgés se rendent chez le médecin accompagnés de leurs proches ou de leurs aides-soignants, et il faut alors établir un contact avec toutes les personnes présentes.
Évaluation	→ Le médecin doit garder à l'esprit que le dépistage et la hiérarchisation des priorités sont particulièrement importants lorsqu'il s'agit de patients âgés, car de nombreux problèmes peuvent s'accumuler chez ces personnes au fil du temps. N'oubliez pas que : la nature et le nombre de problèmes n'indiquent p a s nécessairement le fonctionnement de l'organisme tous les problèmes ne sont pas d'actualité tous les problèmes ne nécessitent pas d'aide tous les problèmes ne font pas partie des priorités du patient
Écoutez attentivement	→ Il est extrêmement important d'évaluer l'état émotionnel du patient dès le début et tout au long de la consultation lorsque l'on travaille avec des patients âgés. L'anxiété et la dépression sont très courantes chez eux, mais peuvent ne pas s'exprimer ouvertement.
Collecte d'informations	
Posez des questions de clarification Posez vos questions en précisant la période concernée (de… à...) Faites le point	→ Lors des consultations avec des patients âgés, le médecin doit souvent écouter un récit confus contenant une multitude de détails qui s'échappent, et c'est là que les compétences permettant de clarifier la perspective temporelle, de faire le point et de vérifier toutes les hypothèses deviennent très importantes. Par exemple, il sera utile de demander sans ambiguïté au patient de raconter son problème depuis son apparition jusqu'à aujourd'hui ou sur une période donnée.
Saisissez les signaux	→ Le patient peut souhaiter, mais hésiter à aborder des problèmes tels que l'incontinence urinaire, une hernie inguinale ou une masse dans les seins ; il est donc particulièrement important de capter et de vérifier les signaux non verbaux et verbaux et d'y réagir.

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Collecte d'informations	
Parlez dans un langage adapté à la situation	→ Si le patient est troublé, déconcerté, bouleversé, s'il entend mal ou s'il a du mal à s'exprimer, votre langage doit être particulièrement explicite et clair. Commencez par vérifier les hypothèses sur ce qui pourrait causer des difficultés de communication. S'agit-il peut-être de la douleur ou des médicaments ? Le problème ne vient-il pas du jargon ? N'est-ce pas de la façon dont vous parlez ? Si le patient souffre de dysarthrie ou de surdité, vérifiez s'il comprend bien. Demandez-lui s'il ne serait pas plus facile pour lui de communiquer par écrit. Vérifiez s'il utilise un appareil auditif et, si c'est le cas, s'il est bien en place et s'il fonctionne correctement. Il faut encourager le patient à poser des questions. Aux États-Unis, selon des études, les Afro-Américains posent moins souvent des questions aux oncologues et viennent moins souvent accompagnés.
Évaluez l'état d'esprit du patient	→ Dans ce contexte, l'attitude du patient revêt une importance capitale. L'impact de la maladie sur la vie du patient détermine souvent ses attentes ou son adhésion au traitement et mérite la plus grande attention.
Établir une relation	
Faites preuve d'un comportement non verbal	→ Patience et facteur temps : il est essentiel de suivre le rythme du patient.
Faites preuve de sensibilité, d'empathie, d'→ d'acceptation et de soutien	Les patients âgés et leurs proches peuvent avoir besoin d'un soutien à la fois émotionnel et pratique. Essayez de prendre en compte la situation difficile du patient, cela vous aidera à comprendre son comportement, qui peut sembler maladroit ou inhabituel à première vue. La réaction face à des problèmes tels que l'incontinence urinaire doit être empreinte de compassion. Proposez une aide pratique.
Structuration de la consultation	
Faites le point Signalez	→ L'utilisation conjointe de ces deux compétences peut s'avérer particulièrement utile avec les patients âgés, notamment ceux qui souffrent de problèmes auditifs et de pertes de mémoire. Les patients âgés peuvent perdre le fil de leur récit et ont besoin de l'aider à la structurer. C'est pourquoi la synthèse et la signalisation sont utiles tant pour le médecin que pour le patient. La structuration de la consultation permet au médecin de valider les questions et les plans non seulement avec le patient, mais aussi avec les personnes qui s'occupent de lui. Le test de mémoire peut être un outil utile dans le travail avec les patients âgés. La décision de le réaliser doit être soigneusement justifiée afin de ne pas provoquer de gêne ou de colère chez le patient.

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »		L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Explications et planification		
Dosez et vérifiez	→	Mesurez vos propos et vérifiez si le patient vous comprend et si vous le comprenez, en utilisant un langage clair et sans jargon. Le point de vue du patient est ici très important. L'impact de la maladie sur la vie du patient détermine souvent ses attentes ou son adhésion au traitement et mérite la plus grande attention.
Utilisez des schémas	→	L'utilisation de schémas et d'instructions écrites, en particulier concernant les médicaments, aidera les patients souffrant de troubles de la mémoire et les personnes qui s'occupent d'eux.

Les médecins doivent mettre en pratique leurs compétences en matière de consultation tripartite chaque fois qu'un proche ou un ami du patient est présent, en particulier dans le cas de patients âgés, fragilisés mentalement et physiquement. Il convient d'écouter avec empathie tant le patient que son accompagnateur. Leurs points de vue sur l'état du patient peuvent être très différents. Il convient de les interroger tous les deux, de leur fournir des informations et de leur donner la possibilité de poser des questions ; le plan de traitement doit être convenu avec les deux. Cependant, même si l'accompagnateur peut apporter des informations utiles, cela ne change rien au fait que le patient reste la principale préoccupation du médecin.

Communication avec les enfants et leurs parents

Lorsqu'on s'adresse à des enfants, il est important de garder à l'esprit que l'enfant est le patient, mais que les parents jouent également un rôle essentiel. Il s'agit de consultations tripartites au cours desquelles le médecin doit communiquer à la fois avec les parents et avec les enfants, ce qui demande un effort particulier, car chaque participant aura inévitablement besoin d'une attention spécifique. Il est important de commencer la consultation pédiatrique en s'adressant à l'enfant, plutôt que de concentrer toute son attention sur les parents. Demandez à l'enfant s'il souhaite parler lui-même ou s'il préfère que ce soient ses parents qui le fassent. Les enfants ont souvent leurs propres souhaits. Les prendre en compte améliorera l'adhésion de l'enfant au traitement.

De nombreux problèmes pédiatriques sont mineurs, mais peuvent susciter une forte inquiétude chez les parents. Tous les parents vivent très mal les maladies graves de leur enfant.

Il n'est donc pas surprenant que, dans tous les cas, la satisfaction des parents dépende fortement de la prise en compte de leurs inquiétudes en temps opportun au cours de la consultation.

Lors de la consultation, les parents ont tendance à interrompre leurs enfants. Ils peuvent être en désaccord avec eux sur le problème ou craindre que, en laissant leurs enfants s'exprimer, ils ne fassent que faire perdre du temps au médecin, ou bien ils cherchent à transmettre avec précision au médecin leur point de vue sur la situation. En cas de désaccord, il est très utile de capter les signaux des deux parties – les parents et l'enfant-patient –, surtout si le problème est de nature psychologique ou comportementale, notamment lorsque vous avez affaire à un adolescent. Vous devrez peut-être consacrer du temps à communiquer séparément avec l'adolescent et avec ses parents. L'adolescent ne doit pas être relégué au second plan. Reconnaître la valeur des enfants de tous âges et respecter leurs points de vue contribuera plus certainement à l'établissement de relations fructueuses entre vous et vos jeunes patients.

Les enfants de tous âges posent des difficultés différentes lors d'une consultation pédiatrique. Les consultations avec les nourrissons sont, d'une certaine manière, les plus faciles, car les discussions se déroulent uniquement avec les parents. Impliquer des enfants en bas âge nécessite des compétences particulières, car ils ont naturellement peur des nouveaux environnements et des inconnus. Les enfants plus âgés, jusqu'à la puberté, peuvent se montrer très renfermés et timides, et les adolescents encore plus. Il est très important de ne pas les traiter avec condescendance, mais au contraire de créer les conditions nécessaires à leur pleine participation aux étapes de collecte d'informations et de planification.

Tableau 12

Compétences clés pour travailler avec les enfants et leurs parents

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »		L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, ciblée et intensive
Introduction		
Préparez-vous	→	Créez un environnement adapté à l'enfant et à ses parents, avec des jouets et des livres adaptés à son âge. Faites attention à la manière dont vous installez tout le monde.
Établissez le contact	→	Accueillez tous les adultes et les enfants et déterminez les liens de parenté entre les personnes, avec l'aide de l'enfant si son âge le permet. Suscitez l'intérêt de l'enfant par le biais d'un jeu, d'une conversation informelle ou en établissant un contact avec les parents. Évaluez dès le début dans quelle mesure l'enfant se sent à l'aise avec vous et choisissez l'approche appropriée. Veillez à ce que l'enfant et les adultes se sentent à l'aise.
Déterminez la raison de la consultation	→	Si possible, convenez avec l'enfant qui prendra la parole et comment les autres compléteront son récit. Qui commencera : l'enfant ou les parents ?

