

Projet financé par :



FONDATION  
BETTENCOURT  
SCHUELLER

## « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »

ATELIER DE REFLEXION ET DE FORMATION



### PRESENTATION GENERALE GUIDE D'ANIMATION

Mars 2016

**Réalisé par :**

*Etienne Guillard et Natalie Barsacq*

**Avec les contributions de :**

*Sanata Diallo, Sophie Ouvrard et des équipes Solthis*

# 1 SOMMAIRE

1	SOMMAIRE.....	2
2	CONTEXTE .....	3
3	PRESENTATION DE L'ATELIER.....	3
3.1	APPROCHE.....	3
3.2	OBJECTIFS .....	4
3.3	A QUI SE DESTINE CET ATELIER ? .....	4
3.4	DANS QUELLES SITUATIONS ? .....	4
3.5	QUELLES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CET ATELIER.....	5
4	DOCUMENTS ASSOCIES A CET ATELIER .....	6
5	PREPARATION .....	7
6	PROGRAMME SYNTHETIQUE DE L'ATELIER .....	7
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE .....	8
8	DROITS DE REPRODUCTION .....	8
9	GUIDE D'ANIMATION .....	10
9.1	LEGENDE DES ACTIVITES .....	10
9.2	REFERENCES VERS D'AUTRES DOCUMENTS.....	10
9.3	CONSIGNES.....	10
9.4	<b>PARTIE 1</b> – OUVERTURE DE L'ATELIER .....	11
9.5	<b>PARTIE 2</b> - LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNES. COMPETENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION .....	13
9.7	<b>PARTIE 3</b> – APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE ET LES COMPETENCES RELATIONNELLES NECESSAIRES .....	20
9.8	<b>PARTIE 4</b> - CLOTURE DE L'ATELIER .....	28

Très souvent lorsque l'on demande à un patient ce qu'est pour lui un « bon » soignant, il souligne généralement l'importance de l'expertise technique de celui-ci mais il mentionne également très souvent l'importance de l'écoute, de l'attention qu'a eu le soignant, des explications qu'il a su donner.

Plusieurs études et documents<sup>1 2</sup> font par ailleurs le constat d'une mauvaise qualité de l'accueil et des soins, d'un déficit de communication avec les patients, mais également d'attitudes discriminatoires, de la corruption et du racket<sup>3</sup> et les conséquences que cela a sur la qualité de la prise en charge.

Dans une pathologie comme le VIH/sida, la qualité de la relation de soin et de la communication développées par les soignants peut influencer sur l'observance et le maintien des patients dans le circuit de soin, ce qui est parfois accentué par des comportements stigmatisants liés à cette pathologie.

Or la plupart des formations tant initiales que continues des personnels soignants n'abordent pas ces enjeux relationnels, de savoir-être, vis-à-vis du patient, alors même qu'ils constituent un levier essentiel de la qualité des soins, a fortiori dans le cadre de la gestion d'une maladie chronique. L'amélioration de la relation entre les usagers et l'équipe soignante fait également partie des éléments essentiels évalués par l'OMS dans le cadre de la « réactivité du système de santé »<sup>4</sup>.

Consciente de ces enjeux essentiels pour la qualité de la prise en charge, Solthis a souhaité développer un atelier visant à l'**amélioration des compétences relationnelles du personnel soignant**, ce qui a été possible au Niger en parallèle d'un projet de renforcement des capacités des paramédicaux dans le cadre de la décentralisation de la prise en charge du VIH/Sida. Ce projet a été rendu possible grâce aux financements de Sidaction et de la Fondation Bettencourt Schueller qu'il est important de remercier ici.

Si cet atelier était initialement destiné à des paramédicaux ciblés dans le cadre du projet, le contenu de l'atelier a été développé pour être polyvalent et pouvoir être réutilisé avec d'autres professionnels de santé et dans d'autres situations.

Améliorer les compétences relationnelles, le savoir être est un exercice particulièrement délicat car ces sujets touchent l'individu dans ce qu'il est et sur comment il se comporte, sujets sur lequel on peut rapidement se retrouver en position de donneur de leçons, d'autant plus dans des contextes culturels qui ne sont pas toujours les nôtres.

Pour cela, nous n'avons pas voulu faire un module de formation mais au contraire nous avons souhaité favoriser l'échange, la réflexion collective ou individuelle afin d'aider à une prise de conscience individuelle des participants

<sup>1</sup> Beach MC, Keruly J & Moore RD. Is the Quality of the Patient-Provider Relationship Associated with Better Adherence and Health Outcomes for Patients with HIV? *J Gen Intern Med*; 2006; 21:661–665

<sup>2</sup> Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S; Li W, Wilson I. Physician-Patient Relationships and Adherence Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. *J Gen Intern Med* 2004;19:1096 – 1103

<sup>3</sup> Jaffré, Yannick & Olivier de Sardan, Jean-Pierre (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala (« Hommes et sociétés ») 2003.

<sup>4</sup> L'OMS définit comme la « **réactivité du système de santé** », la capacité d'un système à répondre aux attentes légitimes de la population pour les **aspects non médicaux de son interaction avec le système de santé**. Elle distingue deux composantes à cette « réactivité » : le respect de la personne (confidentialité, autonomie, respect de la dignité), et son orientation en faveur de l'utilisateur (prise en charge rapide, présence d'équipements minimums, accès possible à un accompagnement social)

des points forts de leurs compétences relationnelles et des résistances. Des apports théoriques viennent alimenter la réflexion et plusieurs activités sont prévues pour mettre en application.

Si l'atelier aborde le fond et la forme de la relation, il ne traite pas du contenu médical, ni des messages que le soignant doit communiquer au patient ni au travail technique de la consultation, lui-même variable selon les professionnels concernés.

L'atelier que nous avons développé est prévu sur 2 jours. Néanmoins, en 2 jours, difficile d'être exhaustif sur ces thématiques et de permettre une réelle appropriation des concepts et compétences. Aussi cet atelier doit-il être vu comme un 1<sup>er</sup> niveau qui devra être complété et approfondi ultérieurement. Par ailleurs, c'est notre « métier d'être humain », au-delà d'une formation, c'est avant tout quelque chose qui se cultive en continu dans la pratique au quotidien. Raison pour laquelle nous l'avons intitulé ainsi : « Cultiver l'humanisme dans la relation au patient »

### 3.2 OBJECTIFS

**Permettre une prise en charge optimale du VIH/Sida en améliorant les relations entre le personnel soignant et les patients**

Pour cela :

- Sensibiliser et faire réfléchir les soignants sur l'importance de la relation avec les patients
- Développer les compétences relationnelles et de communication des soignants et favoriser l'appropriation et la mise en pratique  
(ces compétences seront précisées ci-dessous)

### 3.3 A QUI SE DESTINE CET ATELIER ?

Le contexte dans lequel ce module a vu le jour est le contexte nigérien en zone décentralisée dans lequel de nombreuses tâches sont déléguées à des acteurs paramédicaux qui ont été les participants du premier atelier en février 2016

Néanmoins les enjeux dans les relations avec les patients concernent l'ensemble des soignants en contact avec des patients, qu'ils soient médicaux (médecins, sage femmes, dentiste, pharmacien) ou paramédicaux.

Aussi avons-nous souhaité que le contenu et le programme de cet atelier soit polyvalent et qu'il puisse être une base générique pouvant être utilisées avec les différents profils de soignants dans diverses situations.

### 3.4 DANS QUELLES SITUATIONS ?

La relation entre le soignant et le soigné trouve avant tout sa place au cours de la consultation ou de l'entretien entre un soignant et le patient qu'il prend en charge. Nous détaillerons ci-dessous quelques situations.

#### 3.4.1 LA CONSULTATION OU L'ENTRETIEN COMME CADRE DU DEVELOPPEMENT DE LA RELATION

La relation entre le soignant et le soigné se développe en lien avec les objectifs de la consultation, soit principalement :

- Mettre en place une relation de confiance avec le patient
- Collecter des informations : Rechercher les représentations des patients, identifier les difficultés ou problèmes
- Partager de l'information médicale et thérapeutique, valider la compréhension et motiver le patient

#### 3.4.2 LE CONTINUUM DE SOIN COMME UN TOUT DANS LEQUEL LA QUALITE DE RELATION EST ESSENTIELLE EN CONTINU

*Des moments particulièrement importants dans ce continuum :*

- Réalisation du test et annonce

- Initiation du traitement & retour sur l'annonce et la compréhension par les patients de leur maladie et de ce qu'elle entraîne
- Suivi au long court, avec notamment le retour de patients perdus de vue, non observants, non adhérents aux soins

### 3.4.3 UN CONTENU GÉNÉRIQUE QUI S'APPLIQUE A TOUS LES PATIENTS

---

Le contenu de cet atelier est générique, il s'applique à la relation d'un soignant avec tout patient, quel que soit son âge, son sexe, ses particularités, ses orientations sexuelles, ses pratiques.

Néanmoins des situations particulières liées à des profils spécifiques pourraient faire l'objet de développements ultérieurs, par exemple une consultation avec un enfant, un adolescent ou un couple

### 3.4.4 DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES

---

Certaines consultations peuvent être particulièrement complexes : violence d'un patient, colère, tristesse, pauvreté. Ces situations peuvent être évoquées dans cet atelier mais ne seront pas approfondies ici.

## 3.5 QUELLES COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES DANS CET ATELIER

L'ensemble des compétences suivantes est abordé dans ce module. Cependant, étant donné la durée du module (2 jours), il n'est pas possible d'approfondir l'ensemble et il est évident qu'un perfectionnement pourra être ultérieurement nécessaire.

La figure 1 ci-dessous résume les compétences relationnelles développées dans ce module et un ensemble de facteurs à prendre en compte

### 3.5.1 QUELQUES ÉLÉMENTS DE COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET DE COMMUNICATION

---

- Construire une relation de confiance
  - ✓ S'assurer que cette relation se fait avec Non jugement / respect / non stigmatisation
- Développer l'empathie
  - ✓ Entretenir une congruence gestuelle & une communication non verbale
- Pratiquer l'écoute active et le questionnement
  - ✓ Savoir questionner & maîtriser les styles de questions
  - ✓ Reformuler et valider la compréhension
  - ✓ Savoir utiliser les silences
- Echanger et informer
  - ✓ Mesurer le poids des mots
  - ✓ Utiliser des signes de reconnaissance

### 3.5.2 QUELQUES COMPÉTENCES LIÉES A LA CONSULTATION OU AUX SITUATIONS SPÉCIFIQUES

---

- Dérouter / structurer l'entretien
- Expliquer et partager ce que l'on fait
- Maintenir la relation au cours de l'entretien, malgré l'utilisation des outils (registre, ordinateur)
- Savoir recadrer l'entretien dans des situations complexes
- Faire face à une charge affective importante : détecter / comprendre / accompagner

### 3.5.3 QUELQUES FACTEURS ASSOCIÉS A LA RELATION ESSENTIELS A PRENDRE EN COMPTE

---

Certains facteurs peuvent être essentiels pour permettre le développement d'une bonne relation :

- Les représentations des patients
- Les attitudes de défenses des patients

- Les modes de défense des soignants
- Le poids des mots
- Des aspects organisationnels : disponibilité, espace de travail, langue

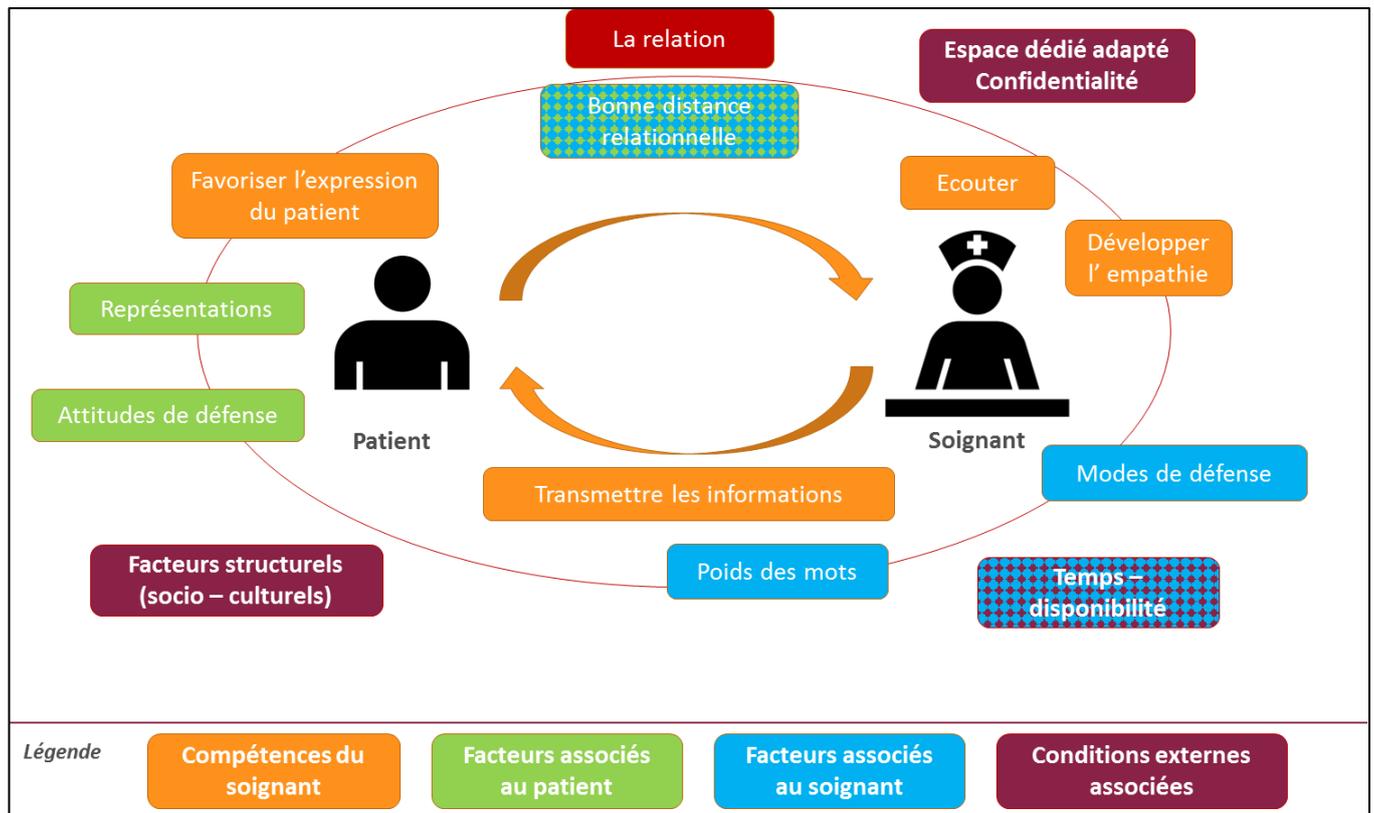


Figure 1 - Représentation schématique des facteurs et compétences associés à la relation soignant soigné

#### 4 DOCUMENTS ASSOCIES A CET ATELIER

Cet atelier est accompagné des documents suivants :

- Guide participant (GP)
  - ⇒ Destiné aux participants et aux animateurs, il regroupe l'ensemble de fiches sur des thématiques, des compétences relationnelles ou des aspects à prendre en compte dans la relation soignant - soigné
- Guide d'animation (GA)
  - ⇒ Destiné uniquement aux animateurs, ce guide regroupe :
    - ✓ Une présentation de l'atelier
    - ✓ Le guide d'animation détaillant le déroulé de l'atelier
 Pour plus de simplicité et de souplesse pour l'utilisation de certaines séquences d'animation, des fiches d'animation ont été élaborées pour chacune des séquences et regroupées dans un document « Fiches d'animation »
- Manuel des documents pour les activités (MDA) : les travaux de groupes, les exercices et les jeux de rôles
  - ⇒ Destiné uniquement aux animateurs, ce guide regroupe le matériel imprimable nécessaire pour les exercices
- L'ensemble du matériel pédagogique en version numérique, classé par séquences pédagogiques (voir ci-dessous le Programme synthétique de l'atelier)
  - ⇒ Destiné uniquement aux animateurs, ce dossier numérique compile l'ensemble des documents produits pour cet atelier et intègre également :
    - ✓ Présentations powerpoint de synthèse
    - ✓ Films

Certains supports (texte par exemple) peut être inclus dans le Guide d'animation ci-dessous.

Par ailleurs, les documents techniques ou d'animation ont été regroupées dans chaque dossier/séquence. Etre vigilant à ne pas les imprimer 2 fois.

## 5 PREPARATION

DOCUMENTS PEDAGOGIQUES A IMPRIMER / PHOTOCOPIER		
ANIMATEUR	PARTICIPANT	NOMS DES DOCUMENTS
1/anim		Guide d'animation
1/anim	(à adapter)	Manuel des documents pour les activités <i>Si l'animateur peut en avoir un exemplaire, ce document est surtout utile pour faire les impressions séparées pour chacune des activités.</i>
1/anim	1/part	Guide participants <i>Les différentes fiches seront distribuées aux participants au fur et à mesure</i>

MATERIEL NECESSAIRE POUR L'ANIMATION			
Nb	EQUIPEMENT	Nb	CONSOMMABLES
1	Vidéoprojecteur	1/part.	Classeur pages plastifiées (lutrin) de plus de 40 pages si impressions recto
1	Enceintes pour le son	1/part.	Stylo
1	Flipchart	1/part	Bloc papier

A PREPARER A L'AVANCE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Organisation de la salle : étant donné les sujets complexes abordés et le souhait de ne pas mettre les participants dans un cadre trop scolaire, il est préférable que la salle soit organisée en cercle. Il est possible également de retirer les tables.</li> <li>✗ Les animateurs doivent obligatoirement maîtriser le contenu de l'atelier en ayant lu et approfondi l'ensemble des fiches du support documentaire</li> <li>✗ Pour certaines séquences le contenu doit être préparé préalablement :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Séquence 2.5 – Développer les compétences relationnelles essentielles - Apport théorique sur Ecoute active : Favoriser l'expression du patient</b> : préparer sa présentation interrogative avec un flip chart</li> </ul> </li> </ul>	

## 6 PROGRAMME SYNTHETIQUE DE L'ATELIER

Il s'agit d'une proposition de programme sur 2 jours qui peut être adaptée

JOUR	PARTIE	APPROCHE PEDAGOGIQUE
J1	<b>PARTIE 1 - INTRODUCTION / OUVERTURE DE L'ATELIER</b>	
	1.1. Courte introduction sur la thématique relation au patient, logique de l'atelier : échanges, réflexions communes	
	1.2. Présentation des participants	Discussion en binome
	1.3. Donner du sens à cet atelier	Lecture d'un conte, des résultats d'une étude
	1.4. Présentation de l'atelier	Powerpoint
	<b>Pause café</b>	
	<b>PARTIE 2 - LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNES. COMPETENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION</b>	

	2.1. Continuum de soins et communication	Discussion / flipchart
	2.2. S'approprier les grandes questions de la relation	Travail de groupe
	<b>Pause déjeuner</b>	
	2.3. S'approprier les grandes questions de la relation - suite	Travail de groupe / Binôme
	2.4. Développer les compétences relationnelles essentielles - Séquence 1 : l'écoute et l'empathie	Film + Exercice
	2.5. Développer les compétences relationnelles essentielles - séquence 2 : capacité au silence, questionnement, écoute active	Film + discussion powerpoint Mini jeu de rôle
	<b>Fin de J1</b>	
J2	<b>PARTIE 3 – APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE ET DES COMPETENCES RELATIONNELLES NECESSAIRES</b>	
	3.1. Séquence Modes de défense	
	<b>Pause-café</b>	
	3.2. Séquence Attitudes de défense des patients	Travail de groupe
	<b>Pause déjeuner</b>	
	3.3. Séquence mettre en pratique avec des jeux de rôles	Jeux de rôles
	<b>PARTIE 4 - CLOTURE DU MODULE</b>	

## 7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

Ce document a été réalisé en s'inspirant des principaux documents suivants :

1. Richard C., Lussier MT., *La communication professionnelle en santé*. ERPI, Saint Laurent, Québec, 2005
2. Deccache A. et al. Projet 'Communicating Health/AIDS', *Careful communication, Manuels de formation sur la communication destiné aux médecins et infirmiers traitant des personnes séropositives ou sidéennes*. UCL, Bruxelles/Londres Juin 1995
3. Moley-Massol I., *Relation Médecin – Malade. Enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques*. Editions DaTeBe, Courbevois, 2007.
4. Liégeois M., *Former à l'entretien de soutien psychologique*. Editions Lamarre, Rueil Malmaison, 2007

## 8 DROITS DE REPRODUCTION

### Certains droits réservés

Le contenu de cet atelier a été développé par l'ONG Solthis

Il fait l'objet d'une licence libre de *Creative Commons* : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage des Conditions Initiales à l'Identique 2.0 France (CC BY-NC-SA 2.0) <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/fr/>



L'utilisation et la copie sont libres dans la mesure où :

**Paternité** — Vous devez citer le nom de Solthis à chaque utilisation ou reproduction

**Pas d'Utilisation Commerciale** — Vous n'avez pas le droit d'utiliser le contenu de cet atelier à des fins commerciales.

**Partage des Conditions Initiales à l'Identique** — Si vous modifiez, transformez ou adaptez cette création, vous n'avez le droit de distribuer la création qui en résulte que sous un contrat identique à celui-ci.

Pour toute question, contactez Solthis : [contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org).

ICONE	ACTIVITE	ICONE	ACTIVITE
	Activité en plénière		Distribuer un document
	Activité en groupes		Film/vidéo
	Discussion en binômes		Support audio
	Réflexion individuelle		Lecture par l'animateur
	Présentation powerpoint		Se défouler, prendre l'air
	Utiliser le tableau ou le flip chart		Pauses
	Mise en garde		

- EN GRISE, LE NOM DE LA SEQUENCE
- EN ORANGE, DES SOUS-PARTIES DANS LA MEME SEQUENCE
- EN ROUGE, DES ETAPES D'UNE SOUS PARTIE
- Le texte en *italique* correspond à ce que fait l'animateur dans l'activité
- Le texte en **gras** et entre « » correspond à ce que dit l'animateur
- EN VERT LES ELEMENTS DE CONTENU QUE L'ANIMATEUR DOIT AVOIR EN TETE OU DES CONSEILS QUI LUI SONT DONNES

Les renvois vers d'autres documents de l'atelier sont mentionnés ainsi :

- GP = Guide participants + N° de la fiche.  
*Par exemple « Distribuer GP4 » signifie distribuer la fiche 4 du Guide participants « Confiance, Empathie, Ecoute »*
- MDA = Manuel des Documents pour les Activités (pour travaux de groupes, exercices et jeux de rôles).  
*Les renvois vers ce manuel ne mentionnent pas de numéros car ils sont numérotés par séquences*

- Quand aucune indication spécifique n'est donnée, les participants sont en plénière
- De manière générale pour les travaux de groupes, présentez l'énoncé du travail qui devra être fait en plénière.

- Les numéros de séquences sont utilisés pour la structuration des documents dans le dossier numérique

9.4 PARTIE 1 – OUVERTURE DE L'ATELIER		
HORAIRE	ACTIVITE (DUREE)	CONTENU
1.1. INTRODUCTION		DUREE : 10'
08h30	 10'	<p><i>Courte introduction sur la thématique relation au patient, l'esprit de l'atelier :</i></p> <p>Les compétences relationnelles, savoir être, sujet particulièrement délicat car ces sujets touchent l'individu dans ce qu'il est et sur comment il se comporte sur lesquels on peut rapidement se retrouver en position de donneur de leçons, d'autant plus dans des contextes culturels qui ne sont pas toujours les nôtres.</p> <p>Il ne s'agit pas module de formation mais au contraire de favoriser l'échange, la réflexion collective ou individuelle afin d'aider à une prise de conscience individuelle des participants des points forts de leurs compétences relationnelles et des résistances. Des apports théoriques viennent alimenter la réflexion et plusieurs activités sont prévues pour mettre en application.</p> <p>Si l'atelier aborde le fond et la forme de la relation, il ne traite pas du contenu médical, ni des messages que le soignant doit communiquer au patient ni au travail technique de la consultation, lui-même variable selon les professionnels concernés.</p> <p>L'atelier que nous avons développé est prévu sur 2 jours. Néanmoins, en 2 jours, difficile d'être exhaustif sur ces thématiques et de permettre une réelle appropriation des concepts et compétences. Aussi cet atelier doit-il être vu comme un 1<sup>er</sup> niveau qui devra être complété et approfondi ultérieurement.</p> <p>Par ailleurs, c'est notre « métier d'être humain », au-delà d'une formation, c'est avant tout quelque chose qui se cultive en continu dans la pratique au quotidien. Raison pour laquelle nous l'avons intitulé ainsi : « Cultiver l'humanisme dans la relation au patient »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Objectifs</b></li> </ul> <p><b>Permettre une prise en charge optimale du VIH/Sida en améliorant les relations entre le personnel soignant et les patients</b></p> <p><b>Pour cela :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser et faire réfléchir les soignants sur l'importance de la relation avec les patients</li> <li>• Développer les compétences relationnelles et de communication des soignants et favoriser l'appropriation et la mise en pratique</li> </ul> <p><i>Vous pouvez en introduction questionner les participants pour savoir si certains d'entre eux ont déjà été formés ou ont déjà été amenés à travailler sur les compétences relationnelles et de communication.</i></p>
1.2. PRESENTATION DES PARTICIPANTS ET DE LEURS ATTENTES		DUREE : 50'
08h40	 20'	<p><b>TRAVAIL EN BINOMES</b></p> <p><i>Les participants en binômes font connaissance si nécessaire, se préparent à se présenter mutuellement.</i></p>

		<p>« Faites connaissance. Tout à l'heure vous présenterez votre binôme au reste du groupe. Discutez de ce que vous attendez de cet atelier en évoquant des situations concrètes de relation aux patients qui vous ont semblé complexes. Vous avez 15 minutes »</p> <p><i>Puis 15 minutes plus tard</i></p> <p>« Vous allez chacun présenter votre binôme. Vous avez 5 minutes pour résumer les points les plus intéressants de votre échange que vous souhaitez partager avec le reste du groupe »</p>
9h00	 <p>30'</p>	<p><b>RESTITUTION EN PLENIERE</b></p> <p>Lancer le tour de table : « <b>Qui veut bien se lancer ?</b> »</p> <p>De façon à pouvoir s'en souvenir et s'en resservir au cours de l'atelier, l'animateur prend note sur 2 <u>feuilles</u> : A. Les attentes, B. les situations concrètes</p>  <p>L'animateur doit être attentif au langage corporel et verbal pour identifier les résistances possibles des participants. S'il le souhaite et le pense nécessaire il soulève ce point et le discute avec les participants pour désamorcer les freins.</p>
1.3. DONNER DU SENS AU MODULE		DUREE : 25'
9h30	<p>(15')</p>  <p>5'</p>	<p><b>1. LECTURE D'UN CONTE</b></p> <p>Lire le conte ci-dessous</p> <p>Conte Le village des fous, conte khassonké, Mali. <i>extrait d'Anthologie nègre de Blaise Cendrars</i></p> <p>Il existait un village dont tous les habitants étaient fous.</p> <p>Un jour, un pâtre et son troupeau s'égarèrent dans le voisinage de ce village et, le soir venu, comme une chèvre manquait, le pâtre fit des recherches dans les alentours.</p> <p>Il rencontra un cultivateur, qui travaillait à son champ, et lui demanda : « N'as-tu pas vu, dans ton champ, une chèvre égarée? » « Mon champ commence devant moi et finit derrière moi, dit l'homme. Cherche et tu trouveras. »</p> <p>Voyant qu'il n'en obtiendrait rien, le berger s'éloigna. Quand il eut retrouvé sa chèvre, il réunit son troupeau bêlant pour passer la nuit à la belle étoile, car il ignorait s'il y avait un village dans les environs. Soudain, vint à passer le cultivateur avec lequel il s'était déjà entretenu, il s'en approcha et, pour se ménager ses bonnes grâces, lui dit : « J'ai retrouvé ma chèvre qui s'était égarée, la voici; je te la donne bien volontiers, si tu veux m'accorder l'hospitalité. »</p> <p>«Ah! par exemple, s'écria le cultivateur, en voilà une histoire? Comment! tu m'accuses d'avoir volé ta chèvre ? nous allons aller régler cette affaire chez le chef du village. »</p> <p>Quand ils furent en présence du chef de village, celui-ci s'écria, dès que le berger voulut parler : « Allons! encore une histoire de femme ! vraiment ça ne peut durer, je vais quitter le village », et, s'adressant à sa femme, il lui dit : « Viens, partons ! »</p> <p>La femme confia à Tune de ses servantes placée à côté d'elle : « Non, je ne puis continuer à vivre ainsi avec un homme qui parle toujours de divorcer. »</p> <p>La servante était occupée à décortiquer des arachides et, au moment où sa maîtresse lui parla, un mendiant se présenta pour demander l'aumône. La servante dit au mendiant : « Peux-tu croire, pauvre homme, que depuis ce matin je suis occupée à</p>

