

RELATION SOIGNANT SOIGNE

Dr Amine BENAMMAR

Dimanche 03 Mars 2019

Faculté de Médecine de Tlemcen

OBJECTIFS DU COURS :

- Faire comprendre les bases de la communication
- Comment établir avec le malade une relation empathique
- Comment adopter une posture appropriée lors de l'annonce d'une maladie grave, d'un handicap ou d'un décès
- Explorer la possibilité d'élaborer un projet d'éducation personnalisé en face de la chronicité.

PLAN :

A./ INTRODUCTION

B./ PRINCIPES GENERAUX

C./ LES BASES DE LA COMMUNICATION

1.L'ECOUTE

a. Entonnoir de la communication

b. Comment se traduit l'écoute

1.COMMUNICATION VERBALE

2.COMMUNICATION NON VERBALE

3.L'EMPATHIE

4.LES TEMPS DE LA RELATION MEDECIN / MALADE

D./ STRUCTURATION DE L'ENTRETIEN MEDECIN / MALADE

E./ LE PATIENT CENTRE DE LA RELATION

F./ LA DEMANDE DE SOINS ET SES DETERMINANTS EMOTIONNELS

1.LA DEMANDE DE SOINS

2.L'EMOTION

3.LES DETERMINANTS EMOTIONNELS

G./ DIMENSIONS DE LA GRAVITE ET DE LA CHRONICITE

1.REACTIONS PSYCHOLOGIQUES DU PATIENT LORS DE L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE

a. Facteurs déterminant l'impact psychologique du diagnostic de la maladie grave

b. La phase initiale du choc

c. Après la phase de choc

1.LE MEDECIN FACE A LA MALADIE GRAVE

a. Le paradoxe de l'annonce

b. Facteurs déterminant l'impact, sur le médecin, du diagnostic de maladie grave

H./ CONCLUSION

A. INTRODUCTION

- La relation médecin-malade est un élément fondamental de la prise en charge des maladies.
- Afin d'obtenir la communication la plus efficace possible, le médecin doit connaître sa **propre personnalité** ainsi que celle de son patient.
- **L'organisation du cabinet et de la salle d'attente**, mais aussi du secrétariat doivent aussi avoir comme objectif de faciliter cette relation.
- **L'amélioration de la relation médecin-malade est utile** à la fois pour le médecin confronté à des situations parfois difficiles et conflictuelles, mais aussi pour le malade afin d'accepter une prise en charge parfois contraignante et génératrice d'angoisse.