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, ciblée et intensive
Collecte d'informations	
Écoutez, aidez à s'exprimer, posez des questions ouvertes et fermées en fonction de la situation	Lorsque les enfants sont petits, recueillez des informations tout en jouant. Insistez pour que l'enfant et les adultes vous parlent de leurs problèmes avec leurs propres mots. Utilisez des questions ouvertes et fermées, en tenant compte de l'âge de l'enfant. Les questions fermées proposant des choix de réponses fonctionnent bien avec les jeunes enfants. Avec les enfants plus âgés, privilégiez les réponses sous forme de récit.
Comprenez les points de vue de l'enfant et des parents	Vérifiez et confirmez la compréhension des idées (les opinions sur les causes de la maladie peuvent différer entre les parents et les enfants). Si nécessaire, déterminez les positions tant des parents que des enfants.
Recueillez les informations essentielles	Encouragez l'enfant à exprimer ses sentiments. Les parents sont parfois capables d'expliquer les sentiments d'un jeune enfant, mais donnez-lui la possibilité de les expliquer lui-même. Informations principales : antécédents de grossesse et d'accouchement vaccinations et antécédents médicaux de l'enfant antécédents de croissance et de développement antécédents médicaux et allergiques antécédents familiaux et sociaux
Structuration	
Faites des bilans intermédiaires et signalez	Utilisez cette technique fréquemment, en particulier lorsque vous passez de l'enfant aux parents et vice-versa : « David, maman vient de me dire que tu as mal au ventre et qu'elle pense que c'est… Et maintenant, j'aimerais que tu me dises… Dis-moi, où as-tu mal exactement ? Tu peux me montrer ? »
Examen médical	
Créez des conditions propices à l'examen	Examen général des jeunes enfants : choisissez une position pour l'enfant : sur les genoux des parents, sur une table d'examen, pendant qu'il joue commencez par les méthodes les moins invasives facilitez l'examen par le jeu saisissez les moments propices Examen général des enfants plus âgés : soyez prêt à ce qu'ils puissent être timides et demander à être seuls demandez à l'enfant qui il souhaite voir assister à l'examen

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Établir des relations	
Continuez à établir des relations	→ Continuez à établir des relations avec les enfants et les parents, en tenant compte des circonstances. Les enfants aiment et apprécient la bonne humeur et les plaisanteries amicales, associées à la gentillesse.
Partagez vos impressions	→ Partagez vos impressions avec les parents. Ce n'est pas toujours facile, mais vous contribuerez ainsi à maintenir la bonne humeur de l'enfant. Les enfants plus âgés sont souvent déconcertés par un contact visuel excessif. Si vous réduisez légèrement votre attention portée à l'adolescent et, par exemple, que vous lui demandez de vous aider à dessiner un arbre généalogique, il/elle aura plus de facilité à s'exprimer librement.
Explications et planification	
Fournissez les informations nécessaires → dans la mesure appropriée	Fournissez les informations nécessaires de manière à ce qu'elles soient compréhensibles tant pour l'enfant que pour ses parents.
Tenez compte du point de vue du patient →	Il peut s'avérer plus pratique que ce soient les parents qui donnent les explications au jeune enfant en votre nom.
Impliquez le patient dans la prise de décision	→ Lorsque vous donnez des informations, tenez compte du point de vue des parents et de celui de l'enfant. Dans la mesure du possible, impliquez les parents et l'enfant dans la prise de décision.
Fin de la consultation	
Prévoyez une solution de secours	Il est très important de se prémunir pour garantir la satisfaction des parents et de garantir une bonne compréhension. Il s'agit d'élaborer un plan de secours et d'expliquer au patient ce qu'il doit faire si quelque chose ne se passe pas comme prévu, ce que peuvent signifier certains changements dans son état, ainsi que les moyens de vous contacter. Tout cela constitue une sécurité fiable, qui est l'étape la plus importante pour conclure la consultation.

N'oubliez pas : tant que l'enfant n'a pas atteint l'âge de 14 ans, les décisions relatives aux soins médicaux sont prises par ses représentants légaux, et après 14 ans, le consentement du patient mineur lui-même suffit.

Patients présentant des troubles psychiques

Lors de la prise en charge de patients présentant des troubles psychiques, il est essentiel de maîtriser les compétences fondamentales en matière de collecte d'informations et, en particulier, de recueillir avec précision les antécédents médicaux et d'établir une relation de confiance. Les patients atteints de troubles psychiques ont souvent besoin de silence pour comprendre ce qui leur arrive. D'un autre côté, le silence peut être perçu comme une pression, surtout lorsque le patient souffre également de troubles somatiques.

La dépression est un trouble psychique fréquent. Elle peut facilement passer inaperçue dans la pratique médicale. La précision du diagnostic dépend ici des compétences du médecin. Il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux compétences relationnelles : non seulement pour faciliter l'expression du patient et cerner sa position, mais aussi pour clarifier l'élément le plus important de cette consultation – la gravité de la dépression du patient et son éventuelle tendance au suicide.

Tableau 13

CCM pour le travail avec les personnes souffrant d'états dépressifs

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Début	
Établissez le contact →	La manière dont vous saluez un patient présentant des signes évidents de dépression. Pour établir un premier contact, il est essentiel de suivre le rythme et l'humeur du patient, de capter ses signaux verbaux et non verbaux et d'y réagir, d'observer l'expression faciale, le ton et le rythme de la parole du patient et de les refléter.
Collecte d'informations	
Écoutez, aidez le patient à s'exprimer. Évaluez l'état émotionnel du patient	Écoutez les premières paroles du patient sans l'interrompre, en faisant preuve d'empathie. Continuez à capter les signaux verbaux et non verbaux et réagissez-y.
Posez des questions ouvertes et fermées en fonction de la situation	Amenez le patient à répondre à une question ouverte sur ses sentiments : cela permet souvent de cerner rapidement le cœur du problème. La possibilité pour le patient d'exprimer ouvertement ses sentiments peut conduire à une catharsis, même si le choix du moment opportun pour passer aux questions directes est crucial. Les questions directes visent à permettre au patient de s'exprimer davantage et de se sentir capable de prendre les rênes de la situation. Les questions directes – pourquoi le patient soupçonne-t-il une dépression, quelles sont ses principales craintes et préoccupations, qu'est-ce qui affecte sa vie et son travail, qu'attend-il du médecin et quels sont ses espoirs – sont extrêmement importantes.

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Collecte d'informations	
Clarifiez	→ Répétitions, reformulations, pauses : tout cela aide à « ouvrir » le patient qui se sent insignifiant, coupable, désespéré.
Déterminez la position du patient	→ Des questions directes : pourquoi le patient soupçonne-t-il qu'il souffre de dépression, quelles sont ses principales craintes et préoccupations, quel est l'impact sur sa vie et son travail, qu'attend-il du médecin et quels sont ses espoirs ? – permettront de clarifier le récit du patient et faciliteront l'évaluation des risques.
Établir une relation	
Faites preuve d'empathie	Il est important de savoir faire preuve d'empathie. Les patients perçoivent rapidement, au ton de votre voix, si celle-ci ne correspond pas à vos paroles : « Comment pouvez-vous savoir ce que je ressens ? »
Faites preuve d'acceptation	→ La réaction face aux larmes d'un patient doit allier un langage corporel rassurant (y compris le contact physique), le silence, l'empathie et la capacité à choisir le moment opportun pour passer à autre chose.
Apportez votre soutien	→ Acceptez les paroles et les sentiments du patient sans jugement moral. Évitez les encouragements prématurés : « Je suis sûr que vous vous sentirez bientôt mieux. » Renseignez-vous sur les ressources dont dispose déjà le patient, proposez-lui votre soutien et, si possible, assurez-lui une prise en charge continue.

Voici quelques exemples de phrases concrètes pour détecter des états dépressifs et/ou un risque suicidaire :

– J'essaie de comprendre à quel point vous vous sentez déprimé. Avez-vous la force de m'en parler ?

– Vous semblez déprimé aujourd'hui. Voulez-vous me dire comment vous vous sentez ?

– Vous avez dit que vous ressentiez du désespoir et de la culpabilité dans cette situation. Pensez-vous que nous puissions vous aider d'une manière ou d'une autre ?

– Vous vous demandez si vous souffrez peut-être de dépression. Permettez-moi de vous poser quelques questions précises sur votre humeur, votre capacité à vous concentrer, votre appétit et vos habitudes de sommeil. Cela nous aidera à y voir plus clair.

– Avez-vous parfois l'impression qu'il y a tout de même une lueur d'espoir au bout du tunnel ?

– Vous avez dit que vous aviez des difficultés à dormir. Qu'est-ce qui vous passe par la tête lorsque vous vous tournez et vous retournez dans votre lit ?

– Certaines personnes, lorsqu'elles sont en dépression, ont l'impression de ne plus pouvoir continuer ainsi. Avez-vous parfois ce genre de pensées ? Aimeriez-vous en finir avec tout cela ? Avez-vous élaboré des plans ?

– Hier soir, vous avez pris une dose extrêmement élevée de paracétamol. Qu'en pensez-vous ? Êtes-vous soulagé ou déçu que cela n'ait pas fonctionné ?