	10'	<p>cet ouvrage et que je n'ai pas encore mangé. » Et, sans plus, elle mit les arachides dans le boubou que tendait le mendiant, qui s'en alla en disant « Bien merci I Dieu soit loué. »</p> <p><b>Discussion autour du conte</b></p> <p><i>Ce que vous pouvez faire ressortir de ce conte :</i></p> <p><i>Il illustre surtout les difficultés de communication entre individus, notamment si l'interlocuteur a déjà en tête une position.</i></p> <p><i>Demander aux participants de réfléchir pour le lendemain s'ils connaissent des contes qui abordent cette question de la relation.</i></p>
9h50	(10') 5'	<p><b>2. LECTURE DES RESULTATS D'UNE ETUDE</b></p> <p>Extrait de [1]</p> <p>« Des malades qui devaient être opérés ont été répartis en 2 groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Le 1<sup>er</sup> groupe a reçu de la part du chirurgien des explications sur la nature de l'opération et ses conséquences, de même que sur la période post opératoire</li> <li>× L'autre groupe a reçu peu ou pas d'explications</li> </ul> <p>Les résultats ont montré que les patients du 1<sup>er</sup> groupe ont non seulement séjourné moins longtemps à l'hôpital après l'opération mais ils ont aussi présenté un taux de complications plus bas que le second groupe. »</p>
	5'	<p><b>Discussion autour de l'extrait</b></p> <p>« Il y a ainsi plusieurs exemples d'études qui montrent l'importance de la relation et de la communication avec les patients.</p> <p>Pour vous dans le cadre de la prise en charge du VIH, quelles pourraient être les conséquences d'un manque de communication et de relation avec les patients »</p> <p><i>Points essentiels :</i></p> <p><i>Manque de communication/relation =&gt; le patient n'est pas adhérent au traitement ou à la prise en charge. =&gt; Le traitement n'est pas efficace ou le patient est perdu de vue =&gt; risque d'apparition de résistance ou décès du patient</i></p>
1.4. PRESENTATION DU MODULE		DUREE : 10'
10h00		L'animateur fait le lien avec les attentes des participants (séquence 1.2)
10h10	10'	

## 9.5 PARTIE 2 - LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNES. COMPETENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION

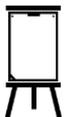
HORAIRE	ACTIVITE (DUREE)	CONTENU
2.1. CONTINUUM DE SOINS ET COMMUNICATION		DUREE : 15'
10h10	  ou 	<p><b>PRESENTATION DU CONTINUUM</b></p> <p><i>L'animateur présente le continuum en précisant que c'est une version simplifiée. Il demande s'il y a besoin de précisions ou d'explication.</i></p> <p><i>Possible sur flip chart ou sur powerpoint</i></p> <p><i>Continuum avec les étapes clés sur lesquelles les enjeux de relation et de communication avec le patient sont primordiaux :</i></p>

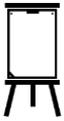
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✕ Annonce</li> <li>✕ Suivi post annonce</li> <li>✕ Observance et suivi au long court</li> <li>✕ Retour de PDV</li> </ul> <p>Possibilité d'aborder également les acteurs concernés pas la relation au patient. Voir la diapositive prévue pour</p> <p>15' <b>Option 1</b> – si le matin en séquence 1.2 des propositions ont été faites en lien avec le continuum : l'animateur fait ressortir les « situations concrètes » proposées par les participants. Il en propose une et questionne sur sa place dans le continuum. Il marque le mot clé sur l'étape du continuum concernée (exemple : <b>choc</b> au moment de l'annonce) Et ainsi de suite.</p> <p><b>Option 2</b> – si aucune ou peu de propositions de « situations concrètes » ont été faites en séquence 1.2, alors l'animateur lance la discussion suivante : « Pour vous, à quels moments du continuum faut-il être particulièrement attentif à la qualité de le relation et de la communication avec le patient ? » L'animateur fait approfondir les propositions en demandant pourquoi ? comment ça se passe ? quelles expériences vous avez là-dessus ? Il les positionne sur le continuum.</p>
10h25		<b>PAUSE</b> Pendant la pause, l'animateur reprend la feuille avec les éléments « Situations concrètes » notés le matin (séquence 1.2)
10h40	15'	Il note les étapes du continuum au flip-chart ou prépare le powerpoint selon son choix
2.2. S'APPROPRIER LES GRANDES QUESTIONS DE LA RELATION		DUREE : 120'
10h40	(60')	<b>TRAVAIL DE GROUPE</b>
		<b>Préparation</b> Pour simplifier la répartition en groupes, préparer des papiers ou post it numérotés de 1 à 6 Bien s'assurer que les pages et consignes sont bien imprimés
	5'	<b>Instruction</b> Lire l'instruction : « Lorsque vous êtes certain que vous avez le VIH, vous devez vous débattre parmi tout un tas de questions, de problèmes et de sentiments. Vous allez réfléchir en sous-groupes en partant des réalités du patient VIH. Après il va y avoir un débat, vous allez être dans le rôle des animateurs et vous allez devoir alimenter la discussion. »
	5'	<b>Répartition en groupes</b> L'animateur réparti les participants en 6 sous-groupes avec les papiers prévus pour cela <b>A. Groupes patients :</b> 1. Patients - problèmes 2. Patients - sentiments / émotions 3. Patients - questions <b>B. Groupes Thématiques : (minimum 3 personnes / groupe)</b> 1. Relation soignant - soigné



		<p>« L'esprit de ce débat, c'est que l'on va partir d'une problématique « Patient ». Un premier groupe va présenter ce qu'il a identifié.</p> <p>Dès que les gens des groupes thématiques identifient un sujet en lien avec ce qu'ils ont discuté, ils amènent ces éléments dans le débat, sous forme de propositions ou de questions à approfondir. »</p> <p>20' par groupe patient (=1 heure en tout)</p> <p>La modération du débat est faite par un représentant d'un groupe thématique.</p> <p>Pour chaque séquence de 20' changer de modérateur.</p> <p>L'animateur apporte des éléments dans la discussion, souligne des points qui lui semblent importants à retenir, questionne pour approfondir.</p> <p><b>Points clés à aborder dans la discussion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* mettre en perspectives les différences de priorité entre soignants et soignés</li> <li>* définition et explication de ce qu'est l'empathie, la confiance et l'écoute (voir GP)</li> </ul>
2.3. S'APPROPRIER LES GRANDES QUESTIONS DE LA RELATION - SUITE		DUREE : 60'(+75')
12h40	 <p>30'</p>  <p>5'</p>	<p><b>APPORT COMPLEMENTAIRE SUR LES 3 GRANDES THEMATIQUES</b></p> <p>Chaque rapporteur de groupe thématique fait une présentation synthétique de 5' suivie de 5' de discussion avec la salle.</p> <p><b>Distribution des classeurs lutrins et les fiches GP 1, 2 et 3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relation soignant – soigné</li> <li>2. Bonne distance relationnelle</li> <li>3. Représentations du malade</li> </ol>
13h15		PAUSE DEJEUNER
14h30	<p>25'</p>  <p>10'</p> <p>10'</p> <p>5'</p> 	<p><b>DISCUSSION EN BINOME SUR CONFIANCE, EMPATHIE ET ECOUTE</b></p> <p>Les binômes se composent d'un membre d'un sous-groupe patient et d'un membre d'un sous-groupe thématique</p> <p><b>Discussion</b></p> <p>« Sans vous servir du document, à partir de ce que vous avez mémorisé, expliquer à votre collègue ce que sont pour vous la confiance, l'empathie et l'écoute. »</p> <p><b>Lecture de la fiche</b></p> <p><b>Discussion plénière</b></p> <p>(si besoin)</p>
2.4. DEVELOPPER LES COMPETENCES RELATIONNELLES ESSENTIELLES : L'ECOUTE ET L'EMPATHIE		DUREE :
14h55	 <p>5'</p>	<p><b>FILM</b></p> <p>Counseling 5 - dépistage PTME - 3'55</p> <p><b>Enoncé</b></p> <p>« Nous allons regarder un petit film. Vous allez essayer de repérer dans le comportement du soignant ce qui va dans le sens de l'empathie ou pas »</p> <p><b>Lecture du film</b></p>

	10'	<p><b>Débriefing / discussion du film</b></p> <p>Le débriefing doit être rapide et porter sur des aspects généraux</p> <p>Ce qui ressort du film qui va dans le sens de l'empathie ou non :</p> <p><b>Aspects positifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Chaleureuse, accueillante</li> <li>* Présence corporelle / attitude</li> <li>* Exploration des connaissances : questions ouvertes « Que savez-vous du VIH ? »</li> </ul> <p><b>Aspects négatifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Globalement, on n'est pas certains que la discussion, malgré le côté sympathique, ait permis une réelle mise en confiance et si on a réussi à comprendre les motivations de la patiente... C'est ce qui sera exploré dans l'exercice suivant.</li> <li>* La soignante est sympathique mais n'est pas réellement empathique, n'est pas vraiment à l'écoute</li> </ul>
15h15	<p>(35')</p> <p></p> <p>10'</p> <p></p> <p>15'</p> <p></p> <p>10'</p>	<p><b>EXERCICE : REECRITURE DE SCENARIO</b></p> <p>« Vous allez recevoir chacun un exemplaire du scénario de ce film. On y a ajouté d'autres phrases que la sage-femme aurait pu prononcer. Choisissez, dans ces phrases, celles que vous trouvez les plus positives pour le bon déroulement de l'entretien.»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Distribuer les scénarios</li> <li>* Laisser 10'</li> </ul> <p><b>Corrigé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Afficher le PPT corrigé en demandant aux personnes de reporter très rapidement les croix sur leur scénario</li> </ul> <p> Pas de discussion à cette étape.</p> <p><b>Approfondissement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Répartir les 6 cas (de A à G) : 1 cas par binôme ou trinôme</li> <li>* Présenter et faire lire la consigne qui est à la fin du PPT corrigé :</li> </ul> <p>« Pour la lettre que je viens de vous attribuer, discutez ensemble des phrases que vous aviez choisies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Est-ce que ce sont les mêmes que le corrigé ? Pourquoi ?</li> <li>* Analysez les mots utilisés par la SF dans les trois propositions : quels sont ceux qui font réagir, ceux qui sont rassurants, qui vont vraiment aider la femme à s'exprimer ?</li> <li>* Reportez-vous au scénario : quelles ont été les réactions provoquées par ce que dit la SF ? Mettez-vous à la place de la femme, d'après vous, quelles sont les réactions que provoqueraient en elle les autres phrases ?</li> <li>* Définissez pourquoi, sans être forcément idéale, la (ou les) phrase du corrigé sont sans doute la meilleure réponse</li> <li>* Dans 10', vous présenterez votre analyse au groupe»</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aller voir le binôme de la section G : Préciser qu'il s'agit pour eux de revenir en amont dans le scénario pour essayer de mieux cerner les motivations réelles de la femme : qu'est-ce qui laisse entendre qu'elle est vraiment motivée ou, au contraire, qu'elle « joue un jeu » ?</li> <li>2. Aller voir le binôme de la section F : Préciser que les deux croix dépendent de si la femme s'exprime toute seule ou s'il faut l'aider. Demandez-leur de s'interroger sur</li> </ol>

		<p><i>l'utilité ou pas du silence, de ce qu'il signifie pour les patients, de la difficulté éventuelle qu'ils ont à l'utiliser dans leur consultation, pourquoi ?</i></p> <p><b>Restitution plénière</b></p> <p>✕ <i>Les binômes présentent leur analyse tour à tour en commençant par A. Les animateurs reformulent les points importants à retenir et complètent l'analyse si nécessaire avec le Corrigé animateurs.</i></p>
15h40	 10' 15'	<p><b>DISTRIBUTION DE FICHE</b></p> <p><i>Distribuer la fiche GP5 « <b>Le poids des mots</b> »</i></p> <p><i>Lecture de la fiche : 10'</i></p> <p><i>En discuter : 15'</i></p>
16h05		<p><b>UN PEU D'EXERCICE ! OU PAUSE-CAFE UN PEU PLUS TARD</b></p> <p><i>(l'animateur peut adapter ce qu'il a l'habitude de faire : une blague, un conte d'un participant, des étirements)</i></p>
2.5. DEVELOPPER LES COMPETENCES RELATIONNELLES ESSENTIELLES : CAPACITE AU SILENCE, QUESTIONNEMENT, ECOUTE ACTIVE		DUREE : 125'
16h10	(15')  5' 10' 	<p><b>FILM OBSERVANCE SERIE 2.2. JUSQU'A 1'35</b></p> <p>Les films peuvent être visionnés plusieurs fois, si besoin</p> <p><b>Énoncé</b></p> <p><b>« Nous allons regarder une séquence d'un film. Observez le questionnement, s'il est ouvert ou fermé, est ce que le soignant est empathique, à l'écoute, qu'elle est son attitude corporelle, sa capacité au silence »</b></p> <p><b>Projeter le film</b></p> <p><b>Débriefing</b></p> <p>Les points peuvent être notés au flip chart</p> <p>✕ <b>Aspects positifs</b></p> <p><i>Un vrai accueil, il vient la chercher, lui serre la main</i></p> <p><i>Question ouverte à l'accueil : comment allez-vous ?</i></p> <p><i>Calme</i></p> <p><i>Bonne écoute, manifestée par sa présence corporelle : regard attentif, lève les yeux de ses notes, mouvements de tête quand la femme parle</i></p> <p>✕ <b>Aspects à améliorer</b></p> <p><i>Toutes les questions sont fermées : « vous arrivez à prendre vos médicaments »</i></p> <p><i>« Est-ce que ça vous arrive d'oublier »</i></p> <p><i>« Est-ce qu'on vous a déjà expliqué... »</i></p> <p><i>« Et vous vous n'avez pas envie d'assommer le virus » : question orientée qui pousse la patiente à dire ce que le soignant veut entendre.</i></p> <p><i>On est dans des jugements :</i></p> <p><i>« c'est très bien ». L'expression est un peu infantiliste. Il vaut mieux valoriser pour une formulation type reconnaissance : commentaire sur un point précis pour la patiente.</i></p> <p><i>« Comme tout le monde »</i></p> <p><b>Conclusion</b> : <i>il a une meilleure écoute, une plus grande attention portée à la patiente mais Par sa façon de communiquer il a tendance à inciter l'autre à penser comme lui mais la patiente est affirmée et exprime ce qu'elle a envie de dire. Cela tient plus à son caractère qu'à la communication développée par le soignant.</i></p>

<p>16h25</p> <p>(15')</p>  <p>5'</p> <p>10'</p> 		<p><b>FILM OBSERVANCE SERIE 1.2 JUSQU'A LA PAUSE 1</b></p> <p>« Nous allons regarder une 2<sup>ème</sup> séquence d'un autre film »</p> <p><b>Projeter le film</b></p> <p><b>Débriefing</b></p> <p><i>Au flip chart ou non</i></p> <p><b>La soignante</b></p> <p>Une vraie attention à la patiente, elle prend le temps, elle assume des silences, des temps de réflexions, elle est à l'écoute (se voit par les mouvements de tête) !</p> <p>Pose que des questions ouvertes, sauf quand elle a besoin de vérifier une information précise : question fermée : « et ça ne s'est pas amélioré depuis ? »</p> <p>Se souvient de la précédente visite</p> <p>Cherche, fait des hypothèses et les faits valider par la patiente pour l'aider à exprimer son malaise.</p> <p>Une fois qu'elle a récupéré cette info, elle va chercher plus loin : « quels sont vos autres symptômes ? »</p> <p>Conclusion : Elle apparaît moins « sympathique », plus réservée, mais plus pertinente.</p>
<p>16h40</p> <p>(20')</p>  <p>Ou</p>  <p>10'</p>  <p>10'</p>		<p><b>APPORT THEORIQUE / ECOUTE ACTIVE : FAVORISER L'EXPRESSION DU PATIENT</b></p> <p><i>Le formateur prépare sa présentation interrogative à l'avance, soit au flip chart, soit sur PPT</i></p> <p><i>Quelques slides sont présentes dans la présentation globale</i></p> <p><b>Présentation interrogative</b></p> <p><b>Distribution de fiche</b></p> <p><i>fiche GP6 « Favoriser l'expression du patient » en conclusion</i></p> <p><b>Lecture</b></p> <p><i>à adapter en fonction des principaux points abordés dans la présentation interrogative et si powerpoint</i></p> <p><b>Réponses aux questions &amp; discussion</b></p>
<p>17h00</p> <p>(45')</p>  <p>5'</p>		<p><b>MINI JEUX DE ROLES "FORUM" SIMULATIONS DU DETECTIVE</b></p> <p>« Nous allons faire un petit exercice par groupe de 4 personnes : 1 patient, 2 soignants et 1 observateur.</p> <p>L'objectif du soignant est d'être capable de repérer des besoins du patient, de faire s'exprimer le non-dit, d'y répondre au mieux, d'être soucieux de la bonne compréhension de ce qu'il a transmis. Par un comportement d'écoute active et d'empathie, mettre le patient en confiance et l'aider à se livrer.</p> <p>Les 2 soignants interviennent à tour de rôle sur le modèle du théâtre forum, c'est-à-dire qu'un premier soignant commence l'entretien avec le patient. Lorsque le 2<sup>nd</sup> soignant identifie une possibilité d'améliorer le déroulement de l'entretien, il lève la main, le 1<sup>er</sup> soignant s'arrête et le 2<sup>nd</sup> prend sa place et poursuit l'entretien au moment où il s'était arrêté.</p> <p>Le 1<sup>er</sup> soignant peut ensuite faire de même et ainsi de suite.</p> <p>Les observateurs auront une grille d'observation.</p> <p>Il y a 2 mini jeux de rôles donc tout le monde sera amené à jouer le soignant.</p> <p>Pour chaque jeu de rôle, vous avez 10 minutes + 10' de débriefing. Il y a 2 jeux de rôles = 40' »</p>

	10'	Répartir les participants en groupes
	10'	<p>× <b>1er jeu de rôle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Distribuer les fiches rôles, distribuer 2 fiches observation</li> <li>✓ Les participants font le 1<sup>er</sup> jeu de rôles</li> <li>✓ Débriefing en sous-groupe</li> </ul> <p>Demander aux observateurs de dégager ce qui concrètement a permis de développer une relation de confiance puis de proposer leur analyse de ce qui était plus difficile avec éventuellement des propositions d'amélioration</p>
	20'	<p>× <b>2ème jeu de rôle</b></p> <p>Idem</p>
17h45	(25')	<b>DEBRIEFING GLOBAL</b>
	15'	<p><b>1. Présentation interrogative sur les 3 grandes compétences de la relation</b></p> <p>Avec 2 flipcharts, l'un des animateurs note</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× les points importants à retenir</li> <li>× les pièges à éviter pour installer un climat de confiance</li> </ul> <p>L'animateur complète à partir des idées des fiches. [si plusieurs animateurs sont présents, il est possible de répartir les thématiques (Fiches GP 4, 5 et 6) par animateur pour qu'ils soient des ambassadeurs de la thématique. Ils complètent les points essentiels</p> <p><b>9.6</b> Pour compléter, se référer à la fiche prévue pour cette activité dans le <b>MDA 2.5 Document animateur - Synthèse des fiches GP 4, 5 et 6</b></p>
	10'	<p><b>2. Maintenir la relation dans des situations qui ébranlent nos convictions morales</b></p> <p>« Un des éléments qui peut mettre en danger la mise en confiance c'est d'être confronté à des situations ou à des propos qui heurtent nos convictions morales. De façon à pouvoir rester ouverts aux réalités du patient malgré tout, il est important d'identifier les éléments qui peuvent nous choquer. Donc je vous propose pendant 2 / 3 minutes les 2 ou 3 choses, une chose par post-it. Ils seront récupérés de manière anonyme et l'on discutera de ce dont vous avez envie que l'on parle. »</p> <p>Distribuer les post-it</p> <p>Les récupérer au fur et à mesure et commencer à les regrouper par similitudes</p> <p>Une fois qu'ils sont tous regroupés, lancer la discussion sur un premier thème et ainsi de suite avec les autres.</p> <p>Animer la discussion : l'animateur n'intervient pas sur le fond, il laisse s'exprimer les a priori, sans jugement, et relance à partir de la question «qu'est ce qui pourrait nous aider à les dépasser ? »</p>
18h10	5'	<b>TRAVAIL A LA MAISON</b>
18h15		Comme discuté le matin, demander aux participants de réfléchir à des contes qui évoqueraient les enjeux de communication et l'importance de la relation

## 9.7 PARTIE 3 – APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE ET LES COMPETENCES RELATIONNELLES NECESSAIRES

HORAIRE	ACTIVITE (DUREE)	CONTENU
3.1. APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE		DUREE : 15'





10'



30'

Distribuer la fiche GP7 « **Les modes de défense** »

**4. Lisez la fiche en recherchant des éléments complémentaires de compréhension de ce qui s'est passé pour vous dans cette situation (vous pouvez les surligner si vous le souhaitez)**

**5. Nous vous proposons de partager vos réflexions en binômes si vous le souhaitez et de chercher ensemble des idées sur comment prendre un peu de distance avec ces émotions ou ces réactions si ce type de situation devait se représenter.**

*La slide 3 n'est à projeter qu'une fois que les binômes sont composés*

**Dans la mesure où ce sont des questions assez personnelles, à vous de choisir si vous avez envie d'avoir ces discussions et avec qui. Choisissez-vous un binôme.**

**Vous pouvez vous disposer comme vous le souhaitez pour être à l'aise.**

**Vous avez 30' »**

*Les animateurs veillent et incitent les binômes à s'installer en face à face et comme ils le souhaitent pour pouvoir discuter sans être dérangés par les autres*

*2 animateurs repèrent, s'il y en a, les participants qui ne souhaiteraient pas se mettre en binôme et leur propose de venir les rejoindre autour d'une table pour discuter de pourquoi cela est difficile à aborder par les participants.*

**« Quelles sont vos réactions par rapport à la démarche proposée et/ou au document que l'on vient de distribuer ? »**

*Les animateurs doivent se préparer à reformuler les points principaux abordés lors de la plénière ultérieure. C'est l'occasion pour les animateurs de développer leurs capacités à faire face à des attitudes de défense : pas de jugement, pas de justification, écoute, empathie, ...*



30'

### Plénière

× *Si le sous-groupe mentionné ci-dessus a eu lieu, les animateurs reformulent les points principaux sans rentrer dans un débat : « Vos collègues ont souhaité exprimer : ... »*

× *Discussion possible, les binômes sont invités (pas d'obligation) à partager avec le reste du groupe les éléments qu'ils ont identifié comme permettant de prendre du recul dans des situations difficiles.*



*Ne pas insister si les binômes ne souhaitent pas partager leur discussion.*

*L'animateur doit être attentif à ce que cette discussion ne soit pas formelle et scolaire (répétition de ce qui est contenu dans la fiche (GP7), avec un tour de table systématique)*

*Si les personnes commencent à raconter dans le détail les situations, les recadrer sur les points de repères qui permettent de prendre du recul.*

10h15



PAUSE

10h30

15'

3.3. APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE - SEQUENCE ATTITUDES DE DEFENSE DES PATIENTS

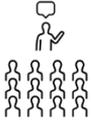
DUREE : 80'

### PREPARATION

*Imprimer 2 fiches d'exercice Attitudes de défense des patients*

		<i>Découper les fiches par attitudes et par groupes soignants ou patients et les répartir en 2 tas distincts.</i>
10h30	(5') 	<p><b>INTRODUCTION</b></p> <p>Lors d'une maladie au long cours, et en particulier au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'individu se perçoit en situation de danger. Il peut donc être débordé par l'angoisse, ou par la crainte de l'anéantissement. Pour mettre à distance cette angoisse qui le submerge, pour affronter une réalité intolérable, l'individu va mettre en place des mécanismes de défense qui vont lui permettre d'approcher la réalité pas à pas, à son rythme, en fonction de ses ressources intérieures.</p> <p>Les réactions de défenses dépendent de la personnalité de chacun, d'une histoire personnelle, de la période de la vie qui est traversée et, bien sûr, de la gravité de la maladie et des conséquences qu'elle peut avoir sur la vie quotidienne.</p> <p>Ces défenses sont des moyens d'adaptation psychique au traumatisme de l'annonce, elles doivent toujours être respectées par le soignant pour aider le patient à cheminer.</p> <p><b>« Dans cette séquence, nous allons travailler sur les attitudes de défenses des patients, et comme nous pouvons y faire face en tant que soignants. Pour cela, vous allez recevoir une petite fiche qui décrit une attitude de défense des patients ou ce que devrait faire les soignants face à cette attitude. Lisez-la, ajoutez tout élément qui vous semblerait pertinent et mémorisez-là. Ça n'est pas un jeu de rôle. Tout à l'heure on vous demandera de décrire cette attitude et de comment y faire face. »</b></p>
10h35	60'	<p><b>DEROULEMENT</b></p> <p><i>Distribuer les fiches aux participants avec les fiches soignants d'un côté de la salle, cette des patients de l'autre côté pour qu'ils soient en face à face.</i></p> <p><b>« Je vais appeler chacune des attitudes de défense l'une après l'autre. Toutes les personnes concernées par une attitude se lèvent (soignants comme patients). Le patient commence par décrire l'attitude en essayant d'être le plus concret possible : par exemple : le patient agressif s'arme pour essayer de combattre la maladie pour défier la mort, il crie très fort. Le second participant 'patient' qui a reçu la même fiche complètera puis les soignants diront comment s'y prendre face à cette attitude. Un premier commencera et le second complètera.</b></p> <p> <b>Attention ça n'est pas un jeu de rôle, c'est juste une description. »</b></p> <p><i>Faire se lever les personnes sur une première attitude.</i></p> <p><b>Récapitulatif des attitudes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Le choc, la sidération</li> <li>× Le déni</li> <li>× L'agressivité</li> <li>× Le repli</li> <li>× L'envahissement</li> <li>× Le bavardage ou la plainte incessante</li> </ul> <p><i>L'animateur s'assure du bon déroulement : il pousse à ce que les participants précisent des émotions... Il veille à ce que les échanges soient courts et dynamiques.</i></p>