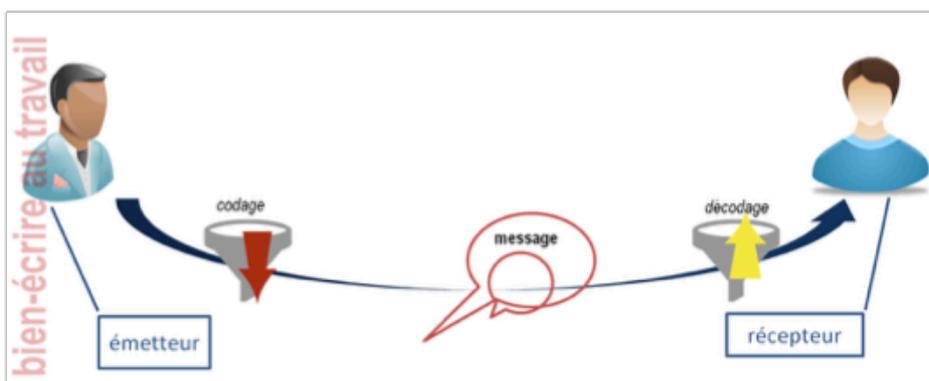
B. PRINCIPES GENERAUX

- La relation médecin-malade est une **RELATION HUMAINE**, dépendante de nombreux facteurs individuels et socioculturels.
- Ce n'est ***ni une relation amicale, ni familiale, ni commerciale***. C'est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre d'une **PRATIQUE ETHIQUE** soumise au code de déontologie médicale.
- La relation médecin-malade est une **RELATION ASYMETRIQUE**. Elle naît de la **demande** d'un **patient souffrant** adressé à un **médecin ayant le savoir sur la maladie**.
- **Le malade, en fonction de sa personnalité, attend un soulagement et si possible la guérison. Mais il n'attend pas du médecin une action purement technique, il demande également un soutien, une réassurance voire l'établissement d'une relation affective.**
- La relation médecin-malade est spécifique car elle a pour **premier objet le corps du malade** mais **la parole pour premier moyen thérapeutique**, source d'incompréhensions et d'erreurs

- Cette relation est également dépendante d'un **PROCESSUS D'IDEALISATIONS RECIPROQUES** : le **patient idéalise le médecin** comme connaisseur et expert ; le **médecin idéalise le patient** comme celui qui répondra à la prise en charge qu'il préconise.

C. LES BASES DE LA COMMUNICATION

La communication peut être représentée par la mise en phase d'un **EMETTEUR**, d'un **RECEPTEUR** et d'ondes parfois compliquées de parasites extérieurs.

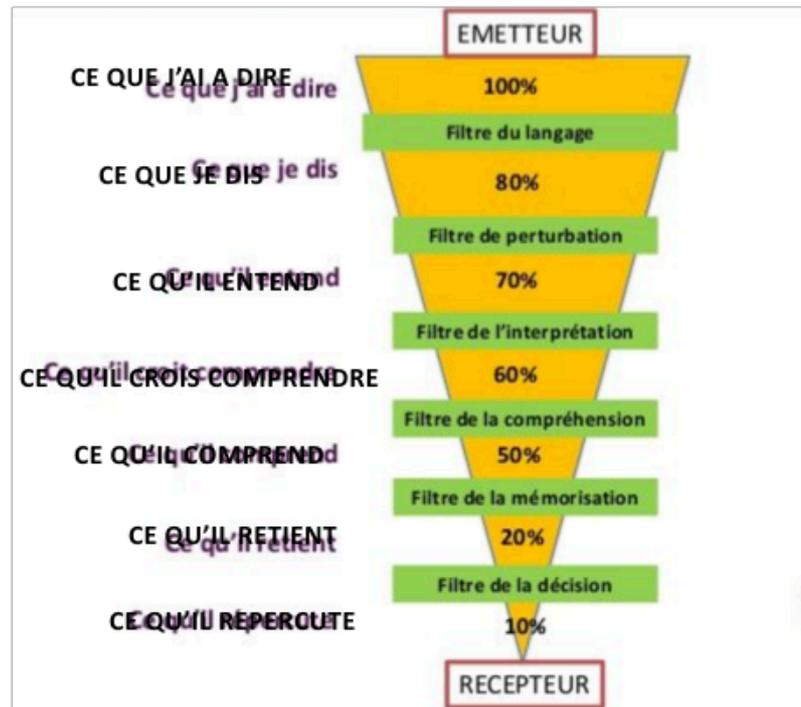


L'ECOUTE EST UN PROCESSUS INTELLECTUEL

ENTENDRE est une démarche passive qui ne requiert pas de volonté particulière.

ECOUTER est un processus actif et délibéré qui exige de la concentration, de l'énergie et de la réflexion.

ENTONNOIR DE LA COMMUNICATION



QUELS SONT LES CANAUX DE LA COMMUNICATION ?

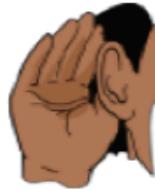
TRANSMISSION DES MESSAGES

- LES PAROLES: 07% : COMMUNICATION VERBALE
- LA VOIX: 38% : COMMUNICATION PARA-VERBALE
- LE CORPS: 55% : COMMUNICATION NON VERBALE

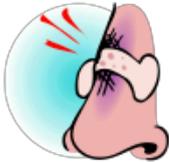
RECEPTION DES MESSAGES



83%



11%



3,5%



1,5%



1%

COMMENT SE TRADUIT L'ECOUTE ?