La communication avec les patients souffrant de délires et d'hallucinations présente des difficultés particulières. Ce type de patient est, d'une manière ou d'une autre, déconnecté de la réalité. Il peut s'agir d'une phase aiguë de la maladie, durant laquelle le patient prononce des phrases incohérentes, se montre méfiant, voire parfois « violent », et a une conscience très floue de son état. Non seulement il/elle est incapable de fonctionner normalement, mais ses compétences en matière de communication sont souvent perdues. Ce type de patient est généralement effrayé et méfiant. Il est en réalité tout simplement impossible d'établir une relation avec eux ; toute tentative de rapprochement peut être mal interprétée et perçue comme une menace. D'un autre côté, les personnes atteintes de troubles psychiques apprécient beaucoup d'être comprises.

Le début d'une consultation avec une personne atteinte de troubles psychiques revêt une importance particulière : si la confiance mutuelle et le contact ne sont pas établis en une minute ou deux, cela conduira rapidement à des conflits et à des difficultés. Des proches et des amis du patient, agités et parfois en colère, peuvent compliquer encore davantage le processus de consultation.

Il est parfois très difficile d'amener un patient à collaborer lorsqu'il ou elle n'a pas conscience de sa maladie ou lorsqu'il ou elle se rend chez le médecin sous la pression de sa famille ou sous la contrainte de la loi. Il est difficile, voire impossible, de s'entendre avec un patient atteint de troubles psychiques sur un traitement, en particulier lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une hospitalisation d'office. Le défi pour le médecin consiste à surmonter ces obstacles tout en recueillant des informations (le plus souvent grâce à diverses allusions) sur la présence et la gravité du trouble psychique. Recueillir des informations avec empathie, surtout lorsque le médecin lui-même est inquiet, exige une maîtrise professionnelle des techniques de communication. Il ne faut pas sous-estimer l'impact de l'anxiété, de la peur et de la gêne tant sur le médecin que sur le patient.

La première consultation d'un patient et de ses proches, lorsqu'il existe un risque de trouble mental grave, s'apparente à une situation où l'on reçoit une mauvaise nouvelle, et il y a fort à parier que le patient s'en souviendra toute sa vie. Il est essentiel que cette consultation soit efficace, que les craintes soient exprimées et qu'il n'y ait pas de stigmatisation de la personne (association négative avec tout ce qui est honteux, peu prestigieux, répugnant, ce qui entraîne un fardeau supplémentaire pour la personne concernée, et certaines stigmatisations peuvent mener à l'exclusion sociale et à la discrimination). Tout cela contribuera à préparer le terrain pour les consultations et les examens à venir.

Tableau 14

Les compétences clés dans le travail avec les personnes souffrant de troubles psychiatriques

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, ciblée et intensive
Introduction	
Préparez-vous	→ Il est essentiel, avant le début de la consultation, de recueillir des informations à partir du dossier médical et auprès des personnes qui connaissent déjà le patient. Vous devez non seulement en savoir le plus possible sur les antécédents du patient, mais aussi d'évaluer le risque pour vous-même et pour votre entourage. Le patient peut être dangereux.
Faites connaissance	→ Présentez-vous en tant que psychiatre ou médecin d'une autre spécialité et expliquez pourquoi vous êtes là. Cela peut s'avérer difficile : le patient n'a peut-être pas du tout souhaité vous consulter. D'un côté, il est nécessaire d'expliquer clairement qui est ce médecin et pourquoi on lui a demandé de prendre en charge ce patient. D'un autre côté, si l'on soupçonne un trouble mental chez le patient, une explication détaillée de votre rôle en tant que psychiatre peut susciter de la méfiance et compromettre le contact dès le départ. Évaluez le risque d'un comportement « violent » et préparez-vous en conséquence.

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, plus ciblée et plus intensive
Collecte d'informations	
Écoutez, aidez le patient à s'exprimer, évaluez son état émotionnel	Écoutez le patient vous parler de ses problèmes sans lui poser directement de questions sur ses troubles de la pensée. En captant les signaux non verbaux du patient et en lui posant des questions prudentes et précises sur son état de santé, vous pourrez obtenir des informations non seulement sur ses difficultés (par exemple, comment ses voisins le harcèlent), mais aussi sur son degré de méfiance et de paranoïa. Cela peut également vous aider à évaluer l'intensité de ses délires et de ses hallucinations. Pour établir le contact, il est utile de commencer par examiner les problèmes externes du patient (leur impact sur sa vie) plutôt que ses problèmes internes. Clarifier les préoccupations et les craintes du patient (en commençant par accepter sa vision du monde et ses problèmes, sans se plonger trop tôt dans la pathologie présumée) aidera à établir le contact. Le patient peut ne pas se considérer comme malade, et le médecin doit refléter son expérience, en cherchant à parvenir à une compréhension commune de la position du patient sur la manière dont cette expérience affecte sa vie.
Déterminez la position du patient	Identifiez les convictions du patient. Les reconnaître sans le mener « en laisse » est un art difficile.
Alternez entre les questions ouvertes et fermées	La flexibilité dans l'utilisation de la « série de questions », allant des questions ouvertes aux questions fermées, est d'une importance fondamentale. Des questions posées trop tôt ou des questions très ciblées sur un trouble mental peuvent accroître l'anxiété du patient ; il faut alors inverser la « série de questions ».
Clarifiez	Si le patient ne vous suit pas et ne s'ouvre pas, vous pouvez essayer d'autres approches, par exemple une supposition éclairée visant à clarifier la situation. Lorsque vous aurez gagné la confiance du patient et qu'il sera prêt à parler, suivez-le, posez de nouvelles questions clarificatrices, accessibles et compréhensibles pour le patient.
Soyez attentif aux signaux	Il est parfois nécessaire de capter les signaux verbaux et non verbaux. Ne réagissez pas ouvertement à ces signaux. Le fait de les mettre en évidence peut accroître la méfiance du patient.
Établir une relation	
Adoptez un comportement non verbal approprié	Restez calme, ne vous précipitez pas. Il est important de faire preuve de souplesse en matière de contact visuel : un contact visuel excessif peut agiter le patient et renforcer sa paranoïa. Asseyez-vous et restez immobile. Soyez prudent avec les contacts physiques, ils peuvent être mal interprétés.
Faites preuve d'acceptation	Essayez de cacher votre surprise, montrez votre acceptation sans porter de jugement moral.

Compétences issues des « guides de Calgary-Cambridge »	L'utilisation de ces compétences est plus approfondie, ciblée et intensive
Établir des relations	
Faites preuve d'empathie	→ Méfiez-vous de l'empathie feinte : la plupart des médecins ont du mal à se mettre à la place d'un patient atteint de troubles psychiques, et les patients le savent.
Apportez votre soutien	→ Proposez une aide réaliste sans vous laisser « mener par le bout du nez » par le patient.
Structurer la consultation	
Faites le point sur la situation. Exprimez vos intentions	En communiquant soigneusement les conclusions intermédiaires au patient et en déterminant ce qu'il convient d'approfondir, le médecin l'aide à se calmer. La structuration de la consultation à l'aide de signaux et en établissant une séquence aide le patient chez qui l'on soupçonne une pathologie. Il est important d'exprimer ses intentions car le patient peut être distrait ou mal comprendre pourquoi on lui pose des questions ciblées.
Explications et planification	
Prise de décision partagée	Il n'est pas facile de dire la vérité au patient sur les effets secondaires désagréables d'un médicament antipsychotique lorsqu'il ou elle ne souhaite absolument pas prendre de médicaments. Cependant, l'établissement d'un contact et d'une entente avec un patient chez qui l'on soupçonne une psychose est d'une importance capitale. Une discussion approfondie, au cours de laquelle le médecin explique pourquoi le patient doit prendre le médicament, peut dépendre du degré de conscience qu'a ce dernier de son état. L'objectif de ce contact et de la discussion est que le patient fasse confiance au médecin et accepte de prendre le médicament. Mais parvenir à un terrain d'entente et une compréhension mutuelle peut s'avérer difficile.

L'empathie sans consentement

Il est très important de ne pas contredire le patient. Faites preuve d'empathie envers lui dans sa situation, reconnaissez le bien-fondé de ses inquiétudes, sans pour autant partager nécessairement son interprétation de la réalité.

Médecin : « Je comprends bien sûr à quel point vous devez être inquiet si vous pensez qu'on veut vous empoisonner. »

À la réaction « Vous ne me croyez pas ? », on peut répondre ainsi : « Vous me demandez si je crois qu'on vous donne du poison ? Je peux vous affirmer avec certitude que je ne vous donne pas de poison. Je ne peux pas affirmer avec certitude que d'autres vous en donnent. Mais je suis prêt(e) à vous écouter et à vous aider autant que possible. »

Comment concilier le soutien au patient et la défense de ses intérêts avec des doutes quant à sa position

Médecin : « Je comprends que vous ne vous sentiez pas malade pour le moment, mais je m'inquiète pour vous. Je pense que vous avez besoin d'un traitement, et je suis prêt à vous aider. »

Communiquer avec les personnes en situation de handicap

Alors que le monde entier et l'Ukraine s'engagent résolument vers une société inclusive, on entend parfois dans les conversations quotidiennes le mot « invalide », « infirme » et « sourd-muet ». L'époque soviétique se caractérisait par le fait que les personnes en situation de handicap appartenaient à une catégorie de population stigmatisée. De nombreux stéréotypes circulaient à leur sujet. Les personnes handicapées n'étaient pas bien accueillies dans la société. Au contraire, elles faisaient parfois l'objet d'une pitié excessive ou d'une glorification, et en même temps, elles ne sortaient pas de chez elles. Notamment parce que la société ne voulait pas les voir.