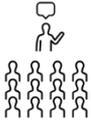
		<p>A la suite de chaque attitude, 5 minutes d'échange avec le reste de la salle pour compléter sur comment le soignant s'y prend. L'animateur ajoute tout élément qui lui semblerait manquer.</p> <p>L'animateur complète avec les éléments de la fiche présente pour la séquence dans le <b>MDA 3.3. Doc animateur attitudes de défenses.</b></p>
11h35	15'	<p><b>CONCLUSION</b></p> <p>S'inspirer des éléments suivants</p> <p><b>L'annonce : comment ne pas renforcer les mécanismes de défense</b></p> <p>Au moment de l'annonce d'une maladie grave, pour limiter les représentations de mort et de déchéance, il faut ouvrir un espace pour la parole, laisser le temps à la <b>construction d'un présent et d'un avenir</b> avec la maladie au lieu d'annoncer une sentence sans appel. Des affirmations telles que : "Votre état va aller en s'aggravant" ou "Si vous ne faites rien, vous allez mourir" sont d'une grande violence car elles enlèvent toute perspective d'espoir ou de vie. Le temps de l'annonce doit être celui d'une <b>incitation à agir</b>, le soignant doit aider le patient à canaliser son angoisse en lui faisant entrevoir des étapes, <b>des actions progressives</b> qui sont comme autant d'obstacles à franchir pas à pas et qui vont donner forme à un parcours de « guérissons. » Par exemple : "Commençons déjà par mettre en place le traitement, il va agir pour votre bien, et si votre grande fatigue persistait malgré tout, il sera toujours temps de voir comment on peut en venir à bout."</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ L'annonce se prépare si possible : être au calme, ne pas être dérangé, être confortablement installé...</li> <li>⇒ Prendre le temps d'écouter le patient avant de délivrer l'information : Que sait-il déjà ? Que comprend-il ? Que veut-il savoir ?</li> <li>⇒ Donner une information progressive, utiliser des phrases courtes, des mots simples, ménager des pauses.</li> <li>⇒ Favoriser l'expression des émotions du patient et accepter ses réactions de défense, y compris une certaine agressivité.</li> <li>⇒ Présenter les solutions thérapeutiques possibles sans tarder, en préservant un espoir réaliste.</li> <li>⇒ Toute l'information ne peut-être donnée en une fois, en particulier les éléments pratiques de la conduite du traitement qui seront à préciser rapidement, mais au cours d'une prochaine consultation.</li> </ul> <p><b>Distribution de fiche</b></p> <p><i>Distribuer la fiche GP8 « Attitudes de défense des patients »</i></p>
3.4. APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE - SEQUENCE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN		DUREE : 15'
11h50	 15'	<p><b>LECTURE</b></p> <p><i>Distribuer la fiche GP9 « Déroulement de l'entretien »</i></p> <p><i>Les participants la lisent</i></p> <p><b>DISCUSSION</b></p> <p><i>Puis discussion sur le contenu de la fiche</i></p>
3.5. APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE - SEQUENCE JEUX DE ROLES		DUREE : 2H30
12h05	(15')	<p><b>PRESENTATION ET PREPARATION DE LA SEQUENCE JEU DE ROLE</b></p> <p><b>« Nous allons organiser plusieurs jeux de rôles dans cette partie. Leur organisation se fera en sous-groupes de 3 personnes avec 1 patient, 1 soignant et 1 observateur.</b></p>

	  	<p><b>Nous allons vous distribuer des cas pour les soignants et pour les patients. L'objectif de ces jeux de rôles est de mettre en pratique ce que vous avez appris ou d'observer d'autres le jouer.</b></p> <p><b>Chaque participant sera en situation de jouer successivement chacun des rôles. Vous prendrez 5 minutes pour lire et préparer les cas. Ensuite vous les jouerez en sous-groupes pendant 10 minutes. L'observateur observe Quand le jeu de rôle est terminé vous débriefez collectivement du déroulement. »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>x Des consignes plus précises vont être données à chacun des groupes.</b></li> </ul> <p><b>Préparation des jeux de rôles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>x Distribuer la grille d'observation à l'ensemble des participants. : « Vous allez tous être observateurs au cours de l'un des jeux de rôle »</b></li> <li><b>x Les faire lire la fiche</b></li> <li><b>x « Ces fiches seront utilisées par les observateurs ensuite au cours des jeux de rôle »</b></li> <li><b>x « Ceux qui joueront le rôle des soignants devront être attentifs à développer plus particulièrement une ou 2 compétences relationnelles. »</b></li> </ul> <p><b>« Les jeux de rôles s'enchaînent, les observateurs du premier jeu de rôle seront ensuite soignants au suivant. Les patients observateurs et les soignants patients. »</b></p>
12h20	<p>(45')</p>    <p>5'</p> <p>10'</p> <p>15'</p> <p>15'</p>	<p><b>JEU DE ROLE N°1 ANNONCE FEMME ENCEINTE AVEC COMPORTEMENT CHOC, SIDERATION ET DENI</b></p> <p><b>Préparation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>x Répartir en sous-groupes</b></li> <li><b>x Distribuer les rôles à chaque « acteur » patient ou soignant.</b></li> <li><b>x Distribuer la fiche du rôle patient aux observateurs</b></li> <li><b>x Laisser les participants lire et s'approprier leurs rôles</b></li> <li><b>x Réunir tous les 'patients' pour faire le briefing de leur rôle</b></li> </ul> <p><b>Jeu de rôle</b></p> <p><b>Débriefing groupe</b></p> <p><i>Déroulé :</i></p> <p><i>Le soignant s'exprime sur ce qu'il a ressenti, qu'est ce qui s'est bien passé, quelles difficultés il a éprouvées</i></p> <p><i>Le patient partage comment il s'est senti avec ce soignant, ce qui éventuellement lui a manqué.</i></p> <p><i>L'observateur dégage une analyse plus précise des compétences qui ont été mise en œuvre par le soignant et des points d'amélioration qu'il suggère.</i></p> <p><i>Changement des groupes :</i></p> <p><i>Les observateurs se regroupent et discutent :</i></p> <p><b>« Quelles étaient les attitudes de défense du patients, quelle était sa problématique, ses difficultés ? Sa vie sociale ? y a-t-il des difficultés éventuelles liées à l'étape de son continuum de soin ?</b></p> <p><b>Qu'est ce qui s'en déduit en termes d'enjeux pour le soignant avec ce patient-là ?</b></p> <p><b>Dans les soignants qui ont été observés, présenter 2 ou 3 points qui ont été positifs et 2 ou 3 points sur lesquels il faudra être attentif pour une prochaine fois (sans nommer les gens) compte tenu du déroulement des jeux de rôles. »</b></p>

		<p><b>Ces points peuvent être répartis entre rapporteurs.</b></p> <p><i>Pendant ce temps-là, préparation du 2<sup>ème</sup> jeu de rôle :</i></p> <p><i>Les patients et observateurs de ce 2<sup>ème</sup> Jeu de rôle étudient la fiche 'patient' du 2<sup>ème</sup> jeu de rôle</i></p> <p><i>Les observateurs du 1<sup>er</sup> jeu de rôle deviennent les soignants du 2<sup>ème</sup> jeu</i></p> <p><b>Synthèse du jeu de rôle n°1 avec les 3 rapporteurs</b></p>
13h05		PAUSE DEJEUNER
14h15	(45')	<p><b>JEU DE ROLE N°2 PREMIERE CONSULTATION POST ANNONCE</b></p> <p>Les cas de cette 2<sup>ème</sup> série de jeu de rôles sont ceux d'une première consultation post annonce. Le patient est passif.</p> <p>L'enjeu n'est pas de faire face à un comportement du patient mais sortir d'un relationnel</p> <p>Les aider à prendre du recul sur la tendance à rationaliser et la capacité à transmettre des informations scientifiques pures. Enjeux 1. questionnement / écoute; 2. développer la relation de confiance; 3. Transmission d'informations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Qu'est-ce que le patient a fait de l'annonce depuis ?</li> <li>× Où en est-il dans son cheminement personnel ?</li> <li>× Est-il toujours dans le déni, le refus ?</li> <li>× Le patient est-il réellement prêt à démarrer son traitement ?</li> <li>× Quelle est sa représentation de la maladie et du traitement ? (modèle des croyances de santé). Enjeu de transmission de savoir</li> </ul> <p>Dans ce cas, les observateurs analysent la situation à partir de la fiche de synthèse des représentations des soignants distribuée la veille</p> <p><b>Préparation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Répartir en sous-groupes</li> <li>× Distribuer les rôles à chaque « acteur » patient ou soignant.</li> <li>× Distribuer la fiche du rôle patient aux observateurs</li> <li>× Laisser les participants lire et s'approprier leurs rôles</li> <li>× Réunir tous les 'patients' pour faire le briefing de leur rôle</li> </ul> <p><b>Jeu de rôle</b></p> <p><b>Débriefing groupe</b></p> <p><i>Déroulé :</i></p> <p><i>Le soignant s'exprime sur ce qu'il a ressenti, qu'est ce qui s'est bien passé, quelles difficultés il a éprouvées</i></p> <p><i>Le patient partage comment il s'est senti avec ce soignant, ce qui éventuellement lui a manqué.</i></p> <p><i>L'observateur dégage une analyse plus précise des compétences qui ont été mise en œuvre par le soignant et des points d'amélioration qu'il suggère.</i></p> <p><i>Changement des groupes :</i></p> <p><i>Les observateurs se regroupent et discutent :</i></p>

		<p>« Quelles étaient les attitudes de défense du patients, quelle était sa problématique, ses difficultés ? Sa vie sociale ? y a-t-il des difficultés éventuelles liées à l'étape de son continuum de soin ?  Qu'est ce qui s'en déduit en termes d'enjeux pour le soignant avec ce patient-là ?  Dans les soignants qui ont été observés, présenter 2 ou 3 points qui ont été positifs et 2 ou 3 points sur lesquels il faudra être attentif pour une prochaine fois (sans nommer les gens) compte tenu du déroulement des jeux de rôles. »  Ces points peuvent être répartis entre rapporteurs.</p> <p><i>Pendant ce temps-là, préparation du 3<sup>ème</sup> jeu de rôle :  les patients et observateurs de ce 3<sup>ème</sup> Jeu de rôle étudient la fiche 'patient' du 2<sup>ème</sup> jeu de rôle  Les observateurs du 1<sup>er</sup> jeu de rôle deviennent les soignants du 2<sup>ème</sup> jeu</i></p> <p><b>Synthèse du jeu de rôle n°2 avec les 3 rapporteurs</b></p>
15h00	<p>(45')</p>   	<p><b>JEU DE ROLE N°3 CONSULTATION DE SUIVI</b></p> <p>Il s'agit d'un patient perdu de vue qui revient en consultation ou non-observant - homme; comportement isolation et / ou projection agressive + problèmes sociaux  L'objectif du jeu de rôle est de travailler sur le jugement des patients, paternalisme  L'observateur s'inspire de la grille d'observation présente pour l'activité dans le MDA</p> <p><b>Préparation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Répartir en sous-groupes</li> <li>× Distribuer les rôles à chaque « acteur » patient ou soignant.</li> <li>× Distribuer la fiche du rôle patient aux observateurs</li> <li>× Laisser les participants lire et s'approprier leurs rôles</li> <li>× Réunir tous les 'patients' pour faire le briefing de leur rôle</li> </ul> <p><b>Jeu de rôle</b></p> <p><b>Débriefing groupe</b></p> <p><i>Déroulé :</i>  Le soignant s'exprime sur ce qu'il a ressenti, qu'est ce qui s'est bien passé, quelles difficultés il a éprouvées  Le patient partage comment il s'est senti avec ce soignant, ce qui éventuellement lui a manqué.  L'observateur dégage une analyse plus précise des compétences qui ont été mise en œuvre par le soignant et des points d'amélioration qu'il suggère.</p> <p><i>Changement des groupes :</i>  Les observateurs se regroupent et discutent :</p> <p>« Quelles étaient les attitudes de défense du patients, quelle était sa problématique, ses difficultés ? Sa vie sociale ? y a-t-il des difficultés éventuelles liées à l'étape de son continuum de soin ?  Qu'est ce qui s'en déduit en termes d'enjeux pour le soignant avec ce patient-là ?  Dans les soignants qui ont été observés, présenter 2 ou 3 points qui ont été positifs et 2 ou 3 points sur lesquels il faudra être attentif pour une prochaine fois (sans nommer les gens) compte tenu du déroulement des jeux de rôles. »  Ces points peuvent être répartis entre rapporteurs.</p>

		<b>Synthèse du jeu de rôle n°3 avec les 3 rapporteurs</b>
15h45	 15'	<b>Synthèse plénière et complément animateur à partir du même chapitre</b>
16h00	 15'	PAUSE
16h15		

9.8 PARTIE 4 - CLOTURE DE L'ATELIER		
HORAIRE	ACTIVITE DUREE)	CONTENU
CLOTURE		DUREE : 45'
16h15	5' 	<b>CONCLUSION</b> <b>Eléments à aborder</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Importance de la thématique relation au patient</li> <li>× Logique de l'atelier : échanges, réflexions communes, pas de leçons à donner, chacun fait du mieux qu'il peut. Mais garder en tête que vous pouvez vous-même être un patient et de ce que vous pourriez attendre d'un soignant</li> </ul>
16h20	10' 	<b>SYNTHESE – CULTIVER SON SAVOIR-FAIRE RELATIONNEL</b> <i>Distribuer la fiche GP Synthèse</i> <b>Lecture de la fiche</b>  <b>Discussion</b>
16h30	10'	<b>TRAVAIL D'INTROSPECTION</b> <i>Si les participants sont encore présents, vifs et disponibles, possibilité de faire un travail d'introspection sur l'objectif personnel que les participants s'étaient fixés avant les jeux de rôles.</i> <b>« Repensez à l'objectif personnel que vous vous êtes fixés avant les jeux de rôles. Réfléchissez quelques minutes sur les points de vigilance pour vos prochains entretiens »</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>× Développement personnel : chacun est maître des changements sur ces compétences, c'est notre métier d'être humain, pas de jugement, on fait ce que l'on peut <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pour approfondir ça, métaphore du jardinier / potager personnel</li> <li>✓ Où en est votre potager maintenant ? Quels sentiments de faiblesses ?</li> </ul> </li> </ul>
16h40	10'	<b>SITUATIONS CONCRETES DES PARTICIPANTS</b> <i>Discussions plénières sur la base de cas / situations rencontrées - partage d'expérience</i> <b>« En introduction, vous avez évoqué des situations concrètes de relation aux patients qui vous ont semblé complexes et nous avons pu en reparler au cours de cet atelier.</b>

		<p>Suite à cet atelier, vous sentez vous maintenant un peu plus à l'aise pour affronter ces situations ? »</p> <p>« Souhaitez-vous partager avec nous d'autres cas auxquels vous avez été confrontés ? »</p>
16h50	10'	<p><b>CLOTURE ET OUVERTURE</b></p> <p>Conclure. Les éléments suivants peuvent vous être utiles</p> <p>✘ <i>Compétences abordées ici sont génériques. Ce sont des bases qui s'appliquent quelques soient les patients, leur âge, leur sexe, leur pathologie, leur orientation sexuelle, leur originalité.</i></p> <p><i>Cependant des situations spécifiques peuvent être approfondies :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Liées aux profils des patients : avec enfants, adolescents, avec populations vulnérables</i></li> <li>✓ <i>Liées à des situations spécifiques : agressivité d'un patient, patient très bavard, patient autoritaire, patient avec un proche ou en couple, ...</i></li> <li>✓ <i>Il faut également faire attention à ne pas développer ses compétences relationnelles pour des patients 'complexes' mais accorder autant d'attention aux patients bien suivis, bien observants</i></li> <li>✓ <i>et de nombreux autres cas particuliers</i></li> </ul> <p>Distribuer les documents qui n'auraient pas encore été distribués</p>
17h00		<p><b>FIN DE L'ATELIER</b></p>

Projet financé par :



# « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »

## ATELIER DE REFLEXION ET DE FORMATION



### GUIDE PARTICIPANTS

COMPILATION DE FICHES TECHNIQUES SUR LES COMPETENCES  
ET LES FACTEURS ASSOCIES A LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE

Mars 2016

**Réalisé par :**

*Etienne Guillard et Natalie Barsacq*

**Avec les contributions de :**

*Sanata Diallo, Sophie Ouvrard et des équipes Solthis*

# SOMMAIRE

---

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
1.1 CONTEXTE .....	2
1.2 PRESENTATION DE L'ATELIER .....	3
1.2.1 <i>Approche</i> .....	3
1.2.2 <i>Objectifs</i> .....	4
1.2.3 <i>A qui se destine cet atelier ?</i> .....	4
1.2.4 <i>Dans quelles situations ?</i> .....	4
1.2.5 <i>Quelles compétences développées dans cet atelier</i> .....	5
1.2.6 <i>Quels facteurs associés à la relation essentiels à prendre en compte</i> .....	5
1.2.7 <i>Programme synthétique de l'atelier</i> .....	6
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>7</b>
<b>DROITS DE REPRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>1. LA RELATION SOIGNANT – SOIGNE</b> .....	<b>8</b>
<b>2. LA « BONNE » DISTANCE RELATIONNELLE</b> .....	<b>10</b>
<b>3. LES REPRESENTATIONS DU MALADE</b> .....	<b>12</b>
<b>4. CONFIANCE, EMPATHIE ET ECOUTE</b> .....	<b>15</b>
<b>5. LE POIDS DES MOTS</b> .....	<b>18</b>
<b>6. FAVORISER L'EXPRESSION DU PATIENT</b> .....	<b>20</b>
<b>7. MODES DE DEFENSE DES SOIGNANTS</b> .....	<b>23</b>
<b>8. LES ATTITUDES DE DEFENSE DES PATIENTS</b> .....	<b>27</b>
<b>9. LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN</b> .....	<b>32</b>
<b>SYNTHESE – DEVELOPPER LA RELATION AVEC LE PATIENT : CULTIVER SES COMPETENCES RELATIONNELLES ET TENIR COMPTE DES FACTEURS ASSOCIES</b> .....	<b>35</b>

## INTRODUCTION

---

### 1.1 CONTEXTE

Très souvent lorsque l'on demande à un patient ce qu'est pour lui un « bon » soignant, il souligne généralement l'importance de l'expertise technique de celui-ci mais il mentionne également très souvent l'importance de l'écoute, de l'attention qu'a eu le soignant, des explications qu'il a su donner.

Plusieurs études et documents<sup>1 2</sup> font par ailleurs le constat d'une mauvaise qualité de l'accueil et des soins, d'un déficit de communication avec les patients, mais également d'attitudes discriminatoires, de la corruption et du racket<sup>3</sup> et les conséquences que cela a sur la qualité de la prise en charge.

Dans une pathologie comme le VIH/sida, la qualité de la relation de soin et de la communication développées par les soignants peut influencer sur l'observance et le maintien des patients dans le circuit de soin, ce qui est parfois accentué par des comportements stigmatisants liés à cette pathologie.

Or la plupart des formations tant initiales que continues des personnels soignants n'abordent pas ces enjeux relationnels, de savoir-être, vis-à-vis du patient, alors même qu'ils constituent un levier essentiel de la qualité des soins, a fortiori dans le cadre de la gestion d'une maladie chronique. L'amélioration de la relation entre les usagers et l'équipe soignante fait également partie des éléments essentiels évalués par l'OMS dans le cadre de la « réactivité du système de santé »<sup>4</sup>.

Consciente de ces enjeux essentiels pour la qualité de la prise en charge, Solthis a souhaité développer un atelier visant à **l'amélioration des compétences relationnelles du personnel soignant**, ce qui a été possible au Niger en parallèle d'un projet de renforcement des capacités des paramédicaux dans le cadre de la décentralisation de la prise en charge du VIH/Sida. Ce projet a été rendu possible grâce aux financements de Sidaction et de la Fondation Bettencourt Schueller qu'il est important de remercier ici.

Si cet atelier était initialement destiné à des paramédicaux ciblés dans le cadre du projet, le contenu de l'atelier a été développé pour être polyvalent et pouvoir être réutilisé avec d'autres professionnels de santé et dans d'autres situations.

## 1.2 PRESENTATION DE L'ATELIER

### 1.2.1 APPROCHE

Améliorer les compétences relationnelles, le savoir être est un exercice particulièrement délicat car ces sujets touchent l'individu dans ce qu'il est et sur comment il se comporte, sujets sur lequel on peut rapidement se retrouver en position de donneur de leçons, d'autant plus dans des contextes culturels qui ne sont pas toujours les nôtres.

Pour cela, nous n'avons pas voulu faire un module de formation mais au contraire nous avons souhaité favoriser l'échange, la réflexion collective ou individuelle afin d'aider à une prise de conscience individuelle des participants des points forts de leurs compétences relationnelles et des résistances. Des apports théoriques viennent alimenter la réflexion et plusieurs activités sont prévues pour mettre en application.

Si l'atelier aborde le fond et la forme de la relation, il ne traite pas du contenu médical, ni des messages que le soignant doit communiquer au patient ni au travail technique de la consultation, lui-même variable selon les professionnels concernés.

<sup>1</sup> Beach MC, Keruly J & Moore RD. Is the Quality of the Patient-Provider Relationship Associated with Better Adherence and Health Outcomes for Patients with HIV? *J Gen Intern Med*; 2006; 21:661–665

<sup>2</sup> Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S; Li W, Wilson I. Physician-Patient Relationships and Adherence Better Physician-Patient Relationships Are Associated with Higher Reported Adherence to Antiretroviral Therapy in Patients with HIV Infection. *J Gen Intern Med* 2004;19:1096 – 1103

<sup>3</sup> Jaffré, Yannick & Olivier de Sardan, Jean-Pierre (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD, Karthala (« Hommes et sociétés ») 2003.

<sup>4</sup> L'OMS définit comme la « **réactivité du système de santé** », la capacité d'un système à répondre aux attentes légitimes de la population pour les **aspects non médicaux de son interaction avec le système de santé**. Elle distingue deux composantes à cette « réactivité » : le respect de la personne (confidentialité, autonomie, respect de la dignité), et son orientation en faveur de l'utilisateur (prise en charge rapide, présence d'équipements minimums, accès possible à un accompagnement social)

L'atelier que nous avons développé est prévu sur 2 jours. Néanmoins, en 2 jours, difficile d'être exhaustif sur ces thématiques et de permettre une réelle appropriation des concepts et compétences. Aussi cet atelier doit-il être vu comme un 1<sup>er</sup> niveau qui devra être complété et approfondi ultérieurement. Par ailleurs, c'est notre « métier d'être humain », au-delà d'une formation, c'est avant tout quelque chose qui se cultive en continu dans la pratique au quotidien. Raison pour laquelle nous l'avons intitulé ainsi : « Cultiver l'humanisme dans la relation au patient »

### 1.2.2 OBJECTIFS

---

**Permettre une prise en charge optimale du VIH/Sida en améliorant les relations entre le personnel soignant et les patients**

Pour cela :

- Sensibiliser et faire réfléchir les soignants sur l'importance de la relation avec les patients
- Développer les compétences relationnelles et de communication des soignants et favoriser l'appropriation et la mise en pratique  
(ces compétences seront précisées ci-dessous)

### 1.2.3 A QUI SE DESTINE CET ATELIER ?

---

Le contexte dans lequel ce module a vu le jour est le contexte nigérien en zone décentralisée dans lequel de nombreuses tâches sont déléguées à des acteurs paramédicaux.

Néanmoins les enjeux dans les relations avec les patients concernent l'ensemble des soignants en contact avec des patients, qu'ils soient médicaux (médecins, sage femmes, dentiste, pharmacien) ou paramédicaux.

Aussi avons-nous souhaité que le contenu et le programme de cet atelier soit polyvalent et puisse-t-être une base générique pouvant être utilisées avec les différents profils dans diverses situations.

### 1.2.4 DANS QUELLES SITUATIONS ?

---

La relation entre le soignant et le soigné trouve avant tout sa place au cours de la consultation ou de l'entretien

#### 1.2.4.1 La consultation ou l'entretien comme cadre du développement de la relation

---

La relation entre le soignant et le soigné se développe en lien avec les objectifs de la consultation, soit principalement :

- Mettre en place une relation de confiance avec le patient
- Collecter des informations : Rechercher les représentations des patients, identifier les difficultés ou problèmes
- Partager de l'information médicale et thérapeutique, valider la compréhension et motiver le patient

#### 1.2.4.2 Le continuum de soin comme un tout dans lequel la qualité de relation est essentielle en continu

---

*Des moments particulièrement importants dans ce continuum :*

- Réalisation du test et annonce
- Initiation du traitement & retour sur l'annonce et la compréhension par les patients de leur maladie et de ce qu'elle entraîne
- Suivi au long court, avec notamment le retour de patients perdus de vue, non observants, non adhérents aux soins

#### 1.2.4.3 Un contenu générique qui s'applique à tous les patients

---

Le contenu de cet atelier est générique, il s'applique à la relation d'un soignant avec tout patient, quel que soit son âge, son sexe, ses particularités, ses orientations sexuelles, ses pratiques.

Néanmoins des situations particulières liées à des profils spécifiques pourraient faire l'objet de développements ultérieurs, par exemple une consultation avec un enfant, un adolescent ou un couple

#### 1.2.4.4 Des situations spécifiques

---

Certaines consultations peuvent être particulièrement complexes : violence d'un patient, colère, tristesse, pauvreté. Ces situations peuvent être évoquées dans cet atelier mais ne seront pas approfondies ici.

### 1.2.5 QUELLES COMPETENCES DEVELOPPEES DANS CET ATELIER

---

L'ensemble des compétences suivantes est abordé dans ce module. Cependant, étant donné la durée du module (2 jours), il n'est pas possible d'approfondir l'ensemble et il est évident qu'un perfectionnement pourra être ultérieurement nécessaire.