Pour bien écouter il faut être attentif aux signes **VERBAUX** et aux signes **NON-VERBAUX**.

LA COMMUNICATION VERBALE

- La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale.
- Dans certaines situations pathologiques la communication nécessitera d'autres moyens, en particulier chez le patient sourd ou chez le patient ayant des troubles des fonctions supérieures.

DANS UN ENTRETIEN MEDICAL

- Des **temps d'écoute** où le médecin laisse parler le patient,
- Des temps **d'interrogatoires plus dirigistes** où le médecin a besoin de préciser des éléments de sémiologies indispensables à la bonne prise en charge du patient.

- Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, il faut absolument que le médecin **adapte** son **langage** au niveau socio-culturel du patient.

CES NIVEAUX DE COMPRÉHENSION ET CES NIVEAUX SOCIO- CULTURELS SONT DIFFÉRENTS D'UN PATIENT À L'AUTRE ET LE MÉDECIN DOIT S'ADAPTER EN PERMANENCE.

- **Écouter le malade et l'entourage affectif du patient** est un des aspects fondamentaux de la démarche de soin.

DANS CETTE **OPTIQUE DE L'ADAPTATION**, IL EST IMPORTANT QUE LE MÉDECIN UTILISE LA **REFORMULATION** (REDIRE UNE PHRASE OU UN MOT À L'AIDE DE SYNONYMES) POUR S'ASSURER QUE LE PATIENT VA BIEN COMPRENDRE LA QUESTION QU'ON LUI POSE OU LE MESSAGE QUE L'ON VEUT LUI PROPOSER.

AUTRE ÉLÉMENT TECHNIQUE QU'IL FAUT UTILISER, C'EST DEMANDER AU PATIENT D'EXPLIQUER À SON TOUR CE QUE LE PRATICIEN LUI A DÉVELOPPÉ CONCERNANT SA PROBLÉMATIQUE

COMMENT SE TRADUIT L'ECOUTE ?

Pour bien écouter il faut être attentif aux signes **VERBAUX** et aux signes **NON-VERBAUX**.

LA COMMUNICATION NON VERBALE

LE MEDECIN

Les **MOTS** ne comptent que pour un faible pourcentage de l'information que l'on délivre à une personne à laquelle on s'adresse.

L'**INTONATION**, les **MODULATIONS**, la **MIMIQUE**, la **GESTUELLE**, le **RYTHME** de la conversation, le **REGARD**, tout cela compte autant pour une personne à qui l'on s'adresse.

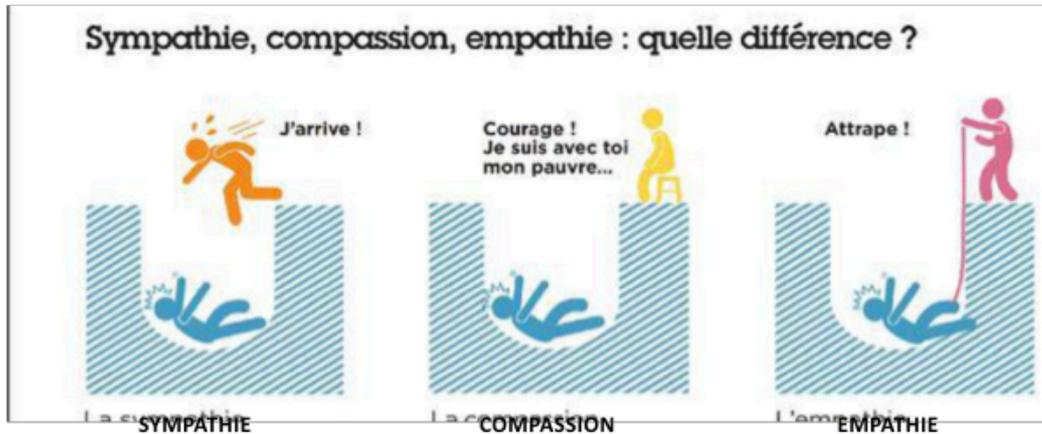
LE PATIENT

A l'opposé le **patient** qui s'adresse à un médecin le fait avec **son langage**, avec sa **problématique**, avec ses **bases socio-culturelles**, son **angoisse**. De ce fait, il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte ou de sa souffrance.