Objectivement, nous ne sommes pas habitués à côtoyer des personnes en situation de handicap, ce qui peut nous rendre mal à l'aise dans nos interactions, car nous ne savons pas comment nous comporter. Voici un petit conseil : traitez une personne en situation de handicap exactement comme vous traiteriez une personne sans handicap. Bien sûr, il faut tenir compte des particularités de leur mobilité ou de leur comportement, mais ce n'est en aucun cas le plus important dans votre interaction. Comment désigner correctement les personnes en situation de handicap ? Les personnes en situation de handicap. C'est ce que prévoit la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes en situation de handicap, et cela est également inscrit dans la législation ukrainienne.

Si, lorsque vous parlez d'une personne en situation de handicap, vous devez préciser de quel handicap il s'agit, dites « une personne qui ». Par exemple, une personne qui a une paralysie cérébrale, une personne qui n'entend pas, ou une personne qui utilise un fauteuil roulant. C'est là l'idée du langage centré sur la personne[1], qui repose sur le principe que le handicap n'est pas la caractéristique principale d'une personne.

[1] People First Language, Office of Disability Rights odr.dc.gov/page/people-first-lan-guage

La meilleure façon de parler d'une personne en situation de handicap est de l'appeler par son prénom. En effet, ni un handicap de naissance ni un handicap acquis ne définissent une personne en tant qu'individu. Ne mettez pas le handicap au premier plan. La personne passe avant tout. Lorsque vous communiquez avec une personne en situation de handicap, communiquez avec la personne. S'il vous est difficile de ne pas prêter attention aux troubles fonctionnels, demandez-vous ce qui vous semble inhabituel.

Les personnes atteintes d'un handicap complexe (paralysie, troubles du développement, etc.) qui ne peuvent pas parler ont elles aussi le droit de s'exprimer. Ne prenez aucune décision à la place d'une personne sans lui avoir préalablement demandé son accord. Demandez si elle a besoin d'aide avant de lui en proposer.

Ne saisissez pas la main d'une personne aveugle sans l'avoir prévenue à voix haute et ne commencez pas à la guider quelque part si elle ne vous demande pas d'aide. Par exemple, la barrière à laquelle elle s'accroche peut être son seul repère dans l'espace. Ne commencez pas à diriger un fauteuil roulant si la personne qui l'utilise n'a pas demandé d'aide pour se déplacer.

Vous pouvez avoir l'impression qu'une personne en situation de handicap ne peut pas accomplir une tâche, mais rappelez-vous qu'elle vit ainsi en permanence (et pas seulement lorsque vous la voyez) et qu'elle possède donc les compétences nécessaires pour survivre. Si une demande d'aide est clairement formulée, aidez-la.

Tenez compte de l'environnement dans lequel vous vous trouvez. Le design universel vise à créer un espace sûr et confortable pour toutes les personnes qui s'y trouvent. Une personne en fauteuil roulant, par exemple, se sentira plus en sécurité si vous marchez sur une route plane. Vous pouvez aider une personne aveugle à se rendre à l'adresse souhaitée si vous constatez que l'espace n'est pas adapté à ses besoins. Réfléchissez aux expressions à utiliser avant de parler. Les personnes en fauteuil roulant se promènent dans le parc, elles ne s'y rendent pas en voiture ; par conséquent, lorsque vous les invitez à se promener, ne confondez pas les verbes. Dans vos échanges avec des personnes aveugles, il est correct d'utiliser l'expression « à bientôt ».

Lorsque vous discutez avec une personne sourde qui communique en langue des signes, et qu'un interprète en langue des signes vous aide à traduire, maintenez un contact visuel directement avec votre interlocuteur. Cela vaut également pour les personnes ayant un trouble du développement : adressez-vous à votre interlocuteur, et non à la personne qui l'accompagne. Évitez de parler d'une « voix d'enfant », comme si vous vous adressiez à un petit enfant : cela peut être offensant.

Ne violez pas l'espace personnel. Cette règle, qui va de soi pour la plupart des gens, est pourtant souvent enfreinte lors des interactions avec des personnes en situation de handicap. Il ne faut pas toucher la canne blanche, les implants cochléaires ou le fauteuil roulant, car cela fait partie de l'espace personnel. Si vous en avez besoin, il vaut mieux demander la permission. De même, tout contact physique peut être inacceptable pour les personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique (TSA).

Ne prenez pas en pitié et ne glorifiez pas les personnes en situation de handicap. La glorification des personnes en situation de handicap n'a aucun sens, car chaque personne a son propre niveau de résilience psychologique et ses propres limites face aux épreuves de la vie qu'elle est capable de supporter. On peut qualifier d'inclusive une société où tous ses membres sont impliqués de manière égale dans l'interaction.

Communication avec la communauté LGBTQ(IA+)

LGBTQ(IA+) – cet acronyme est en constante évolution et regroupe différents concepts liés au genre et à l'identité sexuelle qui dépassent les normes hétérosexuelles ou cisgenres. Le mot est formé à partir des premières lettres des mots désignant les lesbiennes, les gays, les personnes bisexuelles, les personnes transgenres, les personnes queer, les personnes intersexuées, les personnes asexuées, etc.

Conseils utiles pour la consultation :

Ne présumez pas de l'hétérosexualité.

Ne posez pas de questions à un homme de 40 ans sur sa femme ni à une jeune fille de 16 ans sur les garçons.

Utilisez le mot « partenaire ». « Avez-vous un partenaire ? » Vous pouvez ensuite poser une question complémentaire telle que : « Votre partenaire est-il un homme ou une femme ? »

Ou vous pouvez dire : « Merci de m'en avoir parlé. Puis-je vous demander si vous avez un petit ami ou une petite amie ? »

Pendant la conversation, utilisez des formulations aussi précises que possible :

Au lieu de dire « Quand cela s'est-il produit, avez-vous eu des rapports sexuels protégés ? », dites plutôt « Alors, avez-vous utilisé un préservatif pendant vos rapports sexuels ? »

Ne dites pas « Alors, avez-vous eu des rapports sexuels normaux ? » – c'est une mauvaise question. Vous devez connaître les détails. Dites plutôt quelque chose comme : « Alors, quand vous parlez de rapports sexuels, vous parlez de rapports vaginaux, anaux, oraux ou d'une combinaison de ceux-ci ? »

Parfois, selon le niveau de compréhension du patient, vous devrez peut-être utiliser un langage encore plus simple que les expressions
« sexe anal » ou « sexe oral ». En fin de compte, vous devez savoir exactement ce qui s'est passé pour évaluer le risque médical d'IST, de grossesse, etc.

Ne manifestez pas un intérêt inapproprié pour l'identité des patients en posant des questions ou en faisant des commentaires qui n'ont aucun rapport avec le problème pour lequel le patient a sollicité de l'aide.

Si vous n'êtes pas familier avec une culture sexuelle particulière, n'ayez pas peur de le dire.

C'est normal si vous ne connaissez pas tout à fait la culture LGBTQ(IA+). Ce qui n'est vraiment pas acceptable, c'est de les juger. Montrez que vous souhaitez les aider :
« Pourriez-vous m'aider à mieux comprendre comment je peux vous aider ? »

Par **dysphorie de genre**, on entend la souffrance psychique liée à l'expérience de l'identité de genre du patient, qui ne correspond pas au phénotype ou au rôle social généralement associé à ce phénotype. La présence d'une détresse peut amener une personne à avoir besoin de recourir à une aide médicale.

Les patients ont souvent du mal à confier leurs sentiments de dysphorie de genre à leur médecin généraliste, soit parce que ces derniers connaissent souvent des membres de leur famille, soit parce qu'ils éprouvent de la peur, de la crainte d'être ridiculisés, de la culpabilité ou de la honte, soit en raison d'autres facteurs sociaux actuels qui les empêchent de demander de l'aide et un traitement. Ces facteurs, associés aux délais d'attente pour obtenir un traitement dans le système de santé, ont conduit à une augmentation du nombre de personnes qui ont recours à l'automédication (notamment aux traitements hormonaux).

Les personnes en transition de genre, ou celles qui ont adopté un mode de vie conforme au rôle de genre auquel elles aspirent et qui correspond à leur identité de genre, doivent être désignées par le prénom et le genre (Monsieur, Madame) qu'elles jugent appropriés. Si le personnel, qu'il soit médical ou administratif, a des doutes, il doit demander aux personnes concernées comment elles souhaitent être appelées. Lors de l'utilisation du mot « transsexuel », celui-ci doit être utilisé comme adjectif, par exemple : une personne transsexuelle.

Nous vous invitons à visionner les vidéos « Musée de l'acceptation 2, Kharkiv. Épisode 5 », « Les médecins sont-ils confrontés aux personnes LGBT ? », « Les personnes LGBT à l'hôpital », « Prise en charge des patients LGBT+ » (les liens vers ces vidéos se trouvent à la fin de cette section).