La figure 1 ci-dessous résume les compétences relationnelles développées dans ce module et un ensemble de facteurs à prendre en compte

#### 1.2.5.1 Compétences relationnelles et de communication

---

- Construire une relation de confiance
  - ✓ S'assurer que cette relation se fait avec Non jugement / respect / non stigmatisation
- Développer l'empathie
  - ✓ Entretien d'une congruence gestuelle & une communication non verbale
- Pratiquer l'écoute active et le questionnement
  - ✓ Savoir questionner & maîtriser les styles de questions
  - ✓ Reformuler et valider la compréhension
  - ✓ Savoir utiliser les silences
- Echanger et informer
  - ✓ Mesurer le poids des mots
  - ✓ Utiliser des signes de reconnaissance

#### 1.2.5.2 Compétences liées à la consultation ou aux situations spécifiques

---

- Dérouler / structurer l'entretien
- Expliquer et partager ce que l'on fait
- Maintenir la relation au cours de l'entretien, malgré l'utilisation des outils (registre, ordinateur)
- Savoir recadrer l'entretien dans des situations complexes
- Faire face à une charge affective importante : détecter / comprendre / accompagner

### 1.2.6 QUELS FACTEURS ASSOCIES A LA RELATION ESSENTIELS A PRENDRE EN COMPTE

---

Certains facteurs peuvent être essentiels pour permettre le développement d'une bonne relation :

- Les représentations des patients
- Les attitudes de défenses des patients
- Les modes de défense des soignants
- Le poids des mots

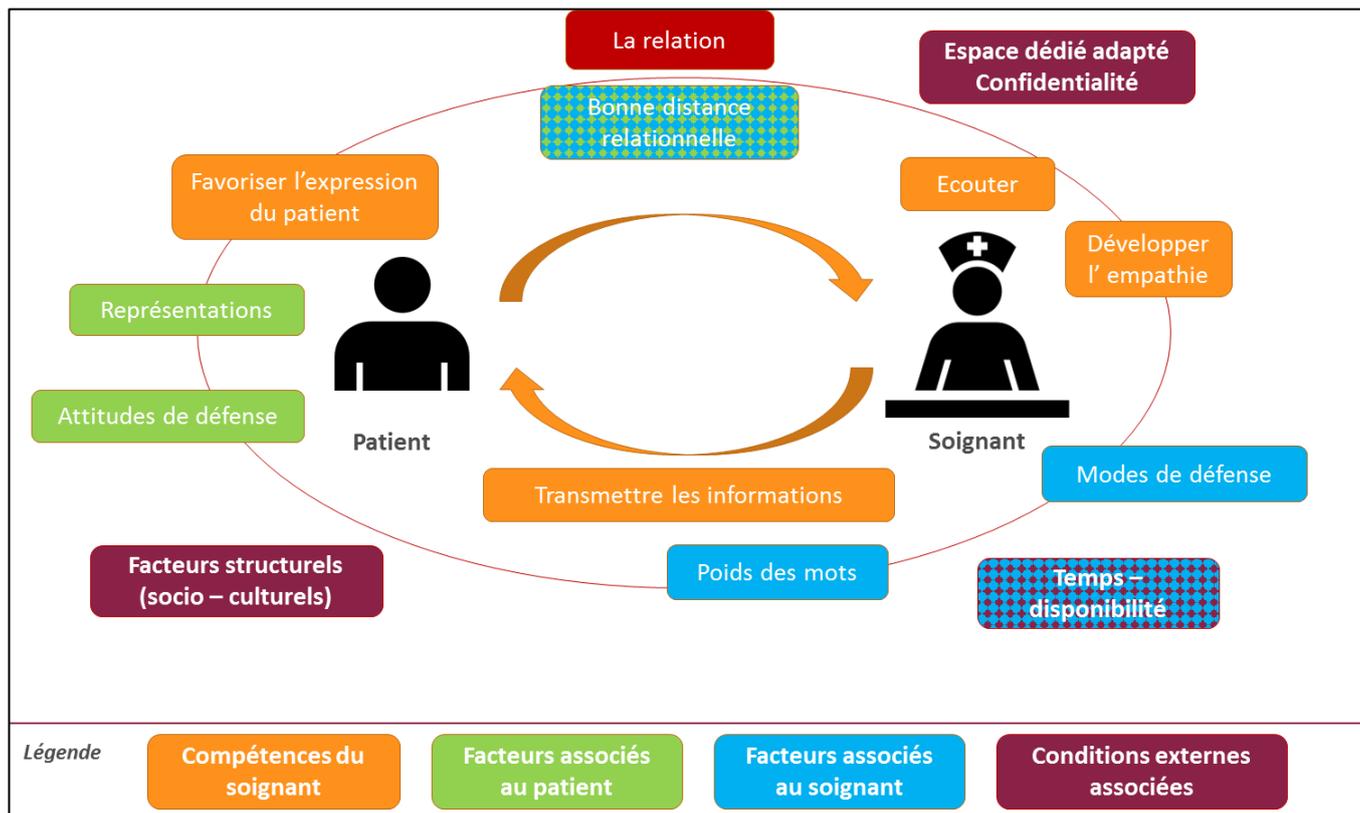


Figure 1 - Représentation schématique des facteurs et compétences associés à la relation soignant soigné

### 1.2.7 PROGRAMME SYNTHETIQUE DE L'ATELIER

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »	
<b>PARTIE 1 - INTRODUCTION / OUVERTURE DE L'ATELIER</b>	
1.1.	Courte introduction sur la thématique relation au patient, logique de l'atelier : échanges, réflexions communes
1.2.	Présentation des participants
1.3.	Donner du sens à cet atelier
1.4.	Présentation de l'atelier
<b>PARTIE 2 - LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNES. COMPETENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION</b>	
2.1.	Continuum de soins et communication
2.2.	S'approprier les grandes questions de la relation
2.3.	S'approprier les grandes questions de la relation - Confiance empathie écoute
2.4.	Développer les compétences relationnelles essentielles - l'écoute et l'empathie
2.5.	Développer les compétences relationnelles essentielles - capacité au silence, questionnement, écoute active
<b>PARTIE 3 – APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNE ET DES COMPETENCES RELATIONNELLES NECESSAIRES</b>	
3.1.	Introduction
3.2.	Approfondir les enjeux relationnels - modes de défense des soignants
3.3.	Approfondir les enjeux relationnels - attitudes de défense des patients
3.4.	Approfondir les enjeux relationnels - déroulement de l'entretien
3.5.	Approfondir les enjeux relationnels - mettre en pratique avec des jeux de rôles
<b>PARTIE 4 - CLOTURE DU MODULE</b>	

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

Ce document a été réalisé en s'inspirant des principaux documents suivants :

1. Richard C., Lussier MT., *La communication professionnelle en santé*. ERPI, Saint Laurent, Québec, 2005
2. Deccache A. et al. Projet 'Communicating Health/AIDS', *Careful communication, Manuels de formation sur la communication destiné aux médecins et infirmiers traitant des personnes séropositives ou sidéennes*. UCL, Bruxelles/Londres Juin 1995
3. Moley-Massol I., *Relation Médecin – Malade. Enjeux, pièges et opportunités. Situations pratiques*. Editions DaTeBe, Courbevois, 2007.
4. Liégeois M., *Former à l'entretien de soutien psychologique*. Editions Lamarre, Rueil Malmaison, 2007

## DROITS DE REPRODUCTION

---

### Certains droits réservés

Le contenu de cet atelier a été développé par l'ONG Solthis

Il fait l'objet d'une licence libre de *Creative Commons* : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage des Conditions Initiales à l'Identique 2.0 France (CC BY-NC-SA 2.0) <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/fr/>



L'utilisation et la copie sont libres dans la mesure où :

**Paternité** — Vous devez citer le nom de Solthis à chaque utilisation ou reproduction

**Pas d'Utilisation Commerciale** — Vous n'avez pas le droit d'utiliser le contenu de cet atelier à des fins commerciales.

**Partage des Conditions Initiales à l'Identique** — Si vous modifiez, transformez ou adaptez cette création, vous n'avez le droit de distribuer la création qui en résulte que sous un contrat identique à celui-ci.

Pour toute question, contactez Solthis : [contact@solthis.org](mailto:contact@solthis.org).

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

## 1. LA RELATION SOIGNANT – SOIGNE

La relation soignant – soigné est une rencontre **singulière et imprévisible** qui a le plus souvent le corps pour objet et qui met en présence deux sujets en position fondamentalement **asymétrique et inégale**, l'un doté d'un savoir et d'un savoir-faire, et l'autre, en souffrance et en questionnement. La relation soignant – soigné constitue le socle de l'exercice médical, mais comment s'instaure une relation de confiance, base de toute démarche thérapeutique, entre un soignant et un soigné ?

Le patient s'en remet au soignant pour qu'il décrypte son mal, l'éradique et restaure son équilibre vital. Il est amené à dévoiler quelque chose de son intimité physique et psychique **que seule la règle absolue du secret médical rend acceptable**.

Dans les pathologies chroniques, la relation soignant – soigné s'installe et évolue dans le temps. Elle nécessite une implication réciproque qui s'ouvre vers une relation où patient et soignant agissent en partenariat, avec, pour objectif, **la meilleure autonomie possible du patient**.

La notion très importante **d'autonomie du patient** ne doit pas être confondue avec une recherche de symétrie dans la relation. **C'est la réciprocité des échanges** entre deux individus en situation complémentaire qui permet de construire **une véritable relation**, chacun recevant de l'autre **à partir de sa place spécifique**.

La relation soignant – soigné opère dans le soin à condition que la place et le rôle du soignant et du patient restent clairement identifiés, chacun assumant la responsabilité qui le concerne : **celle qui incombe** à la fonction du soignant, et celle que le patient **choisit d'assumer**.

### DES REPRESENTATIONS IDEALISEES DU PATIENT ET DU SOIGNANT

La rencontre soignant – soigné se construit autour **d'un double langage particulièrement complexe, celui du corps, du symptôme, et celui de la parole**. La malade adresse au soignant une plainte et une demande. Mais de quelle plainte est-il question ? Le sens de la demande ne va pas toujours de soi !

Les attentes du patient vis-à-vis du soignant sont multiples et complexes. Elles dépendent de sa personnalité, de son histoire, de la période de vie qu'il traverse, et avant tout de la pathologie en cause et de la représentation qu'il en a.

Le patient n'est pas le seul à avoir des représentations ! La relation soignant – patient s'inscrit dans un système complexe d'attentes mutuelles fondées sur des représentations idéalisées, celle du *soignant idéal* pour le malade, et celle du *patient idéal* pour le soignant.

Le patient est en attente d'un technicien d'excellence, doté du pouvoir de guérir, soulager, réparer son corps et/ou son psychisme blessés. Il veut que le soignant décrypte son mal, donne un sens, repousse ses limites. Il veut être perçu dans sa globalité et non être réduit à un organe malade. **Le sujet malade veut être entendu et reconnu dans toutes les dimensions de son être et de ses contradictions**. Le soignant « attendu » par le patient est une image idéalisée d'un maître de sa discipline, un chaman, un sorcier, un confident, un père, une mère, un demi-dieu...

Soigner fait partie de ces métiers impossibles désignés par Freud : « *Il semble que soigner soit le troisième des métiers impossibles, dans lesquels on peut d'emblée être sûr d'un succès insuffisant. Les deux autres, connus depuis beaucoup plus longtemps, sont éduquer et gouverner.* »<sup>5</sup>

Le soignant aussi est en attente d'un *patient idéal*, c'est à dire gratifiant pour sa personne et sa fonction. **Le patient idéal est incarné par le « bon malade », observant et guérissable...** Il est celui qui rassure le soignant sur son pouvoir et ses compétences, celui qui le confirme dans le choix de sa profession ou de sa vocation.

Les situations d'urgence sont celles qui mettent le plus clairement en scène des attentes réciproques qui se trouvent le plus souvent satisfaites. En revanche, les maladies chroniques, les maladies graves et incurables confrontent le soignant à ses limites et à un sentiment d'impuissance qui peut lui infliger de véritables blessures psychologiques. Il se croit défaillant dans sa capacité à être un « bon soignant » s'il n'est pas parvenu à faire le deuil de sa toute-puissance sur la vie et sur la mort et à renoncer à une certaine vision idéalisée de la médecine et de ses pouvoirs.

## LES FONCTIONS DU SOIGNANT

Il est sans doute indispensable à tout soignant de garder l'espoir d'une guérison, ou tout au moins d'une réparation de l'autre, toujours possibles, mais cette relation d'aide ne saurait se limiter à une démarche technique visant strictement à supprimer des symptômes. La médecine ne se limite pas à l'art de guérir. Etre soignant, c'est aussi l'art de rester présent à l'autre, dans **cette part d'humanité inaliénable**, et plus encore quand il n'y a plus rien à attendre de la science et de la technique, quand il n'y a plus de guérison possible.

On peut décrire trois fonctions attachées au statut de soignant, une fonction technique et scientifique, une fonction charismatique, c'est à dire la faculté de susciter chez le patient la croyance en une capacité de guérison, et une fonction d'accompagnement.

« **Accompagner toujours, soulager souvent, guérir parfois !** » disait Hippocrate. Les progrès et avancées majeures réalisés par la médecine moderne auraient-ils brouillé la perception de la fonction médicale ? **La fonction d'accompagnement est plus que jamais essentielle dans l'exercice de la médecine actuelle. C'est sa part d'humanité.** Elle est la contrepartie indispensable d'une médecine de plus en plus scientifique et spécialisée. Elle s'ancre dans La relation soignant - soigné qui se construit et se transforme au fil du temps.

## CONCLUSION

Il n'existe pas deux types de médecines, l'une scientifique et performante et l'autre humaine et relationnelle (*l'auteure fait ici référence aux thérapies psychologiques ou psychanalytiques*). Il existe en revanche de bonne et de moins bonnes médecines.

**L'enjeu pour la médecine d'aujourd'hui est à la fois d'intégrer toutes les avancées scientifiques et de redéployer la part d'humain dans la relation médicale. « Aucune théorie de la médecine qui ne fait sa part à la vie secrète de l'homme malade et de son entourage de vie et de mort n'est viable, et réciproquement, une théorie qui ne fait pas leur part aux acquisitions des sciences biologiques positives et des effets objectifs des produits des laboratoires ne peut apparaître que comme une aberration »<sup>6</sup>**

---

<sup>5</sup> Sigmund Freud, *L'analyse sans fin, l'analyse avec fin*. Fayard, Paris, 1994

<sup>6</sup> Pierre Benoît, *Chroniques médicales d'un psychanalyste*. Payot, Paris, 1988

SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	<b>La bonne distance relationnelle</b>	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

## 2. LA « BONNE » DISTANCE RELATIONNELLE

### BENEFICES ET RISQUES DE L'EVOLUTION DE LA RELATION SOIGNANT - SOIGNE

Depuis le siècle dernier, la relation soignant - soigné s'est profondément modifiée, le modèle paternaliste qui prévalait depuis Hippocrate a été remplacé par un modèle plus égalitaire qui valorise l'autonomie du patient devenu partenaire de son soin. L'information du patient est apparue comme un contre-pouvoir nécessaire pour tendre vers l'équilibre des savoirs. Elle est aussi le moyen de donner un sens à ce que vivent le malade et son entourage, et de permettre ainsi au soigné de rester lui-même dans l'épreuve.

**Savoir permet de s'affranchir d'une totale dépendance vis-à-vis des soignants. Informer permet de reconnaître l'autre dans son aptitude à juger et à disposer de lui-même.**

Mais comment concilier l'obligation d'informer et le droit des malades d'ignorer (*par exemple, ignorer une échéance fatale*) tout aussi respectable et légitime ? Qu'en est-il par ailleurs des malades qui préfèrent s'en remettre totalement aux décisions des soignants et préfère ne pas avoir à prendre part à d'éventuels choix thérapeutiques ?

Dans un fonctionnement médical de type paternaliste, la régression du patient est favorisée. Le soignant, médecin notamment, se place en position « haute » par rapport au malade placé en position « basse ». Le soignant sait et décide « pour le bien du malade » qui est maintenu dans une passivité et une soumission infantile. Il n'y a pas de réciprocité dans l'échange.

Il existe cependant des situations où le mouvement de régression peut-être un temps nécessaire au patient. Il demande protection au soignant, il s'en remet à lui, se réfugie dans un cocon médical qui le sécurise et dont il a momentanément besoin pour se réparer.

L'autonomisation du patient est un estimable projet de soin dont on connaît l'importance dans les pathologies chroniques notamment. Elle affranchit l'individu et lui permet de s'approprier sa maladie, de mieux vivre avec elle. Mais l'autonomie du patient ne doit pas devenir une idéologie médicale, elle peut en effet culpabiliser le patient et lui renvoyer une image dévalorisante de lui-même s'il ne se sent pas encore prêt à s'autonomiser.

Ni enfant irresponsable, ni adulte spécialiste de lui-même, le malade est un être en attente d'une présence qui l'aide à comprendre et à affronter les épreuves. **Il a besoin d'être soutenu, sans être dépossédé de lui-même.**

La relation soignant – patient doit permettre une mise à disposition du malade de moyens qui l'aident à s'autonomiser, à son rythme, à sa mesure. Elle doit rester flexible, s'adapter aux besoins du malade **qui ne cesse d'évoluer entre régression et autonomisation.**

**Il s'agit en définitive de concilier le principe d'autonomie et celui de bienfaisance.**

### LES PLACES SPECIFIQUES DU SOIGNANT ET DU SOIGNE

La « bonne » distance soignant – soigné impose de se sentir proche l'un de l'autre, mais pas trop. Elle doit permettre un climat de confiance qui autorise le malade à s'exprimer librement tout en maintenant un écart permettant à chacun de ne pas se sentir envahi par l'autre. **C'est au soignant qu'il revient de garder la maîtrise de cette « bonne » distance, laquelle permet à la relation de jouer pleinement son rôle thérapeutique.**

A « bonne » distance, chacun accepte de recevoir de l'autre, depuis sa place spécifique. Le malade peut alors se sentir reconnu dans sa souffrance et soutenu, et le soignant s'en trouver enrichi.

**La tentation est grande de confondre qualité de communication et relation sur le mode amical.** Cette dernière ne résout rien dans le cadre thérapeutique, bien au contraire, elle peut même entraîner des effets funestes. De même le tutoiement ou dans certaines situations la gratuité des soins (*comme cadeau*) risquent d'abolir la distance indispensable à la relation thérapeutique. Les soins donnés à ses proches, à sa famille présentent les mêmes écueils. Le soignant n'est plus dans la « bienveillance objective » et le soigné se trouve soumis à **des affects qui peuvent entraver le processus thérapeutique.**

Une relation médicale qui sort du cadre et des règles généralement établies peut mettre le patient en situation de **dette** vis à vis du soignant. L'acte médical est reçu psychiquement comme un service rendu appelant un **don** en retour, le patient est alors redevable au soignant, avec tous les **effets pervers** que cela peut impliquer, **lesquels peuvent se jouer au niveau même des capacités de rétablissement du soigné.** Le cadeau, « le contre-don », **instaure une dépendance** soit pour le soignant qui le reçoit, soit pour le malade qui le donne, **ce qui perturbe l'équilibre de la relation.**

**La relation thérapeutique n'a rien à voir non plus avec l'apitoiement.** Le malade attend du soignant de la compréhension et une certaine **empathie**, qualité centrale du thérapeute qui désigne l'aptitude à reconnaître la souffrance du malade et à le lui signifier. L'empathie est différente de la compassion, qui se définit comme une souffrance partagée. Le soigné n'attend pas que le soignant souffre avec lui, comme lui, ce qui risquerait d'aggraver son angoisse et son sentiment d'insécurité, **il a besoin que sa souffrance soit reconnue, qu'elle soit nommée.**

**L'identification du soignant au malade comporte des risques pour la relation thérapeutique.** Le patient a besoin de préserver une image rassurante de son soignant, il n'apprécie pas forcément que le soignant fasse référence à son histoire : « *Moi aussi j'ai hésité quand j'ai dû décider de mettre des préservatifs...* » Les patients n'ont pas forcément envie d'imaginer le soignant comme semblable à eux, ils ne souhaitent pas entrer dans sa vie intime, de l'imaginer malade ou faible. Ils ont besoin qu'une **distance relationnelle et affective soit maintenue. C'est elle qui permet d'installer la position réconfortante du thérapeute à laquelle le malade peut s'ancrer.**

**En revanche, il est important que le soignant personnalise la relation et montre au patient toute la valeur qui lui est accordée :** « *C'est le meilleur traitement pour vous, de mon point de vue !* » est préférable à : « *C'est le traitement qu'on a l'habitude de donner dans le service.* » Cette deuxième formulation banalise et dépersonnalise la prescription. **Elle affaiblit la relation et sa vertu thérapeutique.**

## CONCLUSION

Le principe de bienveillance, qui doit toujours prévaloir dans la relation médicale, fait entrer en jeu **une dimension affective.** Celle-ci n'est pas synonyme d'amour. Il serait en effet tout à fait inadapté de faire de « l'amour » du malade un devoir médical. Le soignant doit montrer son implication auprès du patient, exprimer une position réfléchie, adaptée au patient et **non plaquée** comme une simple application impersonnelle d'un savoir théorique.

**Ni intrusion dans l'intime de la vie privée, ni repli frileux sur le geste technique, la « bonne » distance soignant-soigné est celle qui fait exister les aspects affectifs de la relation, dans le respect des places et rôles de chacun. L'important pour le soignant est de préserver l'authenticité de sa relation au patient, de garder sa spontanéité d'approche tout en restant attentif aux réactions du patient pour pouvoir s'y adapter.**

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »		
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS		
1	La relation soignant – soigné	6 Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7 Modes de défense des soignants
<b>3</b>	<b>Les représentations du malade</b>	8 Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9 Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots	Synthèse - cultiver ses compétences

### 3. LES REPRESENTATIONS DU MALADE

#### LE CORPS DU MALADE N'EST PAS REDUCTIBLE A SA SEULE DIMENSION BIOLOGIQUE

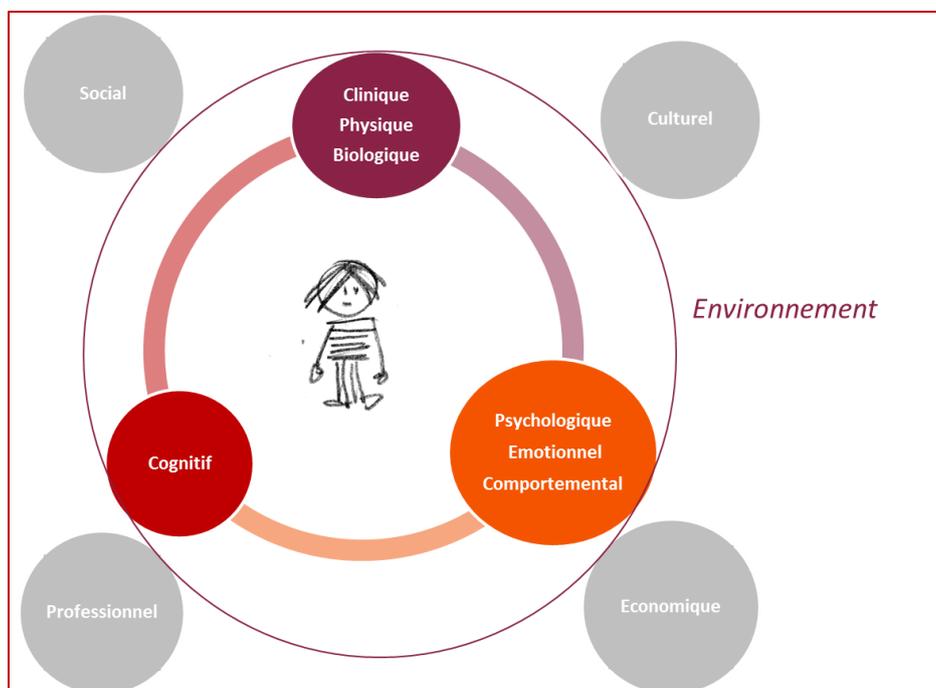
L'objet de la médecine est le corps biologique. Le sujet de la médecine est un être parlant et désirant (avec sa part d'inconscient), qui imagine et symbolise son corps, un corps investi par une histoire singulière, une culture, un corps porteur d'une identité.

La maladie fait voler en éclat les points de repère du sujet sur son être et le sens de sa vie. Elle le renvoie violemment à ses limites et à ses manques et soumet le malade à la question de sa capacité à être, à son histoire, à son désir, à sa vie et à sa mort.

La relation soignant – soigné fonctionne dans le soin lorsqu'il existe une concordance entre le corps objectif examiné par le soignant et le corps subjectif vécu par le patient. La discordance entre ces deux dimensions peut-être porteuse de malentendus, voire de conflits. Elle peut conduire à des attitudes médicales regrettables telles que le rapport de force, le rejet, ou le vagabondage thérapeutique du malade.

Le patient a besoin des paroles de l'autre pour se parler à lui-même, dépasser ses peurs, donner du sens et se reconstruire.

**La demande du malade n'est pas seulement une demande de guérison mais aussi de savoir sur lui-même.**  
**« Guérissez-moi docteur, et dites-moi aussi comment y faire avec ça, donnez-moi des repères qui donne du sens à ce que je vis et que je dois traverser ! »**



**Figure 2 : le patient, un ensemble de dimensions et d'interactions**

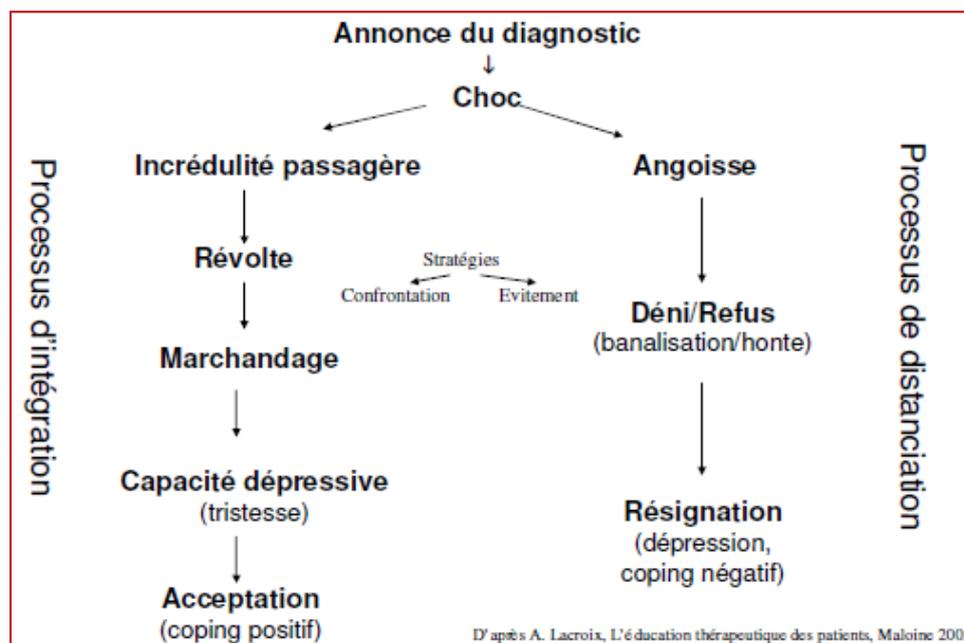
## LES REPRESENTATIONS CONSCIENTES ET INCONSCIENTES

Les malades possèdent une représentation de leur corps, des organes, des maladies, des traitements, souvent très éloignées des définitions médicales. Ces représentations font appel à un imaginaire collectif, culturel, et à un imaginaire individuel. Elles sont à la fois conscientes et inconscientes.

Dans certains contextes culturels par exemple, le sein, très fortement investi, représente la femme et la mère. Le retentissement d'une maladie du sein y est toujours très important et dépend de l'histoire de chaque femme, de son âge, de sa vie amoureuse et sexuelle, de ses maternités éventuelles, des antécédents maternels... Le cœur, quant à lui, est associé au courage, à l'âme, le foie au caractère, la peau, au « soi », et l'utérus est fantasmé comme une « chambre invisible et immense » (S. Simoun). Le sang est riche en évocations, très différentes chez l'homme et la femme. A la fois noble et sacré, le sang figure la lignée familiale, la transmission des générations, il incarne aussi « la valeur » de la personne (dans certaines sociétés anciennes, le guerrier buvait le sang de l'ennemi tué pour acquérir sa bravoure.) Dans certaines religions, le sang est impur, une salissure quand il évoque les menstrues de la femme qui est déclarée tabou durant la période de ses règles.

Chaque culture possède ainsi une mythologie du corps et des maladies, revisitée par l'histoire de chaque individu.

**A l'annonce d'une maladie, à l'évocation d'un traitement, le patient est d'emblée renvoyé à ses représentations imaginaires, qui viennent recouvrir les explications rationnelles du soignant.**



**Figure 3 : Réactions des patients à l'annonce d'un diagnostic**

Le décalage entre les représentations imaginaires des patients et le savoir médical explique sans doute de nombreux malentendus entre soignants et soignés, de même que certains échecs de la communication, de la relation thérapeutique.