Le **médecin** doit donc tenir compte de ces éléments pour **ECOUTER, INTERPRETER, DECODER LE LANGAGE** du patient et saisir à un moment ou à un autre de l'entretien ce qui paraît être la demande forte du patient.

L'EMPATHIE

Le médecin doit apprendre l'**empathie** c'est à dire la **capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis à vis du patient**, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations inter humaines habituelles c'est à dire de compassion ou de **sympathie** voir d'**antipathie**.



D. STRUCTURATION DE L'ENTRETIEN MEDECIN / MALADE

1. DEBUTER L'ENTRETIEN

- Préparer la rencontre pour créer un climat favorable
- Établir le premier contact : l'accueil
- Déterminer les motifs de la consultation

2. RECUEILLIR L'INFORMATION

- Explorer les problèmes du patient et découvrir ses attentes, son vécu, l'impact de son problème et les symptômes ressentis
- Comment recueillir l'information :
 - Par la facilitation
 - Les questions ouvertes et fermées
 - La reformulation
 - La clarification
 - Le résumé

3. EXAMEN PHYSIQUE

4. EXPLIQUER ET PLANIFIER

- Fournir la quantité et le type d'informations adéquates
- Aider le patient à retenir et à comprendre les informations
- Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient
- Planifier : arriver à une prise de décision partagée

5. CLOTURE DE L'ENTRETIEN

- Planifier les prochaines étapes
- Préparer la fin de l'entrevue :
 - Confirmer le plan de soins discuté préalablement
 - Clarifier les prochaines étapes
 - Maximiser l'adhésion du patient aux processus de soins et de collaboration
 - Rendre le temps de la consultation efficace

STRUCTURER

ACTIVEMENT

L'ENTRETIEN :

- Rendre explicite l'organisation de l'entrevue
- Prêter attention à l'organisation de l'entrevue

CONSTRUIRE LA RELATION :

- Utiliser un comportement non verbal approprié
- Établir une relation chaleureuse et harmonieuse
- Associer le patient à la démarche clinique

E. PATIENT AU CENTRE DE LA RELATION

La démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le **patient**, ses **proches**, et le **professionnel** de santé ou une équipe pluri professionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une **option de soins**, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps.

Elle considère qu'il existe une **complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient** acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches.

Cette relation se fonde sur :

- **Une personnalisation des soins**,
- **Le développement et le renforcement des compétences du patient** à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie grâce au partage d'informations, à la délivrance de conseils et de précautions à prendre, à une éducation thérapeutique ;
- **Une continuité des soins dans le temps** en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluri professionnelle et si besoin pluridisciplinaire.

F. LA DEMANDE DE SOINS ET SES DETERMINANTS EMOTIONNELS

1. LA DEMANDE DE SOINS :

La demande de soin faite par le patient lui-même :

- * Il est plus facile de demander de l'aide pour un **problème physique** que pour une **situation psychosociale compliquée**.
- * Le patient peut parfois avoir recours à la **dramatisation** pour avoir :
 - Les avantages d'un RDV proche,
 - Une réduction de la durée de l'attente aux urgences.

La demande de soins peut être également modulée par de **nombreux déterminants psycho-sociaux**.

Elle peut ainsi avoir plusieurs fonctions :

- * Une **fonction d'appel** : pour regrouper autour de lui un entourage familial devenu distant ;
- * Une **fonction de protection contre la souffrance** ;
- * Une **fonction d'étayage de l'estime de soi** : « *L'être humain construit sa valeur à partir de la valeur que l'autre lui accorde* » (Langlois A.)