PARTIE 2. EXERCICES PRATIQUES

Cas pratiques pour le travail en petits groupes :

Cas n° 1

Victoria a consulté un gynécologue se plaignant de douleurs dans le bas-ventre. La médecin lui a proposé un examen afin d'en déterminer la cause.

Alors que Victoria se déshabillait et se préparait à l'examen, la médecin lui a posé des questions de routine. Elle lui a notamment demandé : « Avez-vous des relations sexuelles avec un homme ? »

Victoria a répondu qu'elle avait des relations sexuelles exclusivement avec des femmes. La médecin a déclaré que dans ce cas, elle refusait de l'examiner et de lui prodiguer des soins.

Cas n° 2

Une femme de 60 ans s'est rendue à l'hôpital en raison d'une douleur persistante à la jambe droite. Le médecin lors de la consultation a expliqué :

« Que voulez-vous, c'est l'âge », mais la patiente a insisté pour passer d'une radiographie, qui a révélé une fracture osseuse.

Cas 3

Un homme récemment sorti de prison s'est présenté chez une médecin de famille. Lors de l'examen du patient, la médecin a remarqué un nombre important de tatouages et lui a demandé leur signification.

Après avoir obtenu une réponse détaillée du patient, la médecin lui a demandé de changer de médecin traitant, car ses principes moraux ne lui permettaient pas de soigner « une telle » personne.

Cas n° 4

À l'hôpital où se trouve (le patient)(en traitement), la cuisine est ouverte de 8 h à17 h.

Mustafa est musulman, il observe le ramadan, c'est-à-dire qu'il ne mange qu'avant le lever et après le coucher du soleil.

De plus, le médecin traitant a prescrit des médicaments à prendre avant le petit-déjeuner, le déjeuner et le dîner. À la demande de M.du personnel(concernant les changements)(et la posologie)(des médicaments), le médecin a répondu : « Je les traite tous ainsi. C'est dieva shema».

Exercice :

Y a-t-il discrimination dans ce cas ? Sur quel motif ? Comment faire preuve de tolérance ?

La consultation présente-t-elle des particularités dans ce cas ? Si oui, lesquelles ?

Réponses aux cas pratiques

Cas n° 1

- oui, il y a discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ;
- mener une consultation selon le modèle de Calgary-Cambridge ;
- sur la communication lors de la consultation avec la communauté LGBTQ(IA+) est présentée dans le manuel (p. 319).

Cas n° 2

- Oui, il y a discrimination fondée sur l'âge :
- mener une consultation selon le modèle de Calgary-Cambridge en gardant à l'esprit que tous les problèmes de santé peuvent être liés au vieillissement
- sur la communication lors de la consultation avec les patients âgés sont présentés dans le recueil (p. 305).

Cas 3

- oui, discrimination en cas de casier judiciaire ;
- à mener consultation avec de Calgary au modèle de Cambridge ;
- Il n'y en a pas.

Cas n° 4

- oui, oui ; discrimination fondée sur religieuse
- tenir compte les croyances et les valeurs du patient (protocole BALANCE) ;
- dans cette situation il convient envisager la prescription de médicaments à action prolongée, qui pourraient être pris une fois par jour ; la question de l'organisation de l'alimentation relève de au de la gestion décision de gestion de cet hôpital.

Question pour le journal de réflexion :

Qu'ai-je appris sur moi-même et sur mes nouvelles perspectives lors de cette séance ?
Comment puis-je mettre cela à profit dans ma vie future et dans ma pratique médicale ?

Présentation du sujet via le lien :

bit.ly/3dl42ze

Version complète du cours disponible via le lien :

bit.ly/3lvsn3N

AU LIEU DE UNE POSTFACE

AU LIEU DE LA POSTFACE

L'HISTOIRE DE LA MÈRE D'ALLA ET L'IMPORTANCE DU CHOIX DES MOTS

Ma mère était très sensible : quand l'un de ses enfants avait de la fièvre, elle en avait aussi. Et puis, ma mère était très sensible aux mots : elle pouvait tomber malade si quelqu'un lui disait des mots méchants. Elle était timide et craintive.

En juillet 2001, maman a subi une opération de l'intestin : on lui a retiré une tumeur. Elle n'était pas maligne.

L'été était alors sec et caniculaire. Un vent chaud soufflait dans les couloirs de l'hôpital.

Quand maman a repris conscience après l'anesthésie, Andriy et moi sommes entrés dans la salle de réanimation. Il y faisait chaud là aussi. Un vent sec et faible s'engouffrait librement par les fenêtres ouvertes. Sur six lits – hauts comme des tables – gisaient immobiles, dans des poses diverses, des hommes et des femmes nus, la tête, les mains et les jambes bandées, le sang transparaissant à travers les bandages.

Maman était nue elle aussi, seul un grand linge ensanglanté lui couvrait le ventre, d'où sortait un tube. Un liquide trouble y bouillonnait lentement et s'écoulait dans un bocal placé sous le lit. À gauche de maman, à un demi-mètre de distance, gisait, les bras et les jambes écartés, un homme corpulent d'une cinquantaine d'années, avec un bandeau sur le front. De l'autre côté, un jeune homme au visage ensanglanté gémissait d'une voix rauque.

Npersonnenepouvait(imaginer)pour ma mère si timide
montagnecheveuxxçamercure,couteausurclassest nue parmi
les hommes

Je me suis dit que personne n'aurait pu imaginer pire torture pour ma mère, si timide, que de la laisser nue parmi ces hommes. J'ai cherché du regard de quoi couvrir sa nudité, mais je n'ai rien trouvé.

– Pourquoi ne les couvrez-vous pas un peu ? – demanda-t-elle au médecin.

– Ils ont des blessures. Mais ne vous inquiétez pas, ça leur est égal. Ce n'est pas un endroit où les gens ont honte.

Maman tourna la tête vers ma voix, ouvrit les yeux et nous regarda d'un air trouble. Elle dit d'un ton réprobateur : « Pourquoi m'avez-vous amenée ici si tard ?... Mais quelle différence cela fait-il maintenant... » – et elle se détourna. Il y avait tant de reproche et de résignation dans sa voix que mon cœur s'est mis à battre la chamade : avait-elle vraiment baissé les bras ? Pourquoi ?!

Je me suis souvenue : quand nous l'avions amenée à l'hôpital avec des douleurs abdominales, le chirurgien lui avait dit : « Pourquoi l'avez-vous amenée si tard ? » Ce même chirurgien qui connaissait son cancer, mais qui n'avait pas proposé d'opération plus tôt. Le chirurgien n'avait pas pensé qu'une personne malade pourrait être effrayée par ses paroles et perdre tout espoir de guérison.

Maman a demandé :

– « Apporte-moi des couches. » L'aide-soignante m'a fait honte en disant : « Vous êtes une femme adulte, et vous avez fait vos besoins sur le drap. Nettoyez ça après votre passage. »

Le médecin nous a rapidement mis dehors, et dans le couloir, il a dit que tout dépendait désormais de la reprise du fonctionnement de ses intestins, de sa capacité à aller à la selle.

– « Nous lui avons donné une forte dose de laxatif pour stimuler son intestin. Elle est encore en assez bonne santé, elle devrait s'en sortir », a-t-il dit.

Lorsque nous sommes arrivés le lendemain, maman était déjà dans le coma. Son intestin n'avait pas repris son fonctionnement, elle ne s'était plus jamais vidée. Le 26 juillet, elle nous a quittés. Elle avait 75 ans et jouissait d'une très bonne santé – toutes les femmes de sa famille que je connaissais vivaient jusqu'à 95 ou 98 ans.

Je suis convaincue que les mots du chirurgien « pourquoi si tard ? » avant l'opération et les reproches de l'infirmière après ont été déterminants dans cette histoire. Les paroles du chirurgien (« trop tard ! ») lui ont ôté tout espoir, et face aux reproches de l'aide-soignante, maman, par timidité, a tout simplement bloqué son intestin pour, Dieu nous en préserve, ne pas « se souiller ».

Nous espérons que ce guide vous permettra, à vous, à vos auditeurs et à vos patients, de mieux vous comprendre les uns les autres. Que le doute quant à savoir si ce sont les mots qui ont tué ma mère ne tourmente pas les filles ou les fils de vos patients, ni les patients de vos élèves,

car cela fait déjà 20 ans qu'ils font souffrir Alla. Que les connaissances et les idées rassemblées ici vous servent de soutien et vous permettent de réduire votre stress, de tirer davantage de satisfaction de votre métier et d'obtenir de meilleurs résultats.

Nous souhaitons à tous que le secteur de la santé devienne plus humain et que tous ses acteurs – médecins, infirmières, gestionnaires et patients – fassent preuve de plus d'empathie les uns envers les autres. Car l'empathie et l'humanité sont des ponts solides vers la confiance. Et quand la confiance est là, rien ne fait peur.

Quand il y a de la confiance, rien ne fait peur

Alla Tiutiunyk







LISTES DE CONTRÔLE POUR PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PATIENTS

LISTES DE CONTRÔLE POUR LE PERSONNEL MÉDICAL ET LES PATIENTS

Des gestes simples pour construire une relation

Après tout ce que nous avons appris et dit, nous avons décidé de dresser une liste récapitulative de ce qui est bon et de ce qui ne l'est pas pour la relation entre le médecin et le patient. Nous avons créé une liste de contrôle pour les professionnels de santé et avons constaté que les patients avaient eux aussi besoin de mieux comprendre ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter dans leurs relations avec les professionnels de santé. Une relation est toujours une affaire bilatérale.