**C'est en interrogeant le malade sur ses représentations, en partant de son point de vue, que le soignant peut accéder au sens que le malade donne à une maladie, à un symptôme, à une thérapeutique. « Qu'est-ce que signifie pour vous un test sanguin ? Comment vous représentez-vous le VIH ? Comment voyez-vous les choses pour l'avenir ? Que savez-vous de la trithérapie ? »**

**Le soignant peut ainsi construire avec le patient un langage commun, et donner une information plus adaptée, plus pertinente, donc plus efficace.**



### MODELE DES CROYANCES DE SANTE (Health Belief Model)

*Rosenstock - Social Learning Theory and the Health Belief Model - Health Educ Q. - June 1988 vol. 15 no. 2 175-183*

Pour que le patient soit en mesure de suivre le traitement, 4 conditions sont nécessaires :

1. être persuadé d'être atteint par la maladie
2. croire que la maladie et ses conséquences sont graves
3. croire que le traitement est bénéfique
4. croire que les bienfaits du traitement sont plus importants que ses désavantages (effets secondaires, contraintes, coûts ...)

### L'ACCOMPAGNEMENT ET « L'EDUCATION » DU PATIENT IMPLIQUENT LA PRISE EN COMPTE DE SA PART D'IRRATIONALITE

Le soignant voudrait guérir, soulager le patient, le convaincre de ce qui est « bien » et ce qui est « mal » pour sa santé, lui faire entendre raison. Il espère un patient « raisonnable » et prêt à tout mettre en œuvre pour réussir.

Pourtant l'expérience quotidienne atteste des attitudes paradoxales du patient qui écoute, comprend, acquiesce et... résiste.

Que penser du malade qui vient de subir un pontage cardiaque et se remet à fumer, de cet autre qui n'est pas observant alors que son traitement commençait à donner des résultats très encourageants ?

Dans un même temps, ces patients demandent de l'aide et refusent de se soumettre à la norme de santé.

Ainsi, le soignant est souvent confronté à des patients pris dans leurs propres contradictions. Le malade tente de se soumettre aux règles médicales par la raison, tandis que sa part d'irrationnel ou d'inconscient se rebelle face à ce qui lui est « imposé ». Sujet vivant et complexe, il ne veut pas nécessairement son propre bien.

C'est dans la réciprocité de la relation soignant – soigné que le soignant peut jouer son rôle d'accompagnement, d'éducateur, en commençant par renoncer à façonner l'autre à son image et à le convertir à la norme de santé. Ceci peut demander au soignant un effort important, une grande prise de recul par rapport à ses propres aspirations à être « le bon » soignant, celui qui a le « pouvoir de réussir ».

### CONCLUSION

L'éducation du patient se pense à travers un « tissage » relationnel entre le sujet soignant et le sujet malade. Chacun accepte de recevoir de l'autre, depuis sa place, et avec ses représentations, conscientes et inconscientes.

**Pour le soignant, penser l'éducation, c'est accepter le patient avec ce qu'il amène de personnel et d'irrationnel. C'est l'accompagner pas à pas dans un effort pour se réapproprier la vie, que la souffrance et la maladie ont momentanément ou pour toujours perturbée. C'est la patient, dans son aveuglement même qui est le guide, car lui seul est à même d'indiquer le chemin, de donner du sens.**

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	<b>Confiance, Empathie, Ecoute</b>	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

## 4. CONFIANCE, EMPATHIE ET ECOUTE

### 3 fondements essentiels de la relation

Dans le contexte du VIH, la confidentialité, la fiabilité et l'honnêteté dans la relation de soin sont d'une grande importance dans l'établissement et le maintien de **la confiance** entre la personne séropositive et le professionnel de santé.

L'attitude de confiance est **basée sur l'expérience passée**. Certaines personnes ont connu des expériences qui leur ont appris à ne plus faire confiance. Parfois les patients font confiance au soignant mais ils ont un sentiment de méfiance à l'égard des systèmes de soins médicaux et sociaux.

Il est important de réaliser qu'aucune personne n'est en confiance totale dans une nouvelle situation face à une nouvelle personne. Il est donc nécessaire de **faire naître** la confiance, **puis de la faire grandir**, pas à pas, avec le patient et avec sa famille.

Il faut également se rappeler que **la confiance est réciproque**. Ainsi, le professionnel de santé apprend aussi à faire confiance au patient tout au long de la relation.

**L'empathie** est la capacité à ressentir et à comprendre les émotions et le point de vue de l'autre. Elle permet d'engager une relation d'échange à partir du ressenti et des croyances du patient. C'est une manifestation **de compréhension** à l'égard du patient, ce qui va l'aider à s'exprimer, à s'apercevoir qu'il écouté, compris, soutenu, et donc à se sentir en confiance avec la soignant.

L'empathie consiste à **percevoir avec précision** les références d'autrui, les émotions et les significations qui s'y attachent, comme si l'on était la personne elle-même mais **sans jamais perdre de vue le comme si**.

Le soignant essaye d'**imaginer** ce que vit le patient au moment présent, il tente de **saisir intuitivement** la douleur ou le plaisir de l'autre, comme l'autre les ressent, il tente d'en percevoir les causes comme le patient les perçoit, mais sans jamais perdre de vue que c'est **comme si** j'étais affligé ou réjoui... Si jamais l'on perd le sens du comme si, on tombe alors dans l'état d'identification.

L'empathie permet de se mettre à la place du patient, mais **pas de vivre à sa place**. Elle suppose de :

- ne pas faire passer ses propres sentiments en premier,
- ne pas juger la personne,
- ne pas se laisser envahir par nos sentiments personnels devant ce qui est dit,
- ne pas minimiser les sentiments de la personne.

Il est essentiel de remettre en question son aptitude à décoder les attentes et les difficultés du patient et à se faire comprendre de lui, en particulier face à des patients que l'on connaît bien. Cela ne signifie pas qu'il faille sans cesse vivre le doute, mais seulement rester vigilant pour ne pas se figer dans des certitudes ou de fausses évidences (« *Je le connais depuis tellement longtemps, je sais exactement comment il va réagir !* »)

## MANIFESTER DE L'ÉCOUTE ET DE L'EMPATHIE

Un mot, un sourire, parfois un geste, signifient au patient qu'il est le bienvenu.

Pour manifester de l'empathie, il faut avant tout **être à l'écoute**, c'est à dire :

- avoir une **expression du visage attentive et bienveillante**,
- être en **contact visuel** lorsque le patient s'exprime, sans le fixer ou avoir l'air intrusif,
- **éviter de l'interrompre** fréquemment.

## MANIFESTER DE L'EMPATHIE PAR LA PAROLE

---

L'empathie se traduit par **des commentaires** du soignant qui indiquent de l'intérêt et de la compréhension, par exemple : « **Je vois...** » (*Je vois combien c'est difficile pour vous !*) ou « **Je comprends...** » (« *Je comprends que vous soyez en colère !* »)

**Le ton de la voix** est évidemment très important pour maintenir la confiance, puisqu'il en dit aussi long que les mots eux-mêmes...

**Reformuler** les sentiments, les émotions du patient est une façon de montrer de l'empathie, par exemple : « *Je vois combien c'est difficile pour vous !* » ou « *Je comprends que vous êtes très en colère !* »

Les émotions, les façons de penser, doivent être **reconnues et acceptées ouvertement**, ne les **jugez pas**, dites plutôt : « *Je comprends que cette nouvelle thérapie vous effraie. Parlons-en...* » au lieu de : « *Il n'y a pas de raison d'être effrayé* » ou encore « *Vous devez faire face à beaucoup de difficultés, ce n'est pas étonnant que vous vous sentiez triste et découragé* » au lieu de « *Allons, allons, soyez un peu courageuse.* »

« **Remercier** » le patient d'avoir révélé des faits particulièrement pénibles peut lui démontrer non seulement une absence de jugement, mais également l'aider à approfondir le sujet, par exemple : « *La situation dont vous me parlez semble vraiment difficile, je suis content que vous m'ayez raconté ça, je comprends mieux ce que vous ressentez* ».

Révéler ses propres sentiments ou expérience au patient doit être évité, car cela risquerait de déboucher sur un manque de distance, sur une **perte du comme si**, sur une **identification**. Il faut s'efforcer **d'éviter de projeter ses sentiments**, par exemple : « *Il n'y a pas de raison d'avoir peur* » ou **ses expériences** : « *Moi aussi j'ai hésité quand il a fallu que je mette un préservatif.* »

## MANIFESTER DE L'ÉCOUTE ET DE L'EMPATHIE PAR L'ATTITUDE NON VERBALE

---

**Le choix des places** pour parler est très important : privilégier un face à face à même hauteur (à égalité), et confortable dans toute la mesure du possible, sans écran entre les visages.

Il faut s'efforcer de maintenir une attitude d'écoute **avant tout**, par exemple éviter d'écrire lorsque le patient parle ou pose une question. Si toutefois une activité doit être faite en parallèle (écrire, utiliser un ordinateur, un livre), informer alors le patient de ce qui doit être fait pour qu'il soit en mesure de comprendre.

Lorsque les mots et les expressions du visage sont en contradiction, le soigné a tendance à donner la priorité aux expressions non-verbales... Par exemple, un ton doux mais des sourcils froncés peuvent laisser entendre que le soignant s'impatiente.

Le fait **d'être sensible aux expressions du visage du patient** peut permettre d'identifier des émotions, des sujets de discussion à approfondir, par exemple : « *Je constate que vous froncez les sourcils quand je parle de sexe sans risque* », ou « *Vous semblez être plus heureux aujourd'hui* ».

**Des gestes ou attitudes corporelles sont des marques d'attention et d'écoute**, par exemple le fait de se pencher en avant pour manifester son intérêt, de hocher la tête avec approbation. A l'inverse, le fait de se pencher en arrière et de croiser les bras peut être interprété de manière négative par le patient.

**Le contact corporel** est un signe non-verbal très puissant. Le toucher peut être utilisé de nombreuses façons différentes, principalement pour communiquer de la chaleur et de la compréhension, mais il faut **l'utiliser avec prudence** selon les personnes et les contextes culturels. Dans le contexte du VIH, la manière par laquelle la personne est touchée et l'attitude du professionnel de santé qui pratique le toucher peuvent véhiculer un message d'attention. A contrario dans d'autres situations certaines personnes peuvent être choquées par de tels signes.

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	<b>Le poids des mots</b>		Synthèse - cultiver ses compétences

## 5. LE POIDS DES MOTS

Les patients peuvent se demander si leurs réactions à la maladie et au stress sont normales. Ils craignent qu'en révélant leurs sentiments ou ce qu'ils pensent, les autres les jugent et considèrent qu'ils réagissent de manière faible, excessive ou étrange.

Il s'agit donc d'accepter la personne, même si vous n'approuvez pas toutes ses idées ou comportements. Soyez attentif à ne pas formuler d'opinions négatives, à ne pas juger le patient, ou lui faire la morale, et à ne pas lui imposer de grandes vérités écrasantes.

**Donner du sens au parcours thérapeutique** de chaque patient, cela suppose de **prendre en compte sa vie particulière**, avec ses contraintes, ses joies, ses difficultés, en partant des représentations que le patient se fait de sa situation, de sa maladie.

Il est important de trouver, **pour chaque patient là où il en est**, un équilibre entre **son besoin d'information et celui de ne pas tout savoir**, il s'agit donc de donner de l'information de façon progressive, **adaptée au patient**, à ce qu'il souhaite entendre, à son niveau de connaissance, à son état du moment.

Lorsque le moment est venu de parler des aspects médicaux, il faut éviter de donner des conseils de professionnel, il vaut mieux donner des conseils du point de vue du patient. Il faut donc **être simple** dans ses explications, veiller à **ne pas utiliser de jargon médical**, à s'adapter au niveau du patient : savoir répéter si c'est nécessaire, sans lassitude et s'assurer de la bonne compréhension des informations.

### Bien dire, c'est d'abord savoir écouter.

Parfois, plutôt que de dire ce qu'il faut faire, il est plus utile de questionner (par exemple : « *Que pensez-vous que vous devriez faire?* ») et d'essayer d'utiliser les réponses du patient, par exemple : « *Oui, je suis d'accord avec vous, je crois aussi que cela vous ferait du bien* » ou « *Si c'est ce que souhaitez faire, c'est une bonne idée, comment pensez-vous y arriver?* » ou « *Si vous faites ce que vous avez suggéré, quels problèmes pensez-vous devoir affronter?* ».

Les patients ont bien souvent des sentiments et une attitude **plus positifs** à l'égard de ce que **leur maladie signifie pour eux** qu'à l'égard de ce que le soignant attend d'eux. Il est donc plus important de comprendre ce que ressent et envisage le patient, plutôt que d'affirmer ce qu'on pense que le patient devrait ressentir, penser, ou faire.

#### DONNER DE L'INFORMATION DE FAÇON PROGRESSIVE ET DELICATE

Après avoir questionné le patient, vous serez en mesure de prendre en compte son niveau d'information, ses points de vue et ses émotions. Vos explications doivent, dans toute la mesure du possible, être courtes et compréhensibles.

**Reprendre les mots employés par le patient** favorise la communication. La reformulation est une marque de reconnaissance, elle indique que l'on écoute vraiment, que l'on s'intéresse à la personne.

Avancez au rythme du patient, en fonction de ses éventuelles réactions et questions. Soyez **vigilant et attentif au choix des mots** que vous utilisez, certains peuvent renvoyer le patient à des images angoissantes, dévalorisantes ou culpabilisantes, par exemple : « *C'est une sale maladie !* » ou : « *Il fallait y penser plus tôt* » ou encore : « *Le mal est fait !* »

Soyez **particulièrement attentif aux mots** qui suggèrent un **jugement de valeur** : bien/mal ; grave ou pas ; normal ou pas ... Ces mots nous viennent naturellement et on ne peut pas s'en passer, il faut cependant être attentif à leur utilisation car ils peuvent être la première manifestation d'une position de domination, celle à partir de laquelle on se croit autorisé à dire à l'autre « La vérité ».

**Evitez de valoriser** = Formuler un **jugement de valeur global** sur la personne, ou sur ce qu'elle dit ou fait. Par exemple : « *Vous êtes en pleine forme* » ou « *Vos connaissances sont bonnes.* »

**Donnez plutôt des signes de reconnaissance** = Formuler un **jugement de valeur précis** à partir de ce que la personne dit ou fait. Par exemple : « *Je vois que vous avez repris du poids, c'est une très bonne chose, vous êtes sur la bonne voie* » ou « *C'est ça, tout à fait, c'est bien un virus.* » Donner des signes de reconnaissance nécessite de savoir écouter et observer pour pouvoir s'exprimer en utilisant les mots ou les actes du patient.

De façon à ne pas être abrupte en formulant des "**vérités**" **absolues**, introduisez vos idées personnelles plutôt sous la forme d'hypothèses, par exemple : « Je me demande si... »

Soyez **cohérent** dans ce que vous dites pour ne pas mettre le patient dans la confusion, par exemple, plutôt que de dire : « *Ce n'est pas grave, mais nous allons vous surveiller tous les mois* » dites plutôt : « *Prenons rendez-vous pour le mois prochain, c'est le rythme qu'il nous faut pour un bon suivi et pour la délivrance de vos médicaments* » soyez donc **précis, simple et autant que possible positif**, même si c'est un peu plus long à formuler.

Si, par une réaction du patient, il vous arrive de constater que vous avez commis une maladresse, de façon à **maintenir la confiance**, sachez reconnaître que vous vous êtes trompé, que vous vous êtes mal fait comprendre et **rectifiez vos propos**, sans ambiguïté.

**Nommer la maladie** ne doit pas rester un tabou quand le patient est prêt à entendre le diagnostic. Il faut savoir dire la vérité de façon délicate et éviter à tout prix :

- le mensonge (même pour rassurer),
- de donner de faux espoirs, par exemple : « *Tout finira par s'arranger* »,
- d'amoinrir, par exemple : « *Je pense que vous dramatisez. Les choses ne vont pas aussi mal que vous semblez vouloir le croire.* »

Dites la **vérité** quand le patient est prêt à l'entendre, et ménagez lui une **marge d'espoir**.

**Révéler rapidement** les solutions thérapeutiques possibles, donner des informations cliniques et thérapeutiques simples et précises.

**Assurez-vous de la bonne compréhension**, en particulier en fin de consultation. Même si vous pensez avoir donné des informations claires, posez des questions comme, par exemple : « *quelles sont vos questions ?* » ou « *qu'est-ce que vous aimeriez que je précise ?* » ou « *qu'est-ce que vous retenir de cette consultation ?* »

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	<i>La relation soignant – soigné</i>	6	<b>Favoriser l'expression du patient</b>
2	<i>La bonne distance relationnelle</i>	7	<i>Modes de défense des soignants</i>
3	<i>Les représentations du malade</i>	8	<i>Attitudes de défense des patients</i>
4	<i>Confiance, Empathie, Ecoute</i>	9	<i>Déroulement de l'entretien</i>
5	<i>Le poids des mots</i>		<i>Synthèse - cultiver ses compétences</i>

## 6. FAVORISER L'EXPRESSION DU PATIENT

Le patient est **davantage qu'un simple malade**. Il est le seul à connaître ses sentiments, ses croyances, ses difficultés, et leur influence sur son mode de vie ; il est le seul à pouvoir éventuellement accepter ses symptômes et leurs conséquences personnelles, familiales, professionnelles... à être capable de vivre avec.

Un soignant qui ne mettrait l'accent que sur la partie scientifique de son rôle et donc **sur les symptômes**, et qui ne considérerait le **patient que comme malade**, oublierait que le patient est **également une personne**. Les effets thérapeutiques du traitement, dans un tel cas, risqueraient d'être considérablement amoindris, ils pourraient même être nuls et pousser le patient à se mettre en danger.

Cependant, il est impossible de préconiser des techniques de relation ou de communication. Chacun de nous a ses propres réserves d'humanité et ses propres faiblesses, qui sont liées à notre vécu. Ces forces et faiblesse ont évidemment une influence sur notre façon de communiquer, mais prétendre faire de la communication une technique efficace serait une façon de réduire nos relations à des procédés « scientifiquement » établis, ce qui ne ferait que renforcer le caractère impersonnel de la rencontre et amoindrirait donc sa portée thérapeutique.

La communication comme technique pure est une façon de nier que, soignant, comme soigné, nous sommes des personnes, **des êtres plus complexes** que ce que peuvent décrire des procédés.

L'application stricte de techniques de communication, en admettant qu'elle soit possible (ce qui, heureusement, n'est pas certain) est donc à éviter absolument, cependant, prendre du recul par rapport à ses pratiques personnelles, les interroger, et s'efforcer de les faire évoluer si nécessaire, semble être une voie souhaitable pour tout soignant qui a à cœur d'aider ses patients à vivre au mieux les situations difficiles qu'ils ont à traverser, de les aider à se rétablir au mieux.

**Permettre au patient d'engager la discussion**, puis, **savoir favoriser son expression**, sont les principales façons de lui monter l'intérêt qu'on lui porte, et si **l'écoute est attentive**, de trouver comment s'adapter aux besoins et aux freins du patient, de le considérer tel il est, en tant que personne.

Pour cela, il s'agira :

- d'aider le patient à exprimer ses émotions, ses sentiments, ses difficultés (personnelles, familiales, sociales etc.), et ses capacités, ses ressources pour y faire face,
- d'aider le patient à exprimer ses représentations, ses croyances, ses connaissances acquises sur la maladie,
- d'être à l'écoute et d'être attentif aux mimiques, aux expressions corporelles, elles vous aideront à repérer des freins, des résistances du patient, et éventuellement d'en approfondir la compréhension
- d'encourager le patient à poser des questions,
- de reformuler quand nécessaire, pour marquer votre compréhension, ou pour aider le patient à aller plus loin dans ce qu'il exprime.

**Bien dire, c'est d'abord savoir écouter.**

## CONCRETEMENT, COMMENT S'Y PRENDRE ?

Le soignant peut **introduire** en posant des questions telles que : « *Que puis-je faire pour vous ?* » ou « *Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?* ». Il est probable que le patient ait plus d'un problème et ce qu'il va dire initialement **peut ne pas être le problème essentiel**.

**Ne pas interrompre brusquement** les longues litanies de paroles, ou ce qui peut sembler futile, dire par exemple : " *Oui, je comprends, je comprends, mais... ?*",

## LE QUESTIONNEMENT

---

L'utilisation de **questions ouvertes** telles que : « *Que ressentez-vous par rapport à... ?* », indiqueront au patient de l'empathie et de la chaleur, les questions ouvertes donnent au patient une **liberté de réponse**.

Les questions ouvertes larges commencent par : Que / Qu' / Quel / Comment / Pourquoi

Elles peuvent aussi, dans des domaines plus précis, commencer par : Qui / Quand / Combien / Où

Attention cependant aux questions ouvertes trop directes, par exemple : « *Pourquoi vous sentez-vous si déprimée à l'idée d'entrer à l'hôpital ?* ». Parfois, il vaut mieux poser des **questions indirectes**, par exemple : « *Si vous deviez malgré tout entrer à l'hôpital, qu'est-ce qui vous semblerait le plus difficile ?* ». La première question décide de façon abrupte des sentiments du patient, ce qui va l'obliger à se justifier et le conduire à se refermer ; la seconde question explore les sentiments du patient, cela va permettre au soignant d'apporter une réponse plus empathique, par exemple : « *Je comprends que vous ne puissiez pas vous résoudre à laisser vos enfants, c'est vraiment difficile, mais ils vous rendront visite pendant que vous serez ici, donc vous allez continuer à les voir. Par qui pourriez-vous vous faire aider pour les faire garder et qui pourrait les accompagner pour vous rendre visite à l'hôpital ?* »

Il faut aussi veiller à ne pas commencer ses phrases par : « *Comme vous le savez* », le patient peut ne pas savoir et se sentir placé en position d'infériorité.

**Les questions fermées**, c'est-à-dire les questions auxquelles on ne peut répondre que par oui ou non sont, en général, à éviter, sauf **pour vérifier une information précise**.

Les questions fermées commencent par un verbe, par exemple : « *Est-ce que... ?* » ou « *Souhaitez-vous que... ?* » ou « *Avez-vous... ?* »...

**Attention aux questions orientées**, qui sont elles aussi fermées et obligent presque à répondre ce que le soignant veut entendre. Les questions orientées commencent par une affirmation (« *Vous êtes sûre que... ?* ») ou une infirmation (« *Ne pensez-vous pas que... ?* ») La simple formule : « *Ça va ?* » est une question orientée ! (sous-entendu : "je préfère que vous me disiez que ça va.")

## LA REFORMULATION

---

Lorsque quelque chose vous semble fragile ou confus, résumez ce que le patient vient d'exprimer en utilisant ses mots à lui et efforcez-vous de les relier à des motivations ou à des craintes qu'il n'a pas exprimées, par exemple : « *Vous m'avez dit que vous étiez tranquille par rapport à votre femme pour lui annoncer le résultat de votre test, mais vous êtes quand même un peu tendu de devoir lui parler, n'est-ce pas ?* ».

Vous pouvez aussi **reformuler en écho**, c'est à dire reprendre au mot près les derniers mots utilisés par le patient et les laisser en suspens, cela l'incitera à en dire plus. Par exemple : le patient « *En fait je trouve que c'est injuste* », vous : « *Que c'est injuste... ?* », le patient : « *Oui, vous vous rendez compte...* »

Vous pouvez aussi reformuler ce que dit le patient simplement par ce que ce qu'il vient de dire est important, cela le mettra en confiance en lui montrant que vous êtes attentif à ce qu'il dit, que sa parole a du poids.

## L'ÉCOUTE

---

Les **pauses** sont très utiles à la fois pour le soignant et pour le patient, elles peuvent permettre de réfléchir, de mettre de l'ordre dans ses idées, de trouver les mots justes qui permettront de mettre l'accent sur quelque chose en particulier. Un soignant qui s'autorise une pause pendant la consultation fait passer le message suivant : « *Allez-y, je suis à l'écoute, continuez à parler* ».

Une écoute attentionnée implique de **demander des clarifications** afin de s'assurer de la compréhension, par exemple : « *Je ne suis pas certain d'avoir compris, pourriez-vous être plus précis?* ».

Par une écoute attentive, le soignant peut déceler si le patient a des **représentations ou des opinions établies sur sa maladie**, de nombreuses informations incorrectes circulent à propos du VIH et du SIDA, le patient peut avoir entendu quelque chose dans son entourage qu'il associe à présent à sa propre santé, mais sans en parler de façon ouverte. « *Expliquez-moi plus en détail votre raisonnement à ce sujet* » ou « *Vous dites que ce n'est pas normal, mais pourquoi exactement ?* » Il faut laisser au patient le temps de trouver les mots justes pour s'exprimer, et s'il dit des choses inexactes, voir choquantes, s'efforcer de ne pas porter de jugement ou de laisser transparaître votre désaccord. Ce qui n'empêche évidemment pas de rectifier les inexactitudes, il est même très important de la faire, mais sans dire par exemple : « *Vous ne devriez pas dire...* » ou « *Ce n'est pas du tout ça ...* » « *Ceux qui disent ça sont des ignorants...* ». **Il faut donc toujours veiller à ne pas prononcer de jugements.**

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	<i>La relation soignant – soigné</i>	6	<i>Favoriser l'expression du patient</i>
2	<i>La bonne distance relationnelle</i>	7	<b>Modes de défense des soignants</b>
3	<i>Les représentations du malade</i>	8	<i>Attitudes de défense des patients</i>
4	<i>Confiance, Empathie, Ecoute</i>	9	<i>Déroulement de l'entretien</i>
5	<i>Le poids des mots</i>		<i>Synthèse - cultiver ses compétences</i>

## 7. MODES DE DEFENSE DES SOIGNANTS

---

Face au diagnostic de maladie grave, à une récurrence, à un échec du traitement, à l'apparition de maladies opportunistes, **le soignant est lui aussi confronté à la violence** de la mauvaise nouvelle.

La mauvaise nouvelle renvoie le soignant (qui en est plus ou moins conscient) à ses propres limites, à sa vulnérabilité, à l'angoisse de la mort, cela l'oblige à renoncer à l'illusion de la toute-puissance de la médecine sur la maladie et la mort. Dans ces circonstances, le soignant se trouve pris dans une situation contradictoire où il est à la fois celui qui soigne et celui qui inflige une mauvaise nouvelle, il peut alors redouter « le mal » qu'il va faire et craindre ses propres réactions.

Reconnaître ses modes de défense (avec lesquels on se protège de ses peurs), **les accepter comme des réponses légitimes**, accepter ses peurs, ses faiblesses, ses limites, c'est s'ouvrir à la possibilité d'instaurer une relation de confiance avec le patient. Car pour parvenir à réagir au mieux aux réactions de défense du patient (agressivité, refus du traitement...), on a besoin de connaître ses mécanismes de protection personnels pour ne pas se laisser envahir par nos émotions.

**Pas à pas, le soignant s'ouvre à ses vérités difficiles**, il les apprivoise, et **s'efforce de les dépasser**, c'est ainsi qu'il pourra **installer un échange authentique et équitable** avec le patient.

### IDENTIFIER LES PRINCIPAUX MODES DE DEFENSE

#### LE MENSONGE

---

C'est le mécanisme de défense le plus dangereux pour l'équilibre du patient. Le soignant dissimule la vérité parce qu'elle lui semble trop grave. Par le mensonge, le soignant croit souvent « protéger » le malade. En réalité, le mensonge ne fait que protéger, temporairement, le soignant de sa propre angoisse.

Faire espérer au patient qui n'y croit plus des choses impossibles ou faire des commentaires trop optimistes sur des résultats est une forme de mensonge. En réalité, le soignant se parle à lui-même et cherche à se rassurer.