2. L'EMOTION :

Selon le dictionnaire « LE ROBERT », ***l'émotion est une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques.***

En effet, une émotion est un vécu, un éprouvé de l'ordre de l'intime, mais génère chez la personne qui l'expérimente des réactions plus ou moins visibles.

Cette définition souligne également **l'ambivalence de nos émotions** par les notions d'agréable ou de pénible, ce que l'on peut encore définir sous les termes d'émotion positive et d'émotion négative.

ON DECRIT SIX EMOTIONS DE BASE



LA JOIE



LA SURPRISE



LA COLERE



LA TRISTESSE



LE DEGOUT



LA PEUR

REPÉRER ET RECONNAITRE L'ÉMOTION DU PATIENT

3. LES DETERMINANT EMOTIONNELS :

Tout est question d'équilibre La juste distance relationnelle.

- « Le médecin, professionnel qui doit accueillir l'expérience nécessairement subjective du malade dans un souci d'objectivation, ce qui implique une certaine distanciation qui n'est en aucun cas synonyme d'indifférence. » G. Freyer
 - **Pas assez de distance** = risque de fusion avec la souffrance. Nous ne sommes plus tiers pouvant aider.
 - **Trop de distance** = Glissement vers l'absence de relation « humaine », nier la vulnérabilité des malades, technicisation. Liste d'informations pré-établies servant de dialogue.
- **Angoisses répétées, impuissance, fragilité émotionnelle = Mécanismes de défense inconscients mis en œuvre pour se protéger, pour s'adapter et faire face, maintenir un équilibre psychologique.**
- Si les mécanismes de défenses ne sont pas identifiés cela fragilisera le soignant et peut faire mal à la personne soignée.

MECANISMES DE DEFENSE DU MALADE

On peut considérer les mécanismes de défenses du malade comme des mécanismes d'adaptation : face à une réalité nouvelle, un traumatisme, ou un évènement stressant, l'individu développe une série de réactions qui lui permettent de faire face :

Le déni : le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité

Le déplacement : Le malade focalise sa peur sur une autre réalité

Les rites obsessionnels : Le malade s'attache à certains rites, précis et obsessionnels.

La régression : Le malade se repli sur lui-même et sur ses symptômes

La projection agressive : Le malade réagit de façon agressive et revendicatrice

Sublimation, combativité : rendre constructif le rapport à l'adversité

Le « clivage du moi »

MECANISMES DE DEFENSE DES SOIGNANTS

Face à la souffrance psychique du malade et à la difficulté à contrôler certains symptômes, les soignants vont mettre en place des mécanismes de défense pour se préserver d'une réalité trop douloureuse, et qui peut remettre en question leur identité de soignants.

Le mensonge : Le mensonge est souvent un mécanisme de défense de « l'urgence ».

La fuite en avant : Surestimant la maturation psychique du patient certains soignants devancent les questions et brulent les étapes.

La fausse réassurance : En optimisant des résultats alors que le patient lui-même n'y croit plus.

La rationalisation : Par un discours très technique et totalement incompréhensible pour le malade.

L'évitement : Le médecin peut craindre d'être mis en difficulté par les questions du malade, Il cherche alors à réduire au minimum le contact physique et psychique avec le malade.

G. DIMENSIONS DE LA GRAVITE ET DE LA CHRONICITE

Il arrive régulièrement dans l'activité d'un médecin praticien d'avoir à annoncer de mauvaises nouvelles à un patient ou à l'entourage d'un patient.

Dans tous ces cas le médecin praticien doit apprendre à s'exprimer de manière adaptée tant sur le plan verbal que sur le plan de la conduite générale.

Cette partie de la relation médecin/malade représentée par l'annonce d'une maladie grave ou d'un handicap va dépendre bien sûr du type d'annonce et de l'état dans lequel se trouve le patient ou son entourage au moment de l'annonce.

1. REACTIONS PSYCHOLOGIQUES DU PATIENT LORS DE L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE :

Apprendre un diagnostic de maladie grave représente un choc dans la vie d'un individu, et peut avoir valeur de traumatisme psychique. Toutefois, les réactions immédiates ou différées face à cette annonce sont très variables d'un patient à l'autre.