Nous avons comparé ces listes et avons constaté qu'il y avait beaucoup de points communs à respecter par les deux parties. À savoir :

La courtoisie de base est réciproque. Dans un contexte de très forte agressivité au sein de la société, elle peut être salvatrice et créer un minimum de sécurité pour le développement de relations futures.

La communication est également réciproque. En effet, un grand nombre d'erreurs ou de conflits peuvent être évités grâce à une communication de qualité de part et d'autre. Des questions pertinentes, une préparation à la rencontre et une synthèse peuvent constituer un excellent fil conducteur pour des conversations délicates.

Les principes éthiques fondamentaux doivent également être respectés par les deux parties. Les normes éthiques fondamentales – le respect de la personne, de ses limites et de ses émotions – constituent l'un des premiers fondements de la confiance. Sans elles, aucune relation constructive n'est possible. Le non-respect des règles de conduite relatives aux limites conduit directement à de profondes blessures et à de l'animosité, causées avant tout par le mépris de ces normes.

La **sécurité et l'hygiène** relèvent en grande partie de la responsabilité des deux parties, et il est important qu'elles travaillent en équipe pour protéger chacune d'entre elles contre les erreurs. Car le prix de l'erreur est ici trop élevé : parfois, elles peuvent coûter la vie.

La prise de décision est également partagée. En effet, ce n'est pas seulement le résultat clinique qui en dépend, mais aussi la qualité de vie. Pour répartir correctement la responsabilité du processus de traitement entre le personnel soignant et les patients et s'assurer que cette décision est la bonne pour ce patient en particulier, il faut apprendre à établir un dialogue, et c'est une affaire commune. Et certaines personnes doivent également apprendre à prendre des décisions.

La communication de crise est la plus grande source de souffrance tant pour les professionnels de santé que pour les patients. Les situations conflictuelles et de crise mobilisent le plus d'énergie et d'émotions. Elles détruisent la confiance et creusent le fossé entre les deux parties ; pour préserver des relations axées sur le traitement et le rétablissement, il est essentiel d'apprendre la communication de crise.

Le respect du corps – compte tenu du contact très étroit entre le médecin et le patient et de la nécessité de contacts physiques entre des personnes parfois peu familières, nous devons, de part et d'autre, faire preuve de plus de délicatesse et de respect, de conscience et d'empathie envers les aspects corporels dans l'interaction entre le personnel soignant et le patient.

Lors de nos consultations avec les professionnels de santé et les patients, les représentants des deux groupes ont objecté : « Vous nous en demandez trop. Si eux (c'est-à-dire ceux qui sont en face – les médecins vis-à-vis des patients et les patients vis-à-vis des médecins) commencent à mieux se comporter, nous ferons également un pas vers eux. »

Mais quelle que soit notre position, nous pouvons assumer la responsabilité de notre propre comportement, mais nous ne pouvons pas contrôler celui des autres. C'est pourquoi notre équipe de coauteurs est sincèrement convaincue que chacun doit commencer par soi-même. Lorsque les professionnels de santé et les patients intégreront point par point ces conseils à leurs habitudes, chaque rencontre entre eux deviendra plus satisfaisante pour les deux parties, voire enrichissante. Et, pas à pas, ces simples recommandations permettront d'éviter de nombreux malentendus et, brique par brique, de construire une confiance mutuelle dans le secteur de la santé.

Vous pouvez utiliser ces listes, ou check-lists, de différentes manières. Elles peuvent servir de référence aux professionnels de différentes spécialités, pour diverses pratiques ; elles peuvent être discutées ou adaptées aux besoins de vos services ou établissements ; elles peuvent servir à apprendre et à former d'autres personnes, afin de transformer, point par point, la culture de la communication au sein des établissements de santé.

LISTE DE CONTRÔLE DE BASE SUR LA DIGNITÉ POUR LE PERSONNEL MÉDICAL

Des choses simples qui aideront à éviter de nombreux problèmes avec les patients et à instaurer une confiance mutuelle

Contextes pertinents : adultes, enfants, centre de soins ambulatoires, service hospitalier, unité de soins intensifs. Peut être pertinent dans tous les contextes.

Politesse de base

Regardez la personne dans les yeux lorsque c'est possible.

Choisissez un emplacement dans la pièce de manière à ce que vos yeux soient à la même hauteur que ceux du patient.

Saluez et présentez-vous.

Lorsque cela est approprié, souriez – un sourire n'est jamais de trop. En saluant, précisez

l'heure de la journée : « Bonjour/bon matin/bonsoir/bonne nuit ». Appelez le patient par son

prénom (oubliez les termes familiers tels que « mon oncle », « ma maman », « madame », « petit » et autres formules familières et humiliantes).

Adressez-vous en premier lieu directement au patient et, si nécessaire, à la personne qui l'accompagne. Frappez à la porte avant chaque entrée dans la chambre et demandez si vous pouvez entrer. Mettez votre téléphone portable en mode silencieux.

Si vous recevez un appel, ne répondez pas tant que vous êtes dans la chambre du patient ou en sa présence.

Éthique de base

Faites preuve de respect envers le patient et d'intérêt pour le problème pour lequel il ou elle vous a consulté(e).

Ne discutez pas des détails du diagnostic ou du traitement dans des espaces ouverts et en présence de personnes extérieures.

Gardez tout ce que le patient vous a dit (qu'il soit sous l'effet de médicaments ou non) entre vous et lui.

Au lieu de critiquer d'autres médecins, expliquez en détail vos recommandations au patient et justifiez les changements apportés au traitement.

Respectez le choix du patient s'il a décidé de demander un deuxième ou un troisième avis. Surtout, ne prenez pas de posture et n'envoyez pas la personne se faire soigner par ce médecin.

Ne parlez pas d'autres patients ou médecins en présence d'un patient, même s'il est inconscient.

En présence du patient, ne parlez pas de lui/d'elle à d'autres personnes à la troisième personne, même s'il/elle est inconscient(e). Sans motifs professionnels suffisants, ne vous immiscez pas dans la vie privée du patient.

Communication

Établissez une relation avec la personne. Un patient, quel que soit son âge ou son état, n'est pas un corps ou un ensemble de diagnostics, mais un être humain à part entière.

Structurez la consultation.

Demandez au patient quelles sont ses attentes concernant le traitement ou la rééducation.

Posez davantage de questions ouvertes.

Soyez prêt à expliquer au patient pourquoi tel ou tel traitement lui est prescrit, quels effets il peut en attendre et à quel moment environ.

Évitez les blagues ambiguës et le jargon médical.

Faites régulièrement le point sur ce que vous avez entendu et, si nécessaire, posez des questions de clarification au patient.

Prise de décision

Fournissez au patient suffisamment d'informations pour qu'il puisse prendre une décision.

Respectez le choix du patient s'il refuse, en tout ou en partie, vos propositions ou prescriptions.

Informez le patient des substituts/médicaments alternatifs/principes actifs possibles (si et quand cela s'applique) lorsque vous prescrivez des médicaments, au cas où les produits recommandés ne seraient pas disponibles.

Coordonnez vos actions avec le représentant du patient si celui-ci n'est pas en mesure de prendre une décision.

Le corps

Informez toujours le patient de ce que vous comptez faire avec lui et pourquoi.

Demandez à chaque fois au patient son consentement pour toute manipulation ou tout contact avec son corps.

Pour toute procédure intime avec le patient, utilisez un paravent et couvrez son corps.

Ne laissez pas les patients allongés, debout, assis ou en mouvement dans le

déshabillé. N'examinez pas les patients en présence de personnes du sexe opposé.

Aidez le patient à rester autonome dans ses soins d'hygiène autant qu'il ou elle en est capable. En premier lieu, pour aller aux toilettes : en marchant, debout, assis, dans un pot – aussi longtemps que cela sera possible.

Ne proposez pas de mettre une couche à un patient capable de contrôler ses fonctions.

Sécurité et hygiène

Lorsque des gants sont nécessaires, enfilez une paire neuve et retirez-la en présence du patient.

Ouvrez les seringues, les ampoules et les autres consommables en présence du patient.

Recouvrez les tables d'examen, les fauteuils, etc. de draps ou de couches propres avant la procédure, en présence du patient.

Vérifiez le nom ou la date de naissance de la personne avant toute intervention importante afin d'éviter toute erreur.

Mesures anti-crise

Prenez soin de vous, de vos nerfs et de ceux de vos patients. En général, les patients vous le rendent bien.

Faites tout votre possible pour rester calme, ne soyez pas grossier ni irritable, et ne hissez pas le ton.

Prévenez les patients des éventuelles conséquences négatives ou des effets secondaires des interventions et des médicaments, et informez-les du plan d'action à suivre si quelque chose devait mal tourner.

Essayez autant que possible d'éviter toute contrainte pendant les procédures. S'il s'agit d'un enfant ou d'un patient dans un état psychique instable, sollicitez le soutien de ses proches.