Le mensonge prive le patient de la possibilité de se représenter sa maladie. Traité comme un enfant irresponsable, il est nié en tant qu'adulte capable de donner du sens à ce qui lui arrive et d'y faire face. Le mensonge empêche tout échange authentique, donc toute possibilité réelle d'installer une relation de confiance qui permettrait au patient d'avancer sur le chemin d'un mieux-être.

#### LA BANALISATION

---

Pour le patient, sa maladie n'est jamais banale. Banaliser ses difficultés ou sous-entendre que ce n'est pas si grave, c'est lui faire violence en le niant, c'est lui faire sentir qu'il n'est pas reconnu en tant que personne. Banaliser est une façon de mettre à distance la peur d'être envahi par l'autre.

## LA FUITE

---

Le soignant se sent démuni et impuissant, il fuit les questions délicates, il reporte la conversation sur des sujets évidents, il n'écoute pas vraiment ce que le patient amène dans l'échange et préfère appliquer des routines de communication. Il évite l'échange pour fuir son angoisse d'être remis en cause ou d'être impuissant.

## LE REFUGE DANS LA SCIENCE

---

L'intérêt et l'attention portés aux seules dimensions cliniques et médicales est une façon de se mettre derrière un écran protecteur. Le jargon médical est alors utilisé comme une langue étrangère au malade, qui rend impossible toute communication. Le soignant tient à distance les émotions du malade et ses propres émotions auxquelles il préfère ne pas faire face, il se rassure en se mettant dans une position de toute puissance.

## LA SURINFORMATION

---

Le soignant dit tout et tout de suite au patient. Cette forme de fuite en avant peut être d'une extrême violence pour le patient puisque ses besoins, ses ressources personnelles, son cheminement, ne sont pas pris en compte. Submergé par l'émotion ou l'angoisse, le soignant, lâche rapidement toute l'information, ainsi, il se libère d'une tension personnelle. Il peut aussi le faire en croyant respecter l'obligation qui est faite d'informer le patient.

## L'IDENTIFICATION AU PATIENT

---

Le soignant, débordé par ses propres émotions, fait corps avec le patient, il se met à sa place, alors qu'il n'y sera jamais. Il n'est plus à l'écoute de l'autre mais de lui-même. Cette attitude peut mener vers la dépression, laquelle signifierait sans doute que quelque chose de la souffrance des patients résonne trop fort avec l'histoire personnelle du soignant.

## LE REFUGE DANS LA CHARGE DE TRAVAIL

---

Le soignant peut être pris dans des difficultés liées à son institution ou à son rapport avec la hiérarchie, il peut aussi chercher à soigner d'une façon idéale, donc inatteignable. Dans ces circonstances, le soignant ne parvient pas à se donner le temps nécessaire pour instaurer une relation de confiance avec chacun de ses patients.

## QUELQUES EMOTIONS COURANTES LORS D'UNE MAUVAISE NOUVELLE A ANNONCER :

l'impuissance	l'épuisement	l'agressivité
la tristesse	la peur	la culpabilité
les émotions positives et gratifiantes		

## L'ÉPUISEMENT

---

Des recherches ont montré que les soignants travaillant avec des PVVIH estiment souvent qu'eux-mêmes possèdent de nombreuses qualités qui manquent à leurs patients : la santé, l'énergie, l'espoir et la vitalité. Des soignants considèrent alors (sans que cela soit toujours conscient), que leur rôle consiste à se charger de tout ce que le patient ne peut plus accomplir.

Cette attitude est épuisante car le soignant donne de lui-même, constamment, sans prendre le temps de **réfléchir aux limites de son rôle professionnel** et sans chercher à comprendre les attentes du patient par rapport à ce rôle

En identifiant les attentes du patient et en repérant les frontières du rôle du soignant, **les limites de l'implication** du soignant peuvent apparaître de manière plus précise, **pour le soignant et pour le patient**. Apporter des soins et de l'aide peut donc aussi signifier : **apprendre à accepter un certain degré d'impossibilité, certaines limites**.

## **L'IMPUISSANCE ET L'AGRESSIVITE**

---

Les soignants peuvent éprouver de la colère à l'égard des patients dont la contamination ou la récurrence semblent être dues à un mode de vie « irresponsable ». L'agressivité peut également être un mode de réaction face à un sentiment d'impuissance, en particulier si le patient ne fait pas exactement ce que le soignant pense qu'il devrait faire !

## **LA CULPABILITE**

---

La culpabilité peut se traduire par des émotions et des sentiments négatifs à l'égard des patients tels que de la colère, des préjugés ou la peur du contact.

Les soignants peuvent éprouver de la culpabilité parce qu'ils sont eux-mêmes en bonne santé. Ils peuvent aussi éprouver des sentiments négatifs et se sentir coupables parce qu'ils se disent qu'ils ne devraient pas éprouver, par exemple de la colère, à l'égard de quelqu'un qui souffre d'une maladie potentiellement mortelle.

## **LA PEUR**

---

La plupart des gens ne souhaitent pas être confrontés à la réalité de la maladie ou de la mort. Pour de nombreuses personnes, la perspective de la mort ou de l'agonie inspirent la confusion, l'anxiété ou même la terreur. La façon dont nous abordons la mort et l'agonie est influencée par deux émotions contradictoires : la répulsion et la fascination.

Il est important que les soignants parviennent à parler de leurs craintes de la mort et de l'agonie, qu'ils trouvent des interlocuteurs avec qui partager leurs appréhensions et leurs expériences à ce sujet. Des échanges sereins sur ces questions permettront aux soignants de les aborder avec les patients, quand la nécessité se présente, de manière mesurée, humaine et constructive.

## **LES EMOTIONS POSITIVES ET GRATIFIANTES**

---

Soigner, aider quelqu'un à aller mieux est une situation humaine à la fois la plus improbable et la plus gratifiante. La plus improbable car chacun sait bien à quel point il est rare d'influencer positivement le comportement d'un tiers, les parents et les enseignants s'y emploient par l'éducation qu'ils donnent (chacun à leur place), mais sans toujours parvenir au but ; les adultes s'entraident, mais il est rare qu'ils parviennent à se faire évoluer mutuellement. Le soin est pourtant bien une situation où un individu dont le corps et le psychisme sont en souffrance, donc toute sa personne, va évoluer vers un état différent, le plus souvent positif,

Le caractère exceptionnel de ce phénomène dans les réalités humaines fait du soin un métier particulièrement motivant. C'est cette exception même, si elle n'est pas fondée sur une volonté de toute puissance, qui donne aux soignants des possibilités de gratification rares.

Il est primordial que le soignant trouve la gratification au niveau de sa motivation profonde et non pas du côté du prestige. C'est dans la relation au patient, avec les progrès de sa santé, les échanges que cela amène, que la

gratification trouve sa place. Par le simple fait d'avoir réussi à aider un tiers, le soignant éprouve des émotions positives, elles sont en lien avec ses motivations profondes et cela les renforce tout au long de sa carrière.

La recherche de gratification ne doit pas conduire le soignant à accepter des cadeaux ou des marques de servitude, elle ne doit pas non plus le conduire à se mettre dans une posture gratifiante, une position de supériorité qui mettrait la relation avec le patient, et donc ses possibilités de guérison, en danger.

## **LA TRISTESSE**

---

Face à un patient en souffrance, il est bien légitime de ressentir de la tristesse, d'être soi-même touché. De façon à se préserver d'une trop grande tristesse, il est important de se souvenir que faire corps avec le patient et avec sa souffrance (identification, voir plus haut) peut mettre la relation de soin en danger. Ainsi, prendre une certaine distance avec sa propre souffrance est une façon de se préserver soi-même et de préserver les chances de guérissons du patient, c'est donc une façon de préserver la fonction de soin elle-même. Mais comme tous les patients ne seront « pas sauvés », il est très important d'accepter que l'on n'est pas un sauveur, que la fonction de soin ne peut pas TOUT !

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	<b>Attitudes de défense des patients</b>
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

## 8. LES ATTITUDES DE DEFENSE DES PATIENTS

Lors d'une maladie au long cours, et en particulier au moment de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'individu se perçoit en situation de danger. Il peut donc être débordé par l'angoisse, ou par la crainte de l'anéantissement. Pour mettre à distance cette angoisse qui le submerge, pour affronter une réalité intolérable, l'individu va mettre en place des **mécanismes de défense qui vont lui permettre d'approcher la réalité pas à pas**, à son rythme, en fonction de ses ressources intérieures.

Les réactions de défenses dépendent de la personnalité de chacun, d'une histoire personnelle, de la période de la vie qui est traversée et, bien sûr, de la gravité de la maladie et des conséquences qu'elle peut avoir sur la vie quotidienne.

Ces défenses sont des **moyens d'adaptation psychique** au traumatisme de l'annonce, elles doivent **toujours être respectées** par le soignant pour aider le patient à cheminer.

### L'ANNONCE : COMMENT NE PAS RENFORCER LES MECANISMES DE DEFENSE ?

Au moment de l'annonce d'une maladie grave, pour limiter les représentations de mort ou de déchéance, il faut ouvrir un espace pour la parole, laisser le temps à la **construction d'un présent et d'un avenir** avec la maladie au lieu d'annoncer une sentence sans appel. Des affirmations telles que : "Votre état va aller en s'aggravant" ou "Si vous ne faites rien, vous allez mourir" sont d'une grande violence car elles enlèvent toute perspective d'espoir ou de vie. Le temps de l'annonce doit être celui d'**une incitation à agir**, le soignant doit aider le patient à canaliser son angoisse en lui faisant entrevoir des étapes, **des actions progressives** qui sont comme autant d'obstacles à franchir pas à pas et qui vont donner forme à un parcours de « guérisons. » Par exemple : "Commençons déjà par mettre en place le traitement, il va agir pour votre bien, et si votre grande fatigue persistait malgré tout, il sera toujours temps de voir comment on peut en venir à bout."

- L'annonce se prépare si possible : être au calme, ne pas être dérangé, être confortablement installé...
- Prendre le temps d'écouter le patient avant de délivrer l'information : Que sait-il déjà ? Que comprend-il ? Que veut-il savoir ?
- Donner une information progressive, utiliser des phrases courtes, des mots simples, ménager des pauses.
- Favoriser l'expression des émotions du patient et accepter ses réactions de défense, y compris une certaine agressivité.
- Présenter les solutions thérapeutiques possibles sans tarder, en préservant un espoir réaliste.
- Toute l'information ne peut être donnée en une fois, en particulier les éléments pratiques de la conduite du traitement qui seront à préciser rapidement, mais au cours d'une prochaine consultation.

## LE DENI

---

C'est le rejet de la maladie, la personne empêche la réalité d'accéder à sa conscience, toute représentation insupportable est mise à distance, la personne efface du discours du soignant tout ce qui pourrait constituer une menace, elle refuse toutes les données médicales ou les explications concrètes, parfois même elle remet en cause les soins ou les soignants. Le déni se traduit souvent par le refus de soins.

Le déni est toujours une situation angoissante pour le soignant, le refus de soins l'agresse en portant atteinte à son autorité médicale, ou en le culpabilisant, comme si le fait de ne pas agir pouvait correspondre à une non-assistance à personne en danger. Cependant, ce refus doit être pris en compte car, derrière, il y a souvent un malentendu ou un non-dit, et parfois la marque d'une dépression.

L'essentiel est de **ne pas rompre la relation**, de ne pas entrer en conflit avec le patient, de ne pas vouloir à toute force lui faire entendre raison, ou, au contraire, de le laisser seul face à ses responsabilités (après tout, c'est son choix !)

Derrière le refus de traitement, derrière l'opposition à l'ordre médical, il y a souvent un très fort besoin de reconnaissance de l'être malade, dans toute sa complexité. **Un refus de traitement n'est pas un refus de soin**, il peut exprimer, au contraire, **un très grand besoin d'attention**.

Il va s'agir d'écouter le patient, de s'intéresser à sa personne en profondeur, à ses difficultés en général en élargissant à toute question (personnelle, familiale, sociale, religieuse...) qui pourrait le bloquer. Il est important de reconnaître sa souffrance, de ne pas le juger, ni de lui faire la morale, et, sans le brusquer, de l'amener à préciser ses attentes, par exemple : "*Comment voyez-vous la situation ?*" ou "*Qu'est-ce que vous envisagez, dans votre intérêt ?*"

Le patient attend de son soignant de la compréhension, et même parfois **une autorisation**, par exemple : "Je comprends tout à fait que vous vouliez privilégier le traitement traditionnel, mais revoyons nous régulièrement pour faire le point ensemble et voir comment vous allez." Une réelle confiance pourra alors s'instaurer, qui sera peut-être la condition de la future acceptation d'un traitement par le patient. Il s'agira donc de **faire alliance avec le patient**, de trouver un compromis qui parfois ira jusqu'à l'acceptation (temporaire) du refus de traitement.

Si le patient semble profondément déprimé, l'enjeu sera alors de trouver les moyens de lui faire accepter une rencontre avec un psychologue.

## L'AGRESSIVITE

---

Par l'agressivité, la personne projette sur l'extérieur la menace qui est en elle pour tenter de l'anéantir. Son agressivité est comme une arme pour tenter d'abattre la maladie et défier la mort. Cette agressivité s'exprime par des reproches, des revendications, des accusations. La personne peut renvoyer le soignant à son incapacité à la soigner, remettre en cause ses compétences ou les bienfaits de la médecine.

Plusieurs raisons peuvent mener à l'agressivité :

Attirer l'attention : L'agressivité peut être une façon d'attirer l'attention du soignant sur un mal être.

La projection : elle consiste à attribuer à une cause extérieure une souffrance, un sentiment, ou une problématique interne à l'individu. Elle traduit généralement une angoisse, une révolte, une culpabilité, une blessure intérieure. A cet instant, « c'est ma faute » n'est pas acceptable et se traduit par « c'est ta faute ».

Il est très important que le soignant reconnaisse ce mécanisme de défense et le respecte en comprenant que sa personne n'est pas réellement mise en cause par le patient.

Le rapport au pouvoir : Du fait de leur histoire personnelle, certains patients peuvent adopter un comportement agressif face à toute forme d'autorité. Ils éprouvent le besoin de s'opposer à l'ordre médical et de le mettre en

échec. Sans être intrusif, il est important de chercher les expériences qui pourraient, dans le passé, avoir posé problème au patient dans ses relations avec le corps médical. Quoi qu'il en soit, éviter à tout prix le piège de l'affrontement qui renforcerait dangereusement l'agressivité du patient.

Le soignant se sent agressé et remis en question dans sa fonction même de soignant. L'enjeu est de **ne pas se laisser envahir par l'agression**, de ne pas se laisser embarquer dans la contre-agression, de parvenir à **établir un dialogue malgré tout** et de **comprendre le sens de l'agressivité** du patient, elle est la face visible de causes plus profondes.

Il faut éviter d'entrer dans un rapport de force qui conduirait inévitablement à une rupture dans la relation de soin. Ne pas prendre les choses pour soi, ne pas se sentir dévalorisé ou en échec, ni se justifier. **Il ne faut pas non plus se laisser insulter sans mettre de limites.**

**Montrer sa stabilité rassure le patient et diminue son angoisse.** Donnez au patient l'occasion d'**exprimer sa vision** de la maladie, des traitements, ses inquiétudes, ses doutes, sans vous sentir obligé d'argumenter, d'avoir de bonnes réponses à tout, de lui devoir quelque chose. **Impliquez le patient dans les décisions thérapeutiques et donnez-lui une place de partenaire de ses soins.**

Un exemple pour faire face à une agression : si un patient accuse les autorités, centre de soins compris, de ne pas avoir suffisamment informé la population, le soignant peut lui répondre : *"Vous avez manqué d'information sur les relations non protégées et je ne suis pas là pour vous juger, si vous avez eu des relations non protégées, c'est qu'à ce moment-là, de toute façon, les risques n'étaient pas présents à votre esprit. Ce qui compte à présent, c'est ce que nous allons faire ensemble pour lutter contre cette maladie."*

## LE REPLI

---

La personne fait corps avec la maladie, elle s'y installe dans un repli total, elle se laisse porter et prendre en charge passivement, sans vouloir s'impliquer dans les discussions ou dans les décisions concrètes à prendre. La personne est passive, elle se laisse faire sans réagir, elle accepte tout sans rien dire. Ce mécanisme a une fonction réparatrice et protectrice vis-à-vis de la peur, **le malade se réfugie dans un statut d'enfant** qui s'en remet au soignant comme si c'était un père et/ou une mère bienveillants.

Il est important que les soignants accueillent le repli du malade qui n'est peut-être qu'**une étape d'adaptation à la maladie**. Si le repli dure, dans le cadre d'un suivi au long cours, il faut savoir valoriser le patient, lui exprimer en quoi **sa participation a été déterminante** pour son rétablissement et ainsi, pas à pas, l'accompagner vers une plus grande autonomie.

## LE CHOC, LA SIDERATION

---

Confrontée à la mauvaise nouvelle, la personne est submergée par ses émotions, dans sa tête tout s'embrouille, il n'y a plus de place pour la pensée rationnelle. Souvent la personne est muette ou parle peu, parfois elle pleure ou se lamente, et si elle pose des questions, elles sont souvent incohérentes, et quand elle parle, tout ce qu'elle dit est dramatique et semble absolument sans espoir.

Il est inutile que le soignant fournisse des explications détaillées qui ne seront pas entendues, c'est le temps de **l'expression des émotions** que le soignant doit **encourager et accompagner de manière empathique**. Les explications seront reprises plus tard.

L'enjeu pour le soignant est de ménager un **espoir en lien avec le fait de se revoir** (très vite).

L'écoute et l'empathie sont essentielles dans cette situation, ce sont elles qui pourront installer les bases d'une relation à laquelle le patient repensera chez lui, qui lui permettra de trouver l'envie et la force de revenir en consultation et de s'engager dans un parcours de soins.

## LE BAVARDAGE OU LA PLAINTE INCESSANTE :

---

Comme si sa maladie ne pouvait jamais cesser de se reporter sur un obstacle infranchissable, la personne exprime une demande éternellement insatisfaite. On peut faire l'hypothèse que cette personne **se réfugie dans un statut d'enfant** et s'adresse au soignant auquel elle demande d'occuper une place de père et/ou de mère bienveillants, mais qui ne sera **jamais à la hauteur de son rôle** puisque la souffrance ne sera jamais complètement terminée. Quel que soit le sujet, la personne semble avoir toujours quelques choses à dire sur ce qui ne va pas, sur ce qui est impossible à surmonter.

Face à ce type de plaintes répétées, et éventuellement à des symptômes qui persistent, il faut savoir les accepter et **ne pas se sentir impuissant**.

Il faut avant tout s'efforcer de comprendre le sens de la plainte ou du bavardage. Quelques causes possibles :

- La plainte ou le bavardage peuvent être **un mode d'expression habituel du patient**, ils correspondent à sa façon habituelle d'être en relation avec les autres, ils sont une façon de se mettre en scène dans la vie, de prendre généralement une position de « victime ».
- Les symptômes persistent malgré les traitements, ils sont peut-être le seul langage possible pour dire quelque chose de soi. En fait, **le patient a besoin d'être écouté**, d'être entendu, reconnu. Sa demande n'est pas la suppression des symptômes mais une demande d'écoute.
- La plainte sans fin peut être une façon de punir le soignant en le mettant constamment en échec, c'est une façon de neutraliser le pouvoir médical, **le patient reste « maître du jeu » de sa maladie**.
- Le patient est anxieux, il est constamment préoccupé par son état, le récit ininterrompu de ses maux (physique, psychiques, familiaux, financiers...) est une façon de prolonger la consultation, **le patient redoute la séparation avec le soignant**.
- La plainte répétée peut être **le signe d'un état dépressif** qu'il faut toujours rechercher et auquel il est nécessaire d'être attentif.

**L'écoute possède des vertus thérapeutiques** car elle renforce l'estime de soi. Donnez au patient l'autorisation de se plaindre et laissez le parler " Je comprends que c'est difficile pour vous. Je vous écoute !"

**Ne minimisez pas la plainte** : "*Ce n'est rien*" ou "*Ce n'est pas grave*". En pensant rassurer le patient, vous pourriez le blesser en ne reconnaissant pas sa souffrance.

Si le patient se montre trop bavard, il est nécessaire de recadrer son discours en l'interrompant par des questions, ce qui présente deux avantages : lui montrer de l'intérêt et l'aider à prendre du recul et à s'interroger sur sa plainte : "Je comprends qu'il y a beaucoup de choses qui vous préoccupent, mais je vais devoir interrompre la consultation. Voulez-vous que nous prenions un autre rendez-vous pour poursuivre notre échange?" ou " Je comprends que vous êtes inquiet. Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous actuellement ?"

Pour conclure sur la plainte sans fin : Même si elle est pénible, il faut renoncer à supprimer la plainte à tout prix, au risque sinon de mettre la relation thérapeutique en danger. L'échec, ou l'impuissance que ressent le patient (qui peut même mener à des échecs thérapeutiques) ne doit pas être assumée par le soignant comme un échec personnel. Il faut savoir accepter les plaintes sans fin comme un mode de communication du patient, tenter d'en comprendre les causes, sans se sentir dévalorisé ou impuissant.

## L'ENVAHISSEMENT

---

La personne semble ne plus faire de différence entre la relation médicale et la vie privée, elle raconte volontiers des choses intimes, pose des questions au soignant sur sa vie personnelle, elle lui amène des cadeaux... Un certain nombre de personnes ont tendance à idéaliser les soignants, à leur prêter des pouvoirs réparateurs dans tous les

domaines de leur existence. Le cadeau peut correspondre à une volonté d'honorer le soignant comme une idole à qui l'on fait des offrandes pour solliciter sa bienveillance.

Face à ce type de comportements, le soignant peut être mal à l'aise ou au contraire très satisfait. Mais ce type de relation peut déboucher sur des malentendus de plus en plus difficiles à contrôler avec le temps, et mettre en danger la relation de soin. Dans ce type de situation, le soignant risque de perdre la maîtrise de ce qu'il dit, il peut aussi avoir de brusques changements d'attitude qui seront mal perçus. Le soignant doit donc s'interroger : Qu'est-ce qui relève de ma propre attitude, de celle du patient ? Quelle est la bonne distance à maintenir avec ce patient ? Quelles sont ses attentes légitimes, acceptables ? Comment clarifier la situation sans le blesser ?

Clarifier suppose de ne pas craindre de dire non, par exemple : *"Je suis honoré par votre gentillesse, mais dans l'intérêt de la relation de soin, dans votre intérêt, je pense qu'il est préférable que..."* ou *"J'aimerais que nous parlions de cette envie de me faire un cadeau..."* Puis rassurer le patient : *"Je comprends..."* puis s'assurer qu'il a bien compris : *"Je pense qu'il vaut mieux....Qu'en pensez-vous ?"*

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	<b>Déroulement de l'entretien</b>
5	Le poids des mots		Synthèse - cultiver ses compétences

## 9. LE DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Il ne s'agit pas de proposer ici une structure d'entretien idéale qu'il faudrait absolument suivre pour être « parfait »... Voici simplement quelques grands points qu'il faut, dans toute la mesure du possible, garder à l'esprit lors de la rencontre avec un patient.

**Vous pouvez présumer que le patient a de nombreuses questions en tête :**

- Concernant sa situation :
  - ✓ qu'est-ce qui m'est arrivé ?
  - ✓ pourquoi ça m'est arrivé à moi ?
  - ✓ qu'est-ce qui va m'arriver ?
  - ✓ comment vais-je m'y prendre avec ma famille, mon travail... ?
- Concernant les examens médicaux, le diagnostic, le traitement :
  - ✓ qu'est-ce qu'on est en train de me faire ?
  - ✓ pourquoi est-ce qu'on me fait ça plutôt qu'autre chose ?
  - ✓ vais-je souffrir ?, à quel point vais-je souffrir ?
  - ✓ combien de temps est-ce que ça va durer ?

**Bien dire, c'est d'abord savoir écouter,**

**Il faut donc poser des questions de manière à en savoir plus sur :**

- Que sait déjà le patient ?
  - ✓ Que pense-t-il de ses symptômes ?
  - ✓ Les a-t-il déjà éprouvés ? Ont-ils déjà été traités ? Si oui, comment ?
  - ✓ Que connaît-il de sa maladie ?
- Comment se représente-t-il la maladie, ses causes, les traitements ?
  - ✓ Quelles sont ses croyances, ses opinions, ses doutes ?
  - ✓ Comment aborder ses doutes, ses résistances, comment les prendre en compte, sans le brusquer ?
- Que veut-il savoir ?
  - ✓ Qu'est-ce qu'il souhaite savoir ? Qu'est-ce qu'il est prêt à entendre ?
  - ✓ Qu'est-ce qu'il peut, qu'est-ce qu'il a besoin de comprendre ?

De façon à avoir davantage d'information sur **les représentations** qu'a le patient sur sa maladie, voici 5 dimensions à explorer au cours de l'entretien (modèle de Leventhal). Le soignant peut les explorer dans l'ordre proposé ici ou dans un autre qui lui semblerait plus approprié, ou même faire des allers retours de l'une à l'autre.

## **L'IDENTITE**

---

Cette dimension renvoie aux noms donnés à la maladie et aux symptômes.

Le soignant est attentif aux noms que le patient donne à sa maladie et à ses symptômes.

Si le patient ne nomme pas ceux-ci, ou si le soignant veut donner un nom plus médical à ce que le patient a dit, il explique les noms qu'il propose et peut demander au patient si cela lui fait penser à autre chose, ce que cela évoque pour lui.

## **LA CAUSE**

---

Le soignant aborde les causes de la maladie et des symptômes, c'est un moment délicat, il aborde ces questions à moment pertinent. L'accord entre le soignant et le soigné sur les causes de la maladie est important car si le patient comprend ce qui est en cause, il pourra peut-être agir et éviter de retomber à nouveau dans les mêmes difficultés. Cependant, si le patient semble résistant à les aborder, il faut veiller à ne pas lui imposer des vérités qu'il n'est pas prêt à entendre.

Le soignant explore délicatement ce que le patient a à dire des causes de sa maladie et de ses symptômes. Si le soignant pense qu'il doit apporter d'autres explications que celle proposées par le patient, il lui demande ensuite si ces nouvelles causes correspondent à des choses qu'il connaît, et si il imaginait que cela pouvait le concerner.

## **LA CHRONOLOGIE**

---

Cette dimension renvoie à la durée qu'aura la maladie, à son caractère plus ou moins long en fonction de ce qu'elle est opportuniste, aigue, chronique...

Le patient se fait bien souvent une idée de la durée que devrait avoir sa maladie. Selon le cas il sera encouragé ou découragé par ce qu'il apprendra à ce sujet de la part du soignant. Il faut être explicite au sujet de la durée (il ne faut pas minimiser ou mentir), mais il faut aussi savoir questionner le patient sur ce qu'il espère, lui, comme évolution, comment se représente-t-il sa capacité à faire face aux symptômes et à la maladie ? Il faut l'encourager et lui présenter les étapes pas à pas, le laisser entrevoir un parcours progressif d'évolutions positives.

## **LES CONSEQUENCES**

---

Cette dimension renvoie aux effets de la maladie sur la vie du patient tels qu'il les perçoit. Ces effets peuvent être physiques, psychiques, sociaux...