Facteurs déterminants l'impact psychologique

Représentations de la maladie : C'est en quelque sorte l'idée que le patient se fait de sa maladie ou « maladie du malade ».

Stratégie d'ajustement de la maladie : « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (**Lazarus et Folkman, 1984**).

Caractéristiques psychiques du patient, Caractéristiques biographiques, Ressources environnementales.

Phase initiale du Choc

L'annonce diagnostique est généralement vécue comme un choc, que les patients décrivent souvent a posteriori comme "un coup de massue", métaphore de la violence éprouvée.

Cette annonce va être suivie d'une phase de sidération, puis d'une phase de décharge émotionnelle.

Après la Phase initiale du Choc

Mécanisme d'adaptation : Après la phase initiale de choc, l'acquisition d'un nouvel équilibre va nécessiter de la part du patient une acceptation de la maladie et un effort d'adaptation.

Détresse émotionnelle : Durant cette période d'adaptation, le patient est en proie à une détresse émotionnelle dont l'intensité est très variable d'un individu à l'autre, et qui peut se traduire par différents symptômes : **Tristesse, Angoisse, Peur, Honte, Culpabilité, Irritabilité, Agressivité.**

2. LE MEDECIN FACE A LA MALADIE GRAVE:

Si la survenue d'une maladie grave est avant tout un évènement qui va profondément bouleverser la vie du patient, il faut également tenir compte de ce que cela peut susciter du côté du médecin.

Le paradoxe de l'annonce:

Choisir d'exercer la médecine correspond, sur le plan humain et éthique, à un désir de **procurer soulagement**, soins et **si possible guérison** à des individus malades. Or, faire le diagnostic d'une maladie grave et l'annoncer au patient représente tout le **contraire**. Cette situation met en effet le médecin dans la position difficile d'être celui qui apporte la mauvaise nouvelle et inflige ainsi un choc violent au patient.

Facteurs déterminants l'impact sur le médecin:

Pour un médecin, la découverte d'une maladie grave chez un patient n'est pas neutre. Elle va provoquer des réactions émotionnelles qui dépendent d'un certain nombre de facteurs liés au patient, à la maladie et au médecin lui-même.

Caractéristiques du patient: dimension plus dramatique lorsqu'il s'agit d'un patient jeune et/ou ayant des enfants en bas âge.

Caractéristiques de la relation entre le médecin et son patient: Lorsque le médecin connaît déjà bien le patient ou sa famille, la découverte de la maladie et l'annonce sont souvent plus éprouvantes, car la situation peut le toucher affectivement.

Identification du médecin à son malade: Le médecin s'identifie au malade, c'est-à-dire que tout se passe, psychiquement, « comme si » il était lui-même malade, ce qui peut le conduire à éprouver des affects négatifs (angoisse, tristesse, etc.). L'identification est un des mécanismes qui permet au médecin d'éprouver de l'empathie pour son patient, puisqu'il peut se « mettre à sa place ».

H. CONCLUSION

La relation médecin malade est basée sur un principe de respect mutuel. Celui du médecin envers son malade en raison de la fragilité psychologique patente ou latente de ce dernier et celui du malade envers son médecin en raison surtout, ceci indépendamment de la maîtrise technique de ce dernier, de l'apaisement qu'il peut lui procurer.

Cela passe par un processus de communication qui nécessite de l'exercice en vue de sa maîtrise. Le but étant d'emmener le malade à adhérer à un projet thérapeutique avec son corollaire : l'éducation thérapeutique.

La relation médecin malade est amenée à évoluer et se complexifier avec le temps.

Le médecin, usant de beaucoup de pédagogie, doit s'adapter à la volonté du patient concernant sa santé. Le médecin doit aussi se protéger de l'affect psychologique que celui-ci peut subir en raison de l'importance du référentiel qu'il représente aux yeux du patient.

MERCI