Ne critiquez pas et ne réprimandez pas le patient. Expliquez-lui plutôt comment faire, quoi faire et pourquoi.

Si le patient a peur ou panique, laissez-lui le temps de se calmer.

Proposez au patient de prendre des notes. Donnez-lui les informations par petites doses et vérifiez qu'il les comprend (surtout s'il est agité ou très ému).

LISTE DE CONTRÔLE DE BASE POUR LE RESPECT DU PATIENT

Des gestes simples qui vous permettront d'améliorer votre interaction avec le médecin/l'infirmière et d'éviter de nombreux problèmes

Préparation à la consultation ou à l'entretien

Dressez une liste de vos plaintes, symptômes ou autres questions.

Notez les détails importants : tant ceux concernant vos plaintes/votre inconfort que ceux relatifs à la prise de médicaments.

Organisez vos notes :

- quels sont vos principaux problèmes,
- quels événements y ont conduit,
- quand cela a commencé,
- si vous ressentez une douleur, décrivez-la (piquant, oppressante, aiguë, etc.), ainsi que son intensité sur une échelle de 1 à 10,
- quels médicaments vous prenez,
- la date de vos dernières règles (le cas échéant).

Préparez les résultats de vos analyses ou examens ainsi que votre dossier médical et apportez-les avec vous.

Rafraîchissez-vous la mémoire concernant vos antécédents médicaux afin de pouvoir répondre rapidement aux questions ou, si nécessaire, de les exposer brièvement au médecin.

Renseignez-vous à l'avance sur le statut de l'établissement auprès de la NSZU (si et quand cela s'applique).

Apportez un carnet de notes (ou allumez un enregistreur vocal, après en avoir prévenu le médecin et lui avoir expliqué que vous le faites pour pouvoir réécouter la conversation) et notez les informations essentielles de votre dialogue avec le médecin.

Politesse élémentaire

N'entrez pas précipitamment dans le cabinet, même si « je veux juste poser une question » ou « je veux juste récupérer un certificat ».

Respectez l'ordre d'attente.

Saluez et présentez-vous, adressez-vous au médecin/à l'infirmière par son prénom (ou par son patronyme).

Commencez par adopter un ton amical et bienveillant.

Au début, demandez au médecin s'il/elle est disponible pour discuter. Précisez combien de temps vous disposez pour la conversation.

N'utilisez pas votre téléphone pendant la consultation.

Maintenez un contact visuel lorsque cela est possible.

Ne faites pas perdre de temps au médecin avec des discussions hors sujet.

Demandez au médecin quels sont les horaires et les moyens de communication qui lui conviennent pour échanger ou clarifier des questions si celles-ci surviennent après la consultation.

Ne communiquez pas le numéro de portable du médecin à d'autres personnes sans son accord.

Éthique de base

N'appelez pas le médecin ou l'infirmière et ne leur demandez pas une attention particulière ou un traitement de faveur sous prétexte que vous êtes le frère, la sœur, le parrain, la marraine, le beau-frère, la belle-mère, le député, le client d'une assurance d'entreprise (la liste est longue), car, dans le cadre des relations professionnelles, il n'y a pas de « VIP » pour un médecin. Il y a des patients qu'il/elle doit traiter en priorité uniquement en fonction de leur état de santé.

Informez le médecin de votre intention d'obtenir un deuxième avis ou de consulter/vous faire soigner par d'autres spécialistes.

Ne demandez pas aux médecins : « Traiteriez-vous ainsi votre mère/père/enfant/mari ? » Partagez plutôt vos craintes ou posez les questions qui vous préoccupent.

Si vous sentez que vous ne pouvez pas faire confiance à votre médecin, il vaut mieux en trouver un autre.

Respectez la vie privée des autres patients.

Ne prenez pas de photos ni ne filmez les autres patients.

Communication

Commencez par dresser la liste de vos questions et décidez avec le médecin dans quel ordre vous allez les aborder.

Informez le médecin des éventuelles particularités culturelles ou religieuses susceptibles d'influencer votre problème, vos symptômes ou votre diagnostic.

Répondez honnêtement aux questions du médecin.

Partagez avec le médecin vos craintes, vos attentes et vos doutes.

Concentrez-vous sur la conversation. Exposez les informations relatives au problème pour lequel vous avez consulté le médecin. Évitez les questions générales, déterminez ce que vous avez besoin de savoir et soyez précis dans vos formulations.

Ralentissez le rythme de la conversation ou interrompez poliment le médecin si vous ne comprenez pas quelque chose ou si vous n'êtes pas d'accord avec quelque chose. Posez des questions si vous ne comprenez pas quelque chose. Vérifiez votre compréhension de ce que vous avez entendu en posant des questions de clarification.

Si vous avez besoin de parler au médecin en tête-à-tête, faites-le-lui savoir.

Faites le point au cours de la conversation et à la fin. Assurez-vous que toutes vos questions ont été abordées et que vos besoins ont été entendus.

Renseignez-vous sur les objectifs des traitements, les résultats attendus, les effets secondaires et les mesures à prendre si quelque chose ne se passe pas comme prévu.

Donnez un retour d'information honnête – tant sur les points positifs que négatifs – de manière bienveillante.

Prise de décision conjointe

Indiquez à votre médecin dans quelle mesure vous souhaitez être impliqué(e) dans la prise de décision, quel niveau de détail vous souhaitez connaître et quels proches vous souhaitez associer.

Prévenez votre médecin des éventuelles particularités culturelles ou religieuses susceptibles d'influencer votre choix de traitement.

Communication en situation de crise

Prenez soin de vous, de vos nerfs et de ceux du personnel soignant.

Faites tout votre possible pour rester calme, ne soyez pas grossier(e) ni irritable, et ne hissez pas le ton.

Quelques phrases qui peuvent vous aider en cas de difficulté :

- Je crains que nous ne nous soyons pas tout à fait compris. Voici pourquoi je pense cela...
- J'ai besoin de vous parler de « A ». Pouvons-nous en discuter maintenant ?
- Je comprends que vous êtes pressé. J'ai vraiment besoin de discuter de « A ». Quand puis-je vous rappeler ou repasser vous voir ?
- Aidez-moi à comprendre « B », s'il vous plaît.
- Je voudrais m'assurer que je vous ai bien compris. Vous m'avez dit de faire « ABCD ». C'est bien ça ?
- J'ai du mal à comprendre la terminologie médicale. Pourriez-vous ralentir un peu et m'expliquer cela en termes simples ?
- Quel terme dois-je rechercher sur Google pour trouver plus d'informations sur la maladie/l'intervention/le médicament ? Que me conseillez-vous de lire ?

Demandez poliment au médecin de vous fournir par écrit la prescription et les informations relatives au diagnostic, avec sa signature et son cachet.

En cas de litige, restez calme et adressez-vous au chef de service ou au médecin-chef. Il est préférable de le faire par le biais d’une déclaration écrite exposant vos questions/réclamations, que vous devrez enregistrer au secrétariat.

Sécurité et hygiène

Avant de consulter le médecin, prenez une douche et enfilez des vêtements propres et confortables, ainsi que des sous-vêtements propres au cas où vous devriez vous déshabiller, puis brossez-vous les dents.

Emportez avec vous, au cas où, une serviette, des lingettes, de l'eau et des chaussettes propres.

Vous pouvez demander au personnel soignant de déballer les consommables à usage unique et les ampoules en votre présence.

Lavez-vous soigneusement les mains aussi souvent que possible pendant et après votre visite à l'établissement de santé.

Surveillez les effets secondaires des médicaments/interventions et signalez-les à votre médecin.

MOTS D'ENCOURAGEMENT DE LA PART DE PERSONNALITÉS INFLUENTES

« La qualité des soins médicaux ne repose pas sur des connaissances particulières ou la maîtrise des technologies de pointe, ni sur le « sens du devoir », ni sur les « normes de notre clinique », et encore moins sur un appel de la direction concernant une personne « très importante ». La véritable qualité des soins médicaux repose sur l'empathie. Lorsque le médecin et l'infirmière ne voient pas un « patient » ni même un « client », mais un être humain. Un être humain avec une histoire unique, avec toutes les subtilités de son expérience et de ses émotions, doté d'une dignité humaine et d'une valeur inconditionnelle. Et qu'ils se comportent comme ils aimeraient qu'on se comporte avec eux s'ils étaient à la place de cette personne. Avec respect, compréhension et soutien.