Dans les premiers temps de la relation, le soignant découvre les conséquences telles que le patient les imagine, plus tard, le soignant qui connaît son patient pourra suggérer des conséquences possibles (qui peuvent aussi être positives), puis vérifier si elles sont réalistes aux yeux du patient. Les conséquences perçues sont évidemment très importantes puisqu'elles peuvent décourager le patient et influencer très fortement son comportement par rapport à sa maladie. C'est pourquoi il est très important de les explorer, de les remettre à leur juste place si le patient les exagère, et de l'aider à envisager des solutions, sans pour autant chercher à apporter soi-même des réponses à tout.

## **LE TRAITEMENT ET LE CONTROLE**

---

La maladie ou les symptômes en question peuvent-ils être contrôlés, traités, guéris ? Le patient peut-il en contrôler lui-même une part (par exemple par le repos, par la régularité dans la prise des médicaments...) ou les symptômes peuvent-ils être contrôlés par quelque chose ou quelqu'un d'autre ? (par exemple par le médecin, par les médicaments, par des proches...)

Cette dimension est fondamentale, car si le patient est convaincu qu'il n'y a rien à faire, les chances de succès thérapeutique sont très faibles, le patient peut alors devenir dépressif ou encore, s'il ne croit pas au traitement, il n'y sera pas fidèle. Le soignant ne devrait cependant pas insister coûte que coûte sur le traitement, il faut avant tout qu'il cherche à cerner la perception du patient : est-ce qu'il croit le traitement pertinent et efficace ? Comment se représente-t-il ses capacités de contrôle sur les symptômes, sur le traitement ? Comment ou par qui sent-il qu'il pourrait être aidé à contrôler ses symptômes, ses traitements et leurs effets ? Le soignant doit chercher à savoir si l'action du patient est en mesure de contrôler efficacement l'évolution de la maladie de façon à pouvoir adapter son suivi en conséquence.

## **CONCLUSION SUR LES REPRESENTATIONS**

---

Dans le cas où un patient se montre réticent à parler de ses représentations, le soignant peut lui demander de parler de personnes proches ou de connaissances qui auraient des problèmes équivalents. Le soignant incite le patient à parler des explications que ces personnes donnent ou des façons qu'elles ont de faire avec leur maladie. Le patient pourra ainsi s'exprimer sans se sentir gêné par le fait d'avoir à parler de lui-même. Le soignant pourra corriger au besoin les représentations attribuées aux proches et le patient sera à même de retenir ce qui le concerne dans les propos du soignant. Cela l'amènera peut-être à s'ouvrir sur ses représentations à lui et sur les questions qu'il a envie de poser.

Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »			
SUPPORT DOCUMENTAIRE POUR LES PARTICIPANTS			
1	La relation soignant – soigné	6	Favoriser l'expression du patient
2	La bonne distance relationnelle	7	Modes de défense des soignants
3	Les représentations du malade	8	Attitudes de défense des patients
4	Confiance, Empathie, Ecoute	9	Déroulement de l'entretien
5	Le poids des mots		<b>Synthèse - cultiver ses compétences</b>

## SYNTHESE – DEVELOPPER LA RELATION AVEC LE PATIENT : CULTIVER SES COMPETENCES RELATIONNELLES ET TENIR COMPTE DES FACTEURS ASSOCIES

Si la relation était un jardin qu'il faudrait entretenir et cultiver ?

Se référer à la figure 1 au début du document

### CULTIVER SES COMPETENCES (LE TERREAU)

#### DEVELOPPER LA RELATION

- La reconnaissance du patient en tant que personne
- L'instauration d'une relation de confiance sur le long terme
- La capacité à comprendre le patient, au-delà de la seule dimension médicale et scientifique
- La confidentialité
- La capacité à donner de l'espoir, à maintenir un espoir réaliste
- Savoir s'aligner sur le point de vue du patient
- Respecter les réactions de défense

### LES PLANTES EN INTERACTION (LEGUMES ET FLEURS)

#### L'ECOUTE

- L'empathie
- Le questionnement ouvert
- L'attention aux expressions corporelles
- L'identification des représentations et des connaissances acquises
- Marquer sa compréhension par de la reformulation quand nécessaire

#### LE TRANSFERT D'INFORMATION

- Le respect du besoin d'information **et** du besoin de ne pas tout savoir
- La capacité à donner du sens au parcours thérapeutique
- La capacité à donner de l'information progressive, adaptée au patient, à sa demande, à ses besoins, à ses ressources du moment
- L'absence de jargon médical : l'adaptation au niveau du patient (simplicité des explications, capacité à transposer par un dessin par exemple)
- Savoir répéter, sans lassitude
- Savoir s'assurer de la bonne compréhension, faire reformuler si nécessaire

## FACTEURS DE CROISSANCE OU FACTEURS D'ENSABLEMENT

### FAVORISER L'EXPRESSION DU PATIENT

---

- L'aider à exprimer ses émotions
- L'encourager à poser des questions
- Reformuler quand nécessaire pour l'aider à aller plus loin dans l'expression

### LE POIDS DES MOTS

---

- L'absence de grands mots qui font peur
- L'absence de jugement de valeur
- L'absence d'infantilisation
- L'absence d'injonction contradictoire
- L'absence de mensonge
- Savoir reconnaître que l'on s'est trompé, que l'on s'est mal fait comprendre et rectifier, sans ambiguïté

## DES CONDITIONS FAVORABLES A METTRE EN PLACE

### LE RESPECT, LA DISPONIBILITE, LE CONFORT

---

- L'accueil
- Le choix des places pour parler
- La place et l'utilisation des « outils » (dossier, ordinateur)
- Le temps accordé
- L'environnement (calme, **confidentiel**)
- Dissocier le temps de l'examen clinique et celui de l'annonce d'informations importantes
- L'installation d'une relation de confiance sur le long terme

## EN CAS DE TEMPETE : PERMETTRE LA PRESERVATION FACE AUX RISQUES DE MISE EN DANGER DE LA RELATION

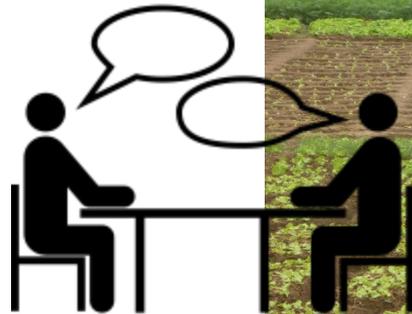
### LA CAPACITE A FAIRE FACE AUX SITUATIONS DIFFICILES

---

- Ne pas interrompre **brusquement** les longues litanies de paroles, ou ce qui peut sembler futile
- Ne pas s'énerver
- Ne pas juger ni faire la morale
- Faire alliance, savoir faire des compromis
- Montrer que l'on comprend
- Révéler rapidement les solutions thérapeutiques possibles, donner des objectifs cliniques et thérapeutiques
- Préserver un espoir réaliste

« CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »  
ATELIER DE RÉFLEXION ET DE FORMATION

*Diapositives supports par séquences*



- Module développé par Solthis
- Financé par :
  - 
  - 
- Réalisé par Etienne Guillard et Natalie Barsacq avec le soutien de Sanata Diallo, Sophie Ouvrard et des équipes Solthis
- Dans le cadre de formations prévues au Niger



# 1. INTRODUCTION – OUVERTURE DE L'ATELIER

## *1.4. Présentation & programme*

- Questions relationnelles complexes, personnelles
  - ⇒ Pas un atelier de formation uniquement
  - ⇒ Atelier de réflexion, de discussion, d'échange et un peu de formation

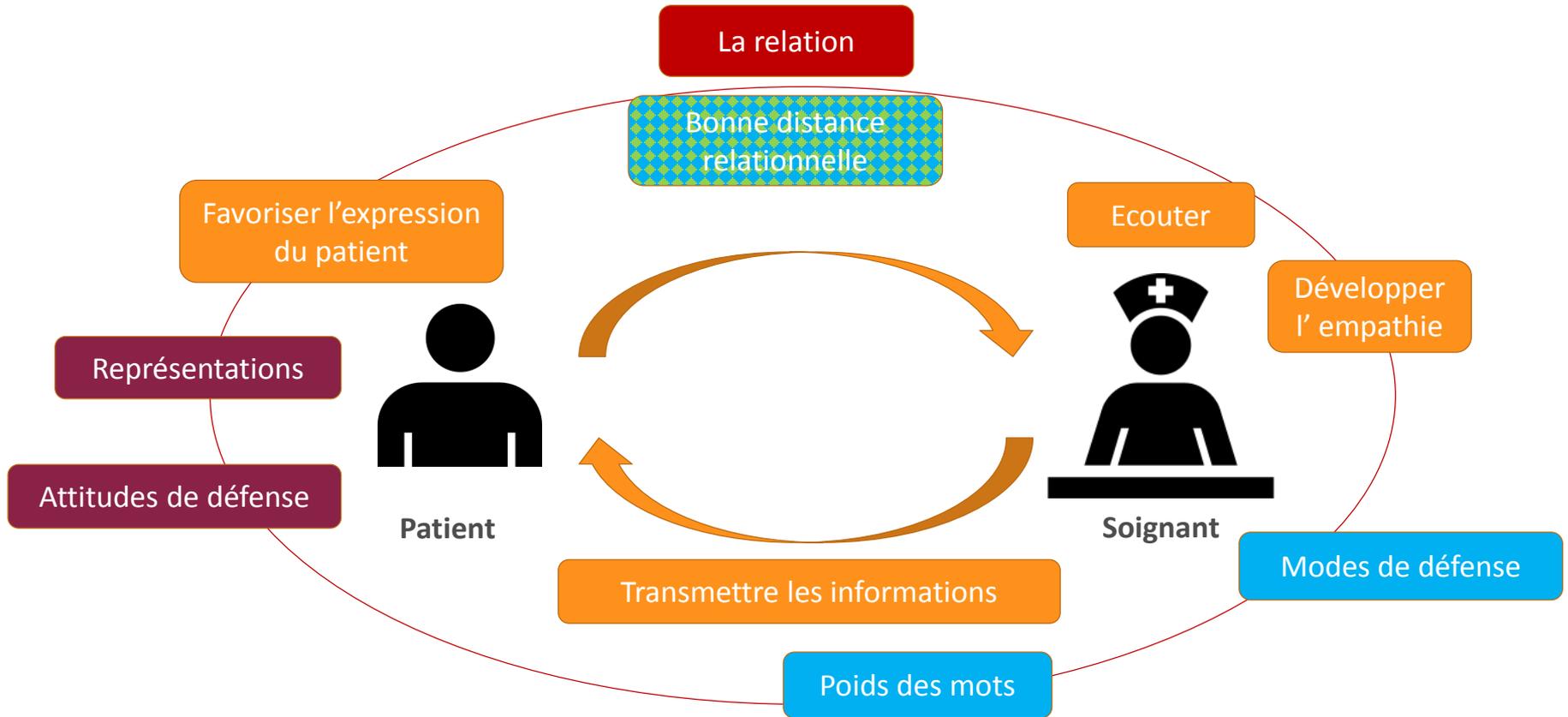
**« CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »**

- **Permettre une prise en charge optimale du VIH/Sida en améliorant les relations entre le personnel soignant et les patients**

## **Pour cela :**

- Sensibiliser et faire réfléchir les soignants sur l'importance de la relation avec les patients
- Développer les compétences relationnelles et de communication des soignants et favoriser l'appropriation et la mise en pratique

# Cultiver la relation - un ensemble de compétences et de facteurs à prendre en compte



## Atelier « CULTIVER L'HUMANISME DANS LA RELATION AU PATIENT »

### PARTIE 1 - INTRODUCTION / OUVERTURE DE L'ATELIER

- J1 1.1. Courte introduction sur la thématique relation au patient, logique de l'atelier : échanges, réflexions communes
- 1.2. Présentation des participants
- 1.3. Donner du sens à cet atelier
- 1.4. Présentation de l'atelier

### PARTIE 2 - LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION

- 2.1. Continuum de soins et communication
- 2.2. S'approprier les grandes questions de la relation
- Pause café**
- 2.3. S'approprier les grandes questions de la relation - Confiance empathie écoute
- 2.4. Développer les compétences relationnelles essentielles - l'écoute et l'empathie

#### Pause déjeuner

- 2.5. Développer les compétences relationnelles essentielles - capacité au silence, questionnement, écoute active

#### Pause café

### PARTIE 3 – APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ ET DES COMPÉTENCES RELATIONNELLES NÉCESSAIRES

- 3.1. Introduction
- Fin J1**
- J2 3.2. Approfondir les enjeux relationnels - modes de défense des soignants
- 3.3. Approfondir les enjeux relationnels - attitudes de défense des patients

#### Pause café

- 3.4. Approfondir les enjeux relationnels - déroulement de l'entretien
- 3.5. Approfondir les enjeux relationnels - mettre en pratique avec des jeux de rôles

### PARTIE 4 - CLÔTURE DU MODULE

#### Fin J2- Pause déjeuner

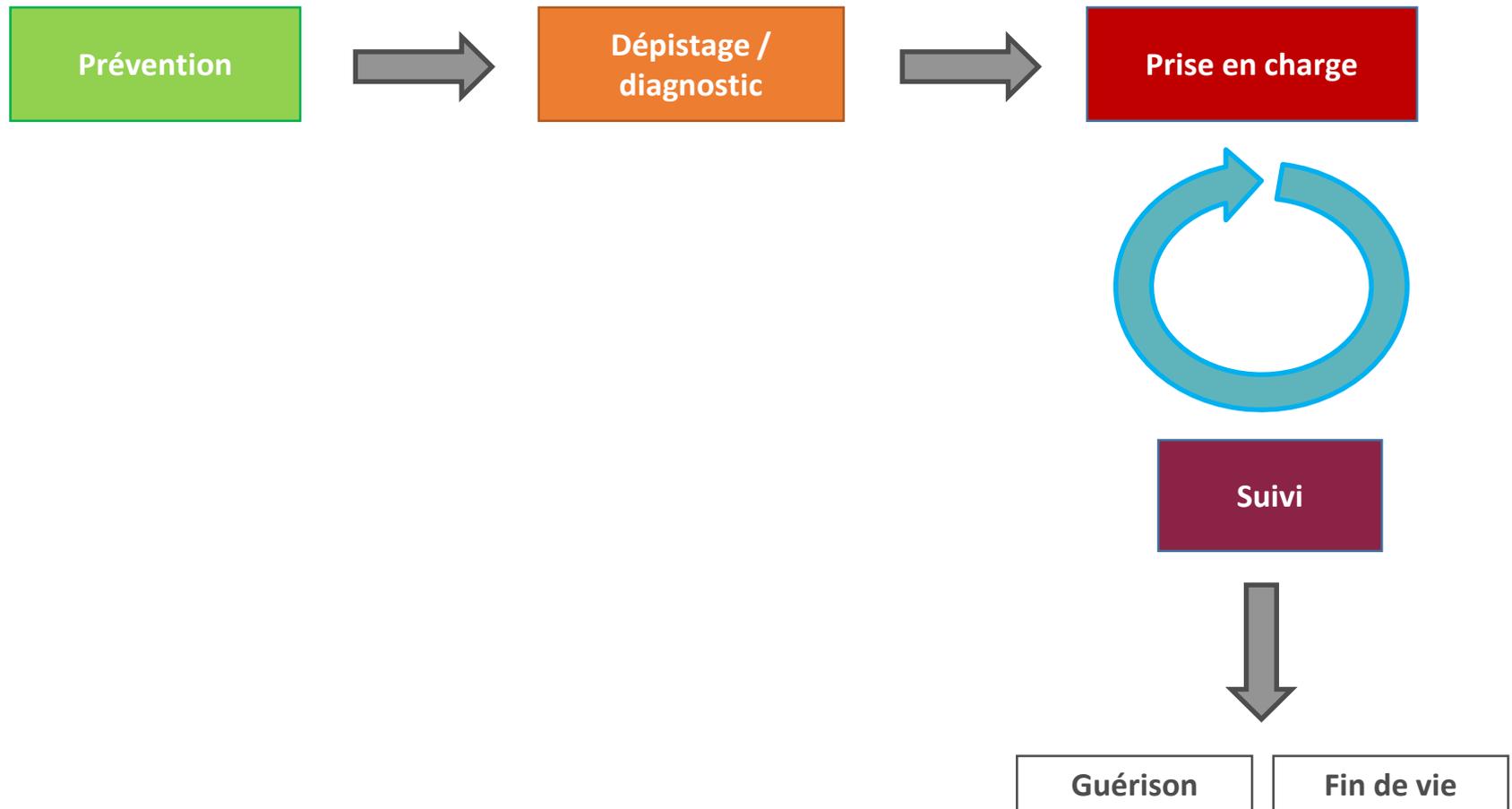
- Les représentations des patients
- Les attitudes de défenses des patients
- Les modes de défense des soignants
- Le poids des mots



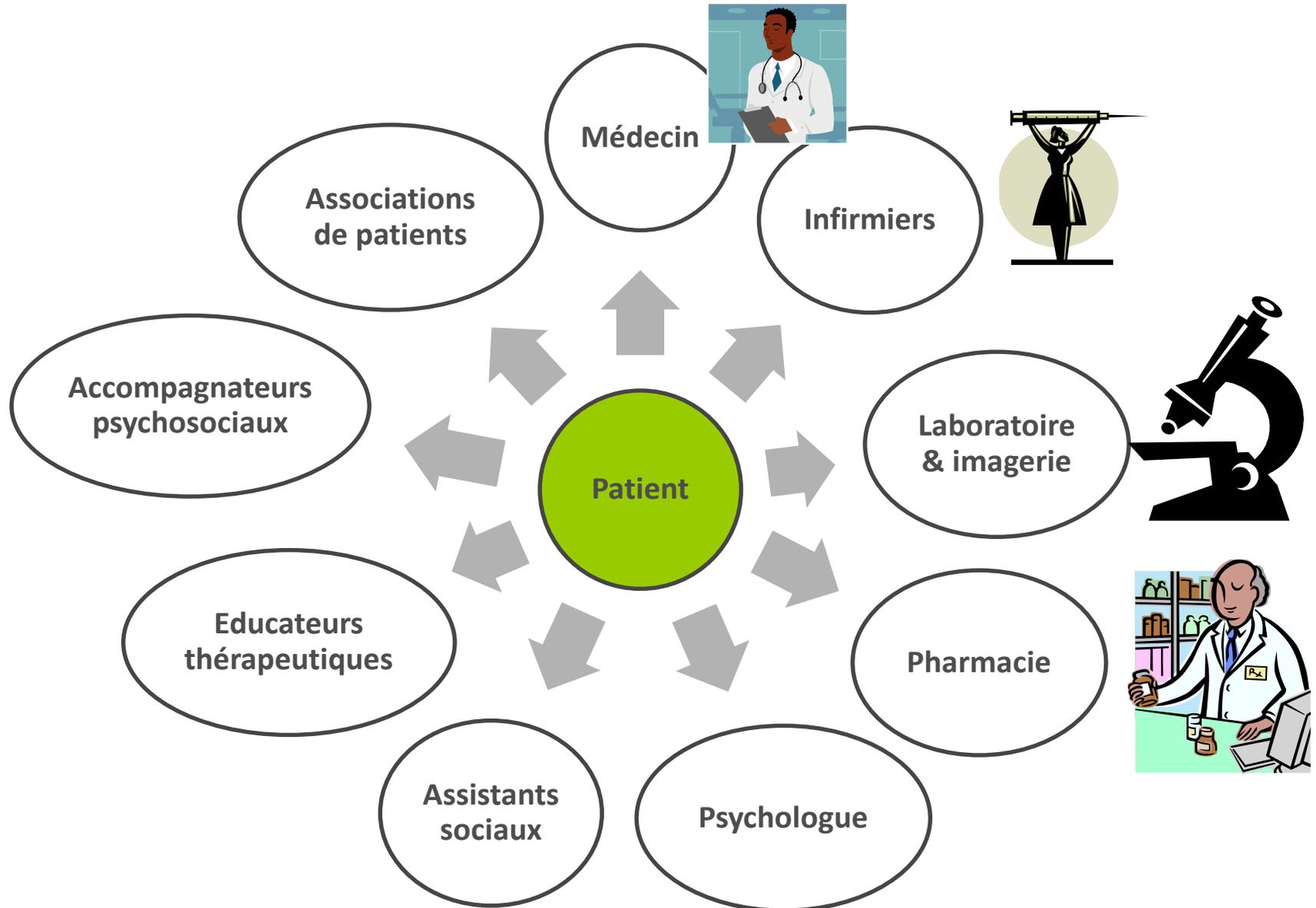
## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

### *2.1. Continuum de soin, relation et communication*

- ⇒ Les enjeux de la relation soignant – soigné à prendre en compte sur l'ensemble du continuum de soin.
- ⇒ Difficile à rattraper à posteriori



# L'importance de la relation avec les patients Pour tous les acteurs du circuit de soin





## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

### *2.2. S'appropriier les grandes questions de la relation*

**Groupes  
« Problématiques  
des patients »**

1. Problèmes
2. Sentiments /  
émotions
3. Questions

**Groupes  
« Thématiques »**

1. Relation  
soignant – soigné
2. Bonne distance  
relationnelle
3. Représentations du  
malade

## Groupes « Problématiques des patients »

N°1

Problèmes

N°2

Sentiments  
/ émotions

N°3

Questions

## Groupes « Thématiques »

N°4

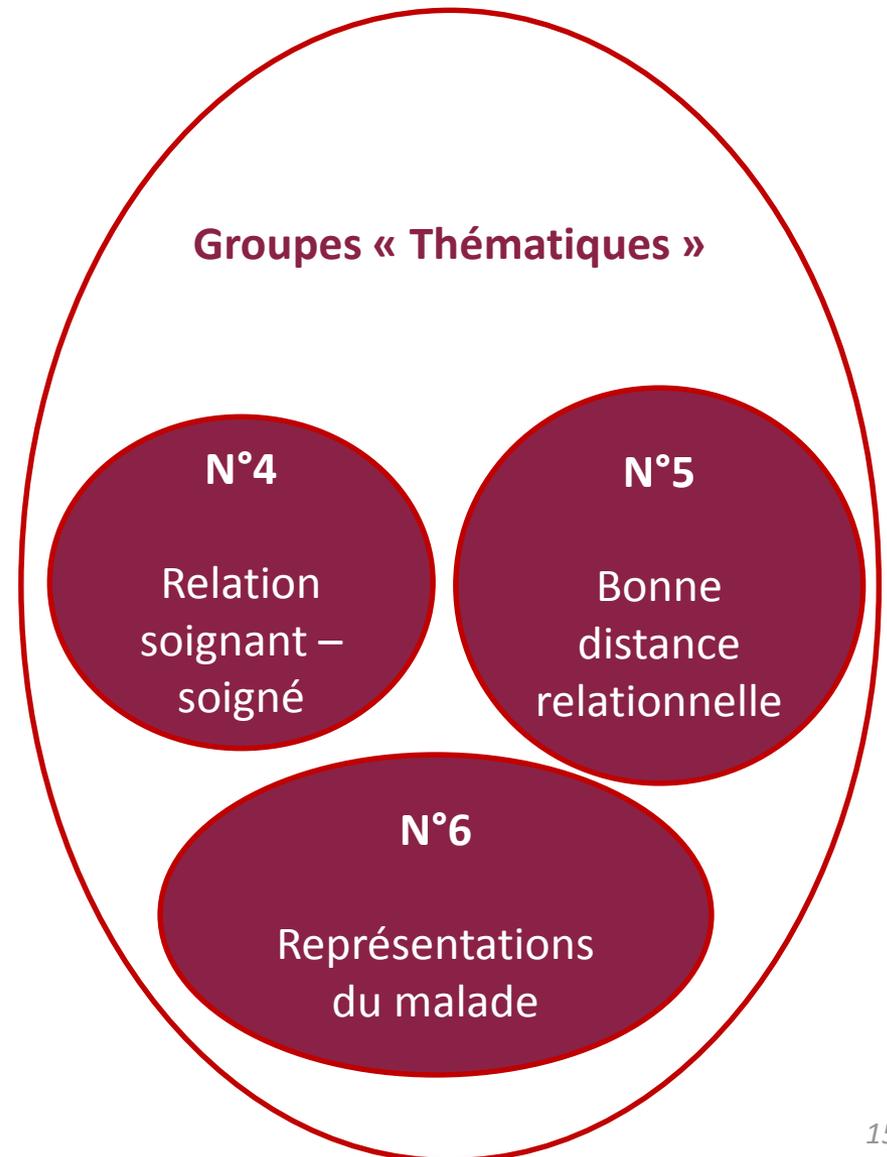
Relation  
soignant –  
soigné

N°5

Bonne  
distance  
relationnelle

N°6

Représentations  
du malade



**« Lorsque vous êtes certain que vous avez le VIH, vous devez vous débattre parmi tout un tas de questions, de problèmes et de sentiments. »**

Vous allez réfléchir en sous-groupes en partant des réalités du patient VIH.

Après il va y avoir un débat, vous allez être dans le rôle des animateurs et vous allez devoir alimenter la discussion.