Katerina Bulavinova
experte médicale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en Ukraine

« En Ukraine, il n'existe pas de débat public sur la confiance envers le système de santé et les médecins. Le faible niveau de confiance envers la médecine trouve justement son origine dans la rhétorique agressive, parfois toxique, du personnel médical à l'égard des patients et de leurs proches. Cette méfiance est encore renforcée par les résultats négatifs des traitements, relayés par les médias ou par le bouche-à-oreille. L'une des causes de la fragmentation des relations entre le médecin et le patient est l'absence de formation du personnel médical aux compétences de communication. Personne ne nous a appris comment annoncer un cancer à un patient, ni comment annoncer le décès d'un patient à ses proches. Nous avons appris en observant nos collègues plus expérimentés comment le faire, ou au contraire, comment ne pas le faire. Le guide « Humanité et empathie dans le domaine de la santé » contient l'ensemble des données actuelles pour combler le manque d'informations théoriques, et sa partie pratique permettra d'introduire rapidement, à l'aide d'exemples concrets, des méthodes de communication appropriées dans le travail quotidien des médecins. Ce manuel réduit le fossé de communication entre le patient et le médecin, mais pour commencer, les médecins doivent le lire. C'est indispensable. »

Andriy Beznosenko
médecin-chef de l'Institut national du cancer, chirurgien oncologue

« Lors de la consultation d'aujourd'hui dans notre dispensaire rural, je me suis dit que cette patiente avait trop de problèmes pour une seule visite. Je me suis souvenu d'une phrase de réflexion entendue ce matin : « Traitez les autres comme vous aimeriez qu'ils vous traitent. » Mais Dieu, au lieu de faire de moi un meilleur médecin, relève chaque jour la barre des défis émotionnels, et pour les surmonter, je dois moi-même chercher des outils pratiques...

« Un livre pas si effrayant que ça... » Ma femme et moi l'avons lu lentement et, chaque soir, nous organisions un cercle de réflexion pour établir des parallèles avec notre vie et notre travail au sein de la communauté. Ensemble, nous avons trouvé et testé de nouveaux outils :

Il me semble que vous êtes dépassés par un tel nombre de plaintes, essayons d'en traiter une partie maintenant, et le reste dans une semaine...

« Même si nous n'avons pas encore achevé notre travail avec cette personne, notre échange m'a laissé le sentiment rassurant que nous trouverons forcément une solution à nos problèmes. Je comprends également que l'empathie n'est pas seulement un outil pratique pour interagir avec une personne lors d'une consultation, mais aussi notre hygiène émotionnelle au quotidien. »

Vadym Vus
médecin de
famille, formateur à l'Académie de médecine
familiale d'Ukraine

« L'ouverture de l'hôpital est l'une des traditions que nous avons héritées de Mykola Amosov et de l'Institut de chirurgie cardiovasculaire sous sa direction. L'ouverture nous aide à obtenir de meilleurs résultats cliniques. L'ouverture d'esprit aide à réduire le risque d'épuisement professionnel. L'ouverture d'esprit aide à instaurer la confiance, et la confiance entre le médecin et le patient n'a pas de prix. Il est important d'apprendre l'ouverture d'esprit dès la première année d'études, et de la mettre en pratique dès la première consultation jusqu'à la dernière sortie de l'hôpital. »

Ilya Yemets
docteur en médecine,
directeur du Centre de cardiologie
et de chirurgie
cardiaque, professeur au département de
cardiologie
et de chirurgie cardiaque de l'Université nationale de médecine et de chirurgie « Platon
Shupyk »

« Les questions de communication, d'humanité et d'orientation vers le patient revêtent une importance capitale pour la communauté médicale, les patients et la société dans son ensemble. La santé humaine est la valeur suprême. Je souligne toujours que la santé humaine commence à se former dès la période de développement intra-utérin et au cours des premières années de la vie. L'éducation de la société et une communication adéquate entre les prestataires de soins de santé et les patients, dans le respect et l'humanité, peuvent rendre le monde meilleur, plus bienveillant et plus sûr. C'est précisément ce manuel, élaboré par un groupe d'auteurs, qui apportera une contribution importante à ces changements. Pour moi personnellement, la collaboration au sein des groupes de travail avec les membres de l'équipe d'auteurs a constitué une expérience importante en matière de communication et m'a apporté des réponses à des questions complexes.

Yelizaveta Shunko,
docteur en sciences médicales, professeure, membre correspondante de l'Académie nationale des sciences médicales de l'Ukraine,
directrice du département de néonatologie de l'Université nationale de médecine Platon Shupyk

UN GRAND MERCI

usept,htodirectochiop s'est efforcé de faire en sorte que ce manuel voie le jour :

Valentina Anufrieva
Viktor Artemenko
Taras Bezpaly
Daria Bogdan
Alina Borisova
Irina Borovik
Inna Volosevich
Tetiana Havrych
Natalia Galiash
L'association « Les lève-tôt »
Olga Govardovska
Alexei Golovin
Anastasia Goretskaya
Olena Gorska
Sofia Gusak
Alexandre Gusakov
Daria Dmitrievska
Andreas Eret
Olena Ignashchuk
Marina Kakhnova
À l'équipe d'Info Sapiens
Aux équipes de l'association « Horizontali »
et « Un livre pas si effrayant que ça... »
Olena Korotoun
À Oleksandr Kostyuk
Olena Kostyuk
Anna-Veronika Krasnopolska
Larisa
Anastasia Leukhina
Yulia Martinenko
Natalia Mitiayeva
Irina Movchan
Aliona Okhotnikova
Oksana Petrynych
Viktoria Pidvorchanska
Natalia Povar
Maria Popova
Tetiana Popova
Olga Poshurueva
Nina Reznichenko
Natalia Rudakova
Tetiana Sendetska
Pavlo Silkovsky
Ivan Simonovsky
Zoryana Skaletska
Yuriy Smolensky
Tetiana Stepurko
Petro Tochilkin
Yulia Tykholaz
À Yulia Turpakova
Alla Tioutiounik
Alexeï Kharitonov
Maria Khrapachova
Ivan Chernenko
Elizaveta Shunko
Maria Shilo
Anastasia Shurenkova
Tetiana Shchudrova

Publication pédagogique
Anastasia Gennadievna Leukhina

HUMANITÉ ET EMPATHIE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

GUIDE À L'INTENTION DES ENSEIGNANTS

Conception et mise en page **Anastasia Leukhina**
Coordination : **Olena Ignashchuk**
Couverture, conception, mise en page, traitement des illustrations et composition **Alina Borisova**
Révision **Maria Khrapachova**
Relecture : **Olga Pochoureva**

Approuvé pour impression : --.--.----. Format : .....
Impression offset. Papier …. Tirage ….. exemplaires. N° de remplacement ….

Projet ukraino-suisse « Développement de l'enseignement médical » 01001,
Kiev, rue Luteranska, 6B, app. 43
tél. : +380 44 384 10 09
E-mail :events@mededu.org.ua
mededu.org.ua

Édition et impression : **Maître des livres** Svidotstvo, numéro d'enregistrement 03037, Kiev, rue Maksym Kryvonos, 2B
E-mail : zamov@masterknyg.com.ua

« L'ouverture d'esprit nous aide
obtenir de meilleurs résultats cliniques.
Moins de burn-out. Instaurer la confiance,
et la confiance entre le médecin et le patient
est
est inestimable. Il est important
d'apprendre
l'ouverture d'esprit dès la première
année
et de la mise en pratique dès la
première
de la consultation jusqu'à la dernière sortie ».

Ilya Yemets, docteur en sciences médicales, directeur du Centre de cardiologie et de chirurgie cardiaque pédiatriques,
professeur au département de cardiologie
et de chirurgie cardiaque de l'Université nationale de médecine et de chirurgie « Platon Shupyk »

« Les questions de communication, d'humanité et d'orientation vers le patient sont très importantes pour la communauté médicale, les patients et la société dans son ensemble. C'est précisément le manuel pédagogique, élaboré par un groupe d'auteurs, qui apportera une contribution importante à ces changements. Pour moi personnellement, la collaboration
au sein de groupes de travail avec les membres de l'équipe d'auteurs a permis d'apporter des réponses à des questions complexes. »

Yelyzaveta Shunko, docteur en sciences médicales, professeure, membre correspondant de l'Académie nationale des sciences médicales et de l'hygiène de l'Ukraine, chef du département de néonatologie de l'Université nationale de médecine et de chirurgie « Platon Shupyk »

« L'empathie n'est pas seulement un
d'interaction avec une personne
lors d'une consultation, mais notre hygiène émotionnelle
».

Vadym Vus, médecin de famille, formateur à l'Académie
de médecine familiale d'Ukraine

« Le manuel « Humanité et empathie
dans les soins de santé » contient
l'ensemble
les données actuelles nécessaires pour
combler
le manque d'informations théoriques,
et sa partie pratique permettra
d'introduire rapidement et à l'aide
d'exemples concrets
mettre en œuvre les méthodes
correctes
la communication dans le travail quotidien des
médecins.
Ce guide réduit le fossé
dans la communication entre le
patient et
médecin, mais pour commencer, les médecins
doivent
le lire. C'est indispensable. »

Andriy Beznosenko, médecin-chef de l'Institut national
Institut national du cancer,
chirurgien oncologue

« La véritable qualité des soins médicaux commence par l'empathie. Lorsque le médecin et l'infirmière ne voient pas «pas un "patient" ni même un "client", mais un être humain. Un être humain doté d'une histoire unique, avec toutes les nuances de son expérience et de ses émotions, doté de dignité humaine et d'une valeur inconditionnelle. Et ils se comportent comme ils aimeraient qu'on se comporte avec eux s'ils étaient à la place de cette personne. Avec respect, compréhension et soutien».

Kateryna Bulavinova, experte médicale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en Ukraine

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЄКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

Ce projet est financé par la Direction du développement et de la coopération (DDC) de la Confédération suisse. Les opinions et les idées exprimées dans cette publication sont celles de l'auteur ou des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de la Direction du développement et de la coopération (DDC).