Pour ces débats :

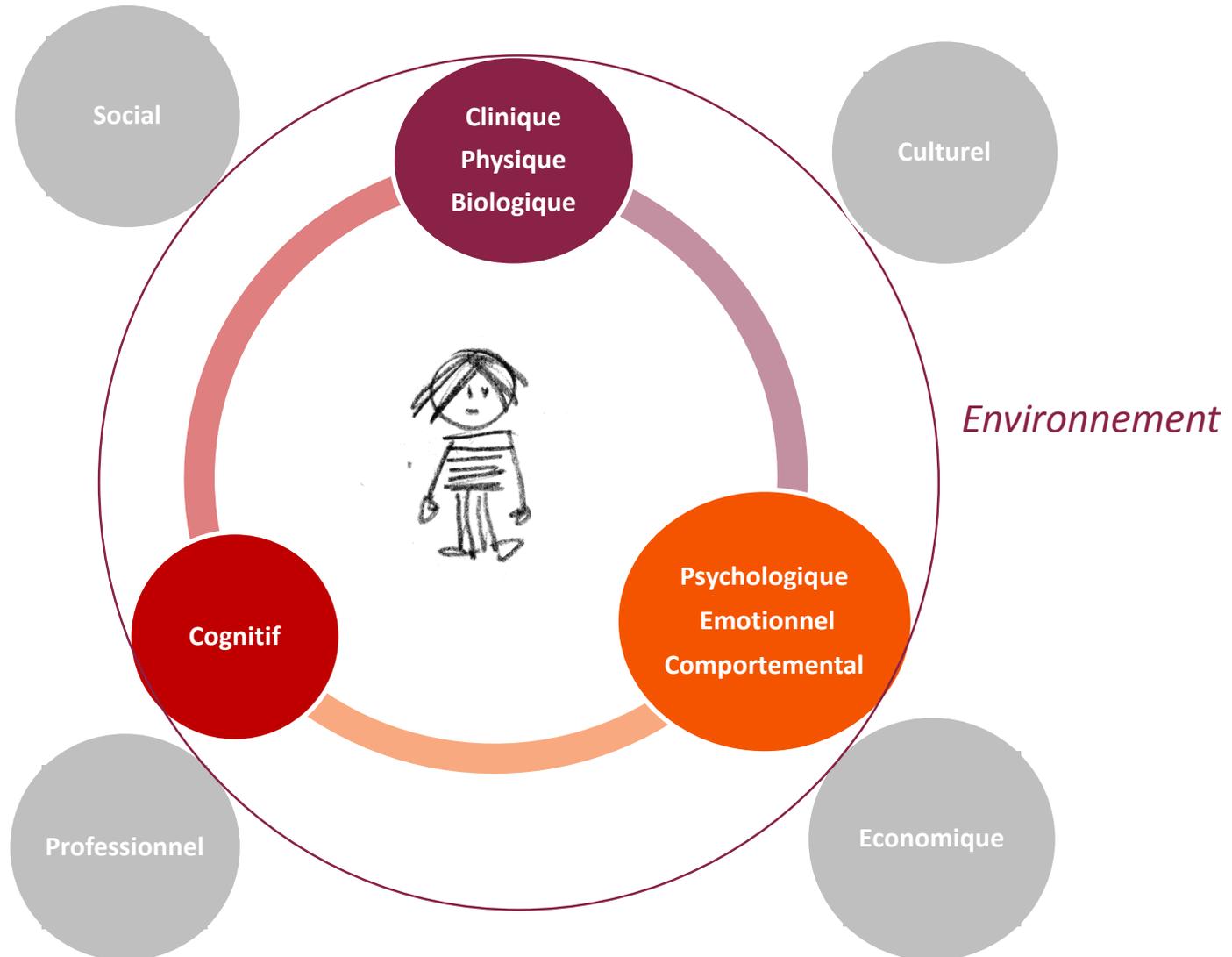
- Nous allons partir d'une problématique « Patient »
- Un premier groupe va présenter ce qu'il a identifié.
- Dès que les gens des groupes « Thématiques » identifient un sujet en lien avec ce qu'ils ont discuté, ils amènent ces éléments dans le débat, sous forme de propositions ou de questions à approfondir.
- L'ensemble des participants discutent

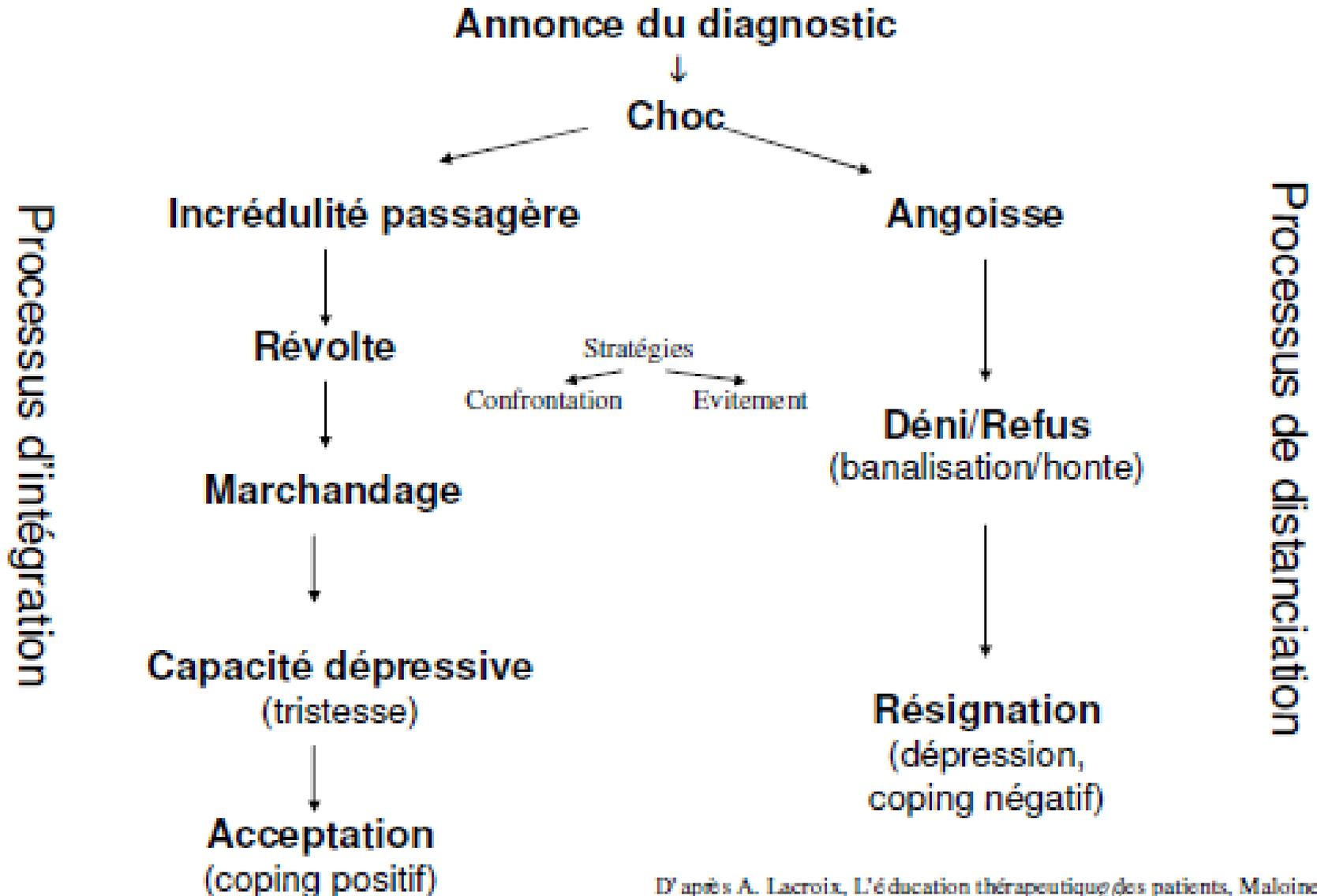


## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

*2.2. S'approprier les grandes questions de la relation –  
Représentations du patient*

⇒ Appréhender le patient dans sa globalité







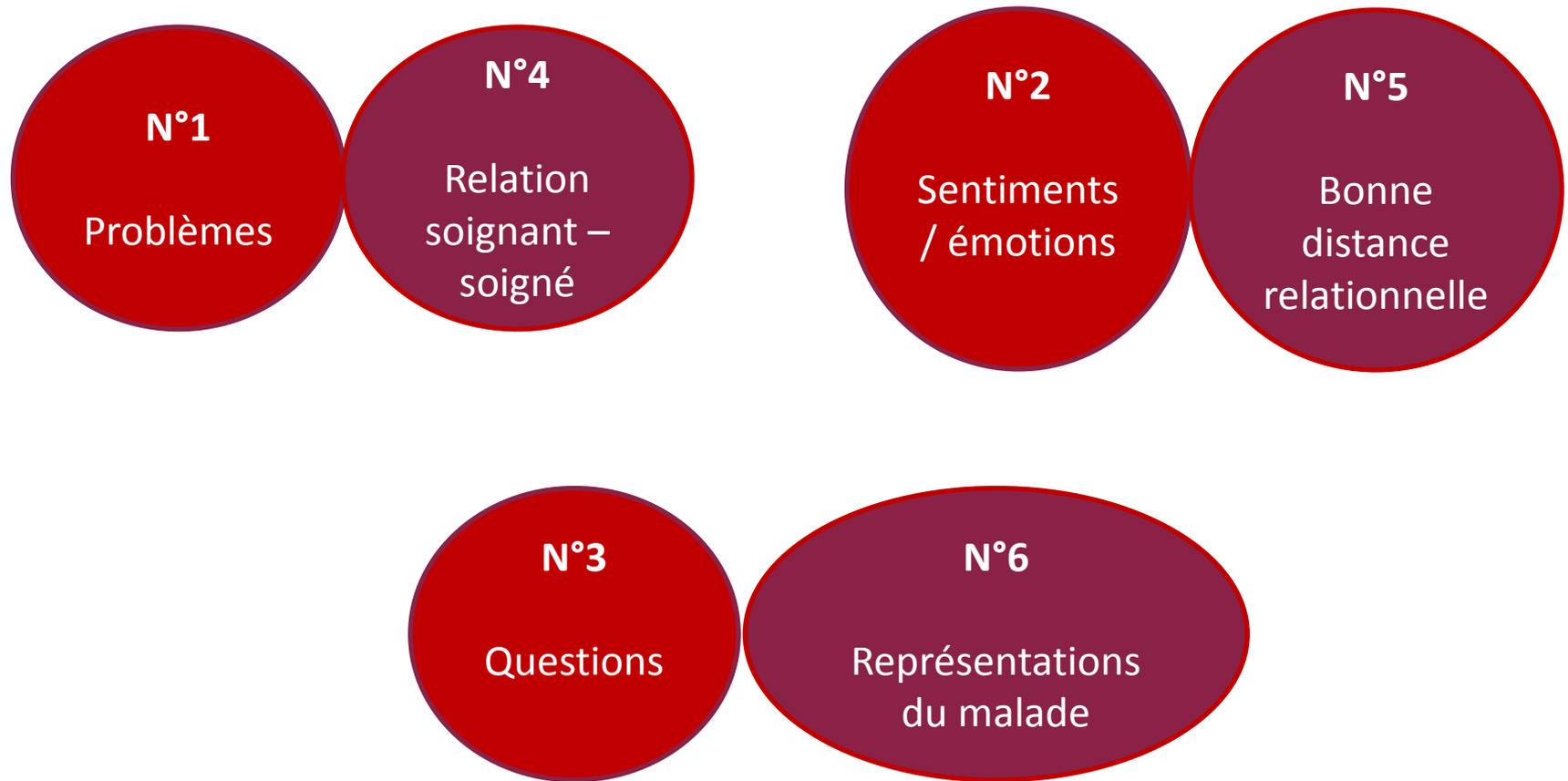
- **Health Belief Model** ou HBM
  1. être persuadé d'être atteint par la maladie
  2. croire que la maladie et ses conséquences sont graves
  3. croire que le traitement est bénéfique
  4. croire que les bienfaits du traitement sont plus importants que ses désavantages (effets secondaires, contraintes, coûts ...)

*d'après Rosenstock - Social Learning Theory and the Health Belief Model - Health Educ Q. - June 1988 vol. 15 no. 2 175-183*



## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

*2.2. S'approprier les grandes questions de la relation  
Confiance Empathie Ecoute*





## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

*2.5. Développer les compétences relationnelles essentielles -  
l'écoute et l'empathie*

**Mettez une croix dans les cases des bonnes réponses**

**X**

**Si vous avez choisi la bonne réponse, mettez une croix dans votre cercle**

**X**

<b>A</b>	
Ah ! vous êtes là ! Ok. Et bien asseyez vous. Ça se passe bien ?	
Ah ! vous êtes là ! Bonjour. Installez-vous je vous en prie. Vous venez pour le dépistage du VIH ?	
Ah ! vous êtes là ! Bonjour. Installez-vous je vous en prie. Qu'est-ce qui vous amène ?	<b>X</b>

<b>B</b>	
Toutes les femmes enceintes, mais si vous voulez nous pouvons discuter du VIH, seule à seule	
Toutes les femmes enceintes, mais comme il n'y aura plus de réunion de groupe aujourd'hui, si vous voulez, nous pouvons prendre le temps de discuter ensemble.	<b>X</b>
Toutes les femmes enceintes, et comme c'est un sujet important qui peut vous concerner, si vous voulez, nous pouvons discuter du VIH ensemble	

<b>C</b>	
Mais, ... vous savez, le VIH/SIDA concerne toute le monde. Oui <u>oui oui</u> . Malheureusement, personne n'est épargné.	
Mais avant d'avoir fait le test, on ne peut malheureusement pas être absolument certain de son statut sérologique.	
Puisque vous êtes venue jusqu'ici, et que d'après ce que vous me dites, vous n'avez pas de raison de vous inquiéter, vous devriez faire le test, comme ça vous seriez tout à fait assurée que tout ira bien pour votre enfant.	<b>X</b>

**D**

Et voilà ! vos connaissances sont déjà bonnes !

Votre façon de voir est un peu pessimiste, les traitements sont de plus en plus efficaces, et on vit très bien avec. Au bout d'un certain temps, on peut même ne plus avoir l'impression d'être malade.

Oui tout à fait, c'est ça, c'est bien un virus, et il peut donner le SIDA, mais pas toujours, car avec les traitements actuels, on peut vraiment espérer de ne pas avoir le SIDA, surtout si on commence le traitement au plus vite.

**E**

Oui ! Sachez seulement que la transmission se fait par les rapports sexuels non protégés, par le sang ou par la transmission verticale de la mère à l'enfant.

Vous m'avez dit tout à l'heure que le père de votre enfant est votre seul partenaire, j'ai compris que vous saviez que la transmission peut se faire par voie sexuelle, n'est-ce pas ? (F : Oui, bien sûr)

Parfait. Vous m'avez dit aussi que votre grossesse a été conçue de façon consentante, qu'est-ce que vous vouliez dire par là ?

Vous m'avez parlé tout à l'heure de vos relations avec le père de votre enfant, vous m'avez dit que vous lui êtes fidèle, ça c'est bon pour la santé ! (Rire) Mais est-ce que vous savez que la transmission peut se faire lors des rapports non protégés ?

**F**

*la SF garde le silence*

*la SF dit : Vous n'avez par l'air convaincue !*

*la SF garde le silence, puis elle dit : Qu'est-ce que vous aimeriez savoir ?*

**G**

*D'après vous, qu'est-ce qui fait que la femme accepte la lettre d'invitation ?*

Elle n'a pas été convaincue par l'histoire du secret médical, et elle se dit que, si elle refuse, elle prend des risques avec cette sage femme qui pourrait peut-être la dénoncer, qui sait ?

Elle trouve que c'est une bonne idée, que ça permettra à son partenaire de se décider à faire le test.

Elle n'est pas convaincue qu'elle donnera la lettre à son partenaire, mais comme la sage femme vient de lui assurer que, malgré tout, elle recevrait de bons soins lors de sa grossesse, elle veut lui faire plaisir en acceptant sa lettre.

## L'animateur vous a donné une lettre à travailler

- Discutez ensemble des phrases que vous aviez choisies : Est-ce que ce sont les mêmes que le corrigé ? Pourquoi ?
- Analysez les mots utilisés par la SF dans les trois propositions : quels sont ceux qui font réagir, ceux qui sont rassurants, qui vont vraiment aider la femme à s'exprimer ?
- Reportez-vous au scénario : quelles ont été les réactions provoquées par ce que dit la SF ? Mettez-vous à la place de la femme, d'après vous, quelles sont les réactions que provoqueraient en elle les autres phrases ?
- Définissez pourquoi, sans être forcément idéale, la (ou les) phrase du corrigé sont sans doute la meilleure réponse

Dans 10', vous présenterez votre analyse au groupe

## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

*2.5. Développer les compétences  
relationnelles essentielles :  
capacité au silence, questionnement, écoute active*

Regarder le film et observez :

- Le questionnement utilisé
  - Est il ouvert ou fermé ?
- Le soignant est-il :
  - Empathique ?
  - À l'écoute ?
  - Qu'elle est son attitude corporelle ?
  - Sa capacité au silence ?

## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

*2.5. Développer les compétences  
relationnelles essentielles :  
capacité au silence, questionnement, écoute active*

*Pourquoi favoriser l'expression du patient ?*

## Notamment pour l'aider à exprimer :

- ses émotions, ses sentiments, ses difficultés (personnelles, familiales, sociales etc.), ses doutes et ses capacités, ses ressources pour y faire face
- ses représentations, ses croyances, ses connaissances acquises sur la maladie
- l'encourager à poser des questions

*Que faire pour favoriser l'expression du patient ?*

**ECOUTE ACTIVE**

**QUESTIONNEMENTS**



**REFORMULATION**

## ECOUTE ACTIVE

- Être attentif à ce qu'il dit, à ses expressions corporelles
- Attitude non verbale :
  - ✓ expression du visage attentive et bienveillante
  - ✓ Contact visuel
- Eviter d'interrompre fréquemment ou brusquement

## QUESTIONNEMENTS

- Préférer des questions ouvertes
- Des questions fermées pour vérifier une information précise

## REFORMULATION

- Pour marquer votre compréhension
- Pour aider le patient à aller plus loin dans ce qu'il exprime
- Pour prendre le temps de réfléchir à sa situation



## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

*2.5. Développer les compétences  
relationnelles essentielles :  
Le poids des mots*

- Trouver un équilibre entre **le besoin d'information du patient et celui de ne pas tout savoir**
- Donner de l'information de façon progressive, **adaptée au patient**, à ce qu'il souhaite entendre, à son niveau de connaissance, à son état du moment
- **Être simple** dans ses explications, veiller à **ne pas utiliser de jargon médical**, à s'adapter au niveau du patient
- **S'assurer de la bonne compréhension des informations**

- **Bien dire, c'est d'abord savoir écouter**
- **Reprendre les mots employés par le patient**
- Plutôt que de dire ce qu'il faut faire, il est plus utile de questionner

par exemple :

Questionner :

*« Que pensez-vous que vous devriez faire? »*

et d'essayer d'utiliser les réponses du patient

*« Oui, je suis d'accord avec vous, je crois aussi que cela vous ferait du bien »*

- **Être vigilant et attentif au choix des mots**
  - Les images angoissantes, dévalorisantes ou culpabilisantes  
*« C'est une sale maladie ! »*
  - Les jugements de valeur
- **Être cohérent** dans ce que l'on dit
  - *« Ce n'est pas grave, mais nous allons vous surveiller tous les mois »*
- **Être précis, simple et autant que possible positif**
- **Eviter :**
  - le mensonge (même pour rassurer),
  - de donner de faux espoirs, par exemple : *« Tout finira par s'arranger »*,
  - d'amoindrir



**3. APPROFONDIR LES ENJEUX  
DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ  
ET LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES NÉCESSAIRES**

1. Approfondir les compétences relationnelles de chacun en prenant le temps de réfléchir à nos peurs, à nos représentations par rapport au patient
2. Vous préparer à affronter des situations plus complexes, notamment à travers des jeux de rôles



## **3. APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ ET LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES NÉCESSAIRES**

### *3.2. Modes de défense des soignants*

1. Choisissez une situation particulièrement difficile que vous avez rencontrée (parmi celle du tour de table d'hier ou une autre)
2. Prenez une feuille de papier et un crayon et retracez dans les grandes lignes les moments difficiles de cette entrevue avec le patient
3. Réfléchissez à et notez quelles étaient vos émotions, vos réactions incontrôlées et quelles sont les raisons plus profondes qui les ont motivées

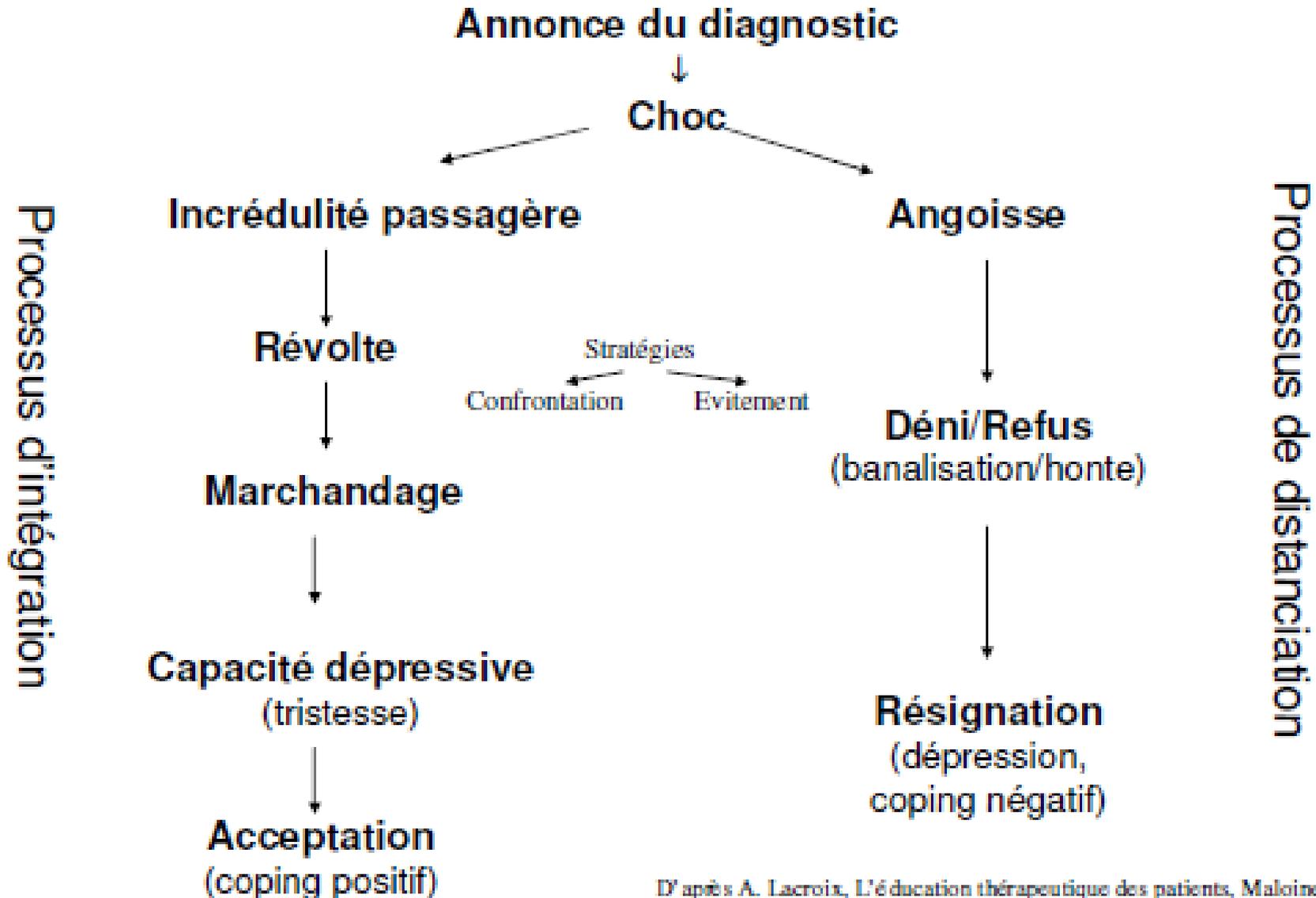
4. Lisez la fiche « Modes de défense des soignants » (GP7)
  - Recherchez des éléments complémentaires de compréhension de ce qui s'est passé pour vous dans cette situation
  - (vous pouvez les surligner si vous le souhaitez)

- Nous vous proposons
  - de partager vos réflexions en binômes si vous le souhaitez
  - de chercher ensemble des idées sur comment prendre un peu de distance avec ces émotions ou ces réactions si ce type de situation devait se représenter
- Dans la mesure où ce sont des questions assez personnelles, à vous de choisir si vous avez envie d’avoir ces discussions et avec qui. Choisissez-vous un binôme.
- Vous pouvez vous disposer comme vous le souhaitez pour être à l’aise.
- Vous avez 30’



## **3. APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ**

### *3.3. Attitudes de défense du patient*

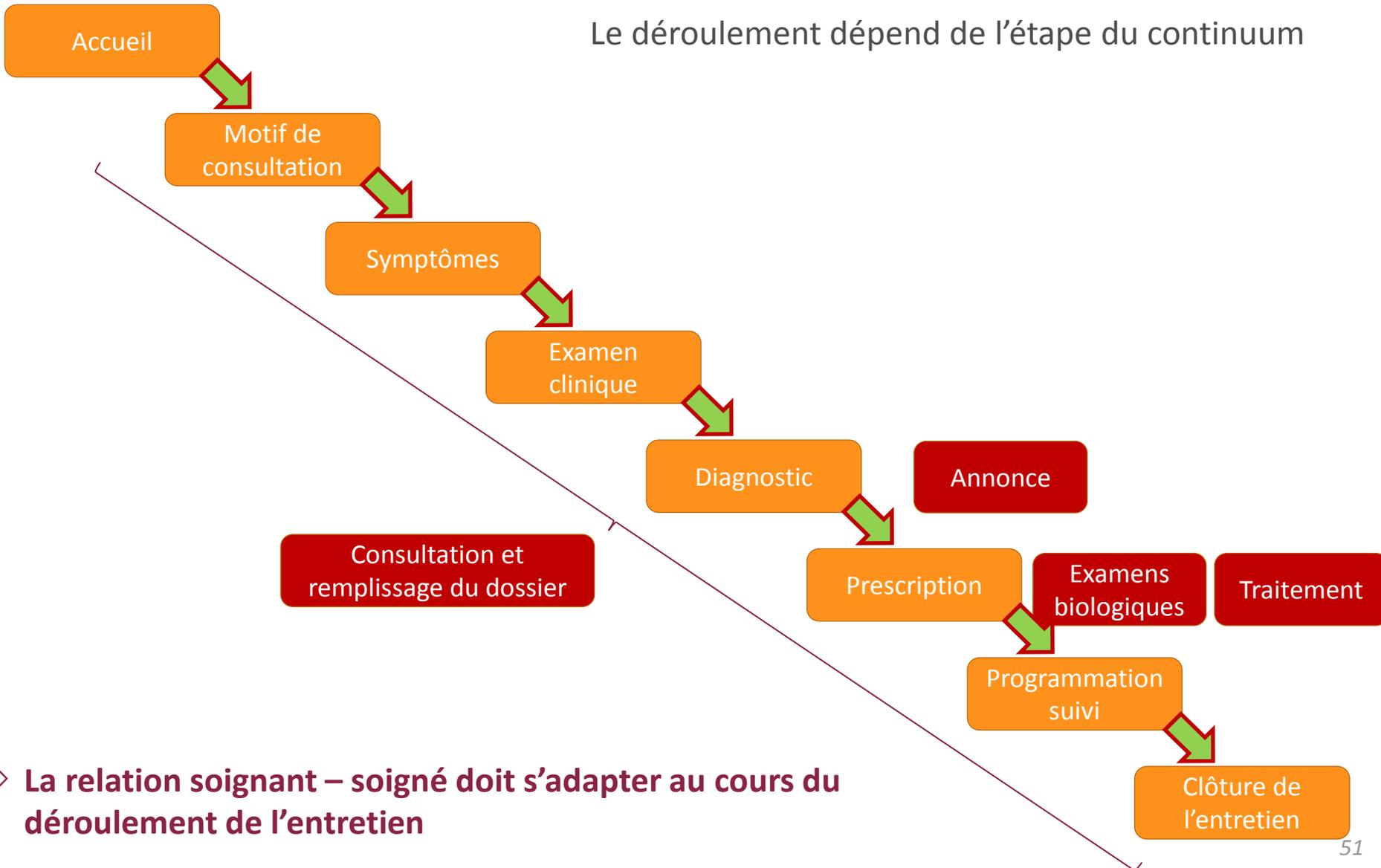




### **3. APPROFONDIR LES ENJEUX DE LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ ET LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES NÉCESSAIRES**

#### *3.4. Déroulement de l'entretien*

Le déroulement dépend de l'étape du continuum



⇒ La relation soignant – soigné doit s'adapter au cours du déroulement de l'entretien

## **2. LES GRANDS PRINCIPES ET ENJEUX DE LA RELATIONS SOIGNANTS SOIGNÉS. COMPÉTENCES RELATIONNELLES, CONCEPTS ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION**

*2.5. Développer les compétences  
relationnelles essentielles :  
Le poids des mots*

- Trouver un équilibre entre **le besoin d'information du patient et celui de ne pas tout savoir**
- Donner de l'information de façon progressive, **adaptée au patient**, à ce qu'il souhaite entendre, à son niveau de connaissance, à son état du moment
- **Être simple** dans ses explications, veiller à **ne pas utiliser de jargon médical**, à s'adapter au niveau du patient
- **S'assurer de la bonne compréhension des informations**

- **Bien dire, c'est d'abord savoir écouter**
- **Reprendre les mots employés par le patient**
- Plutôt que de dire ce qu'il faut faire, il est plus utile de questionner

par exemple :

Questionner :

*« Que pensez-vous que vous devriez faire? »*

et d'essayer d'utiliser les réponses du patient

*« Oui, je suis d'accord avec vous, je crois aussi que cela vous ferait du bien »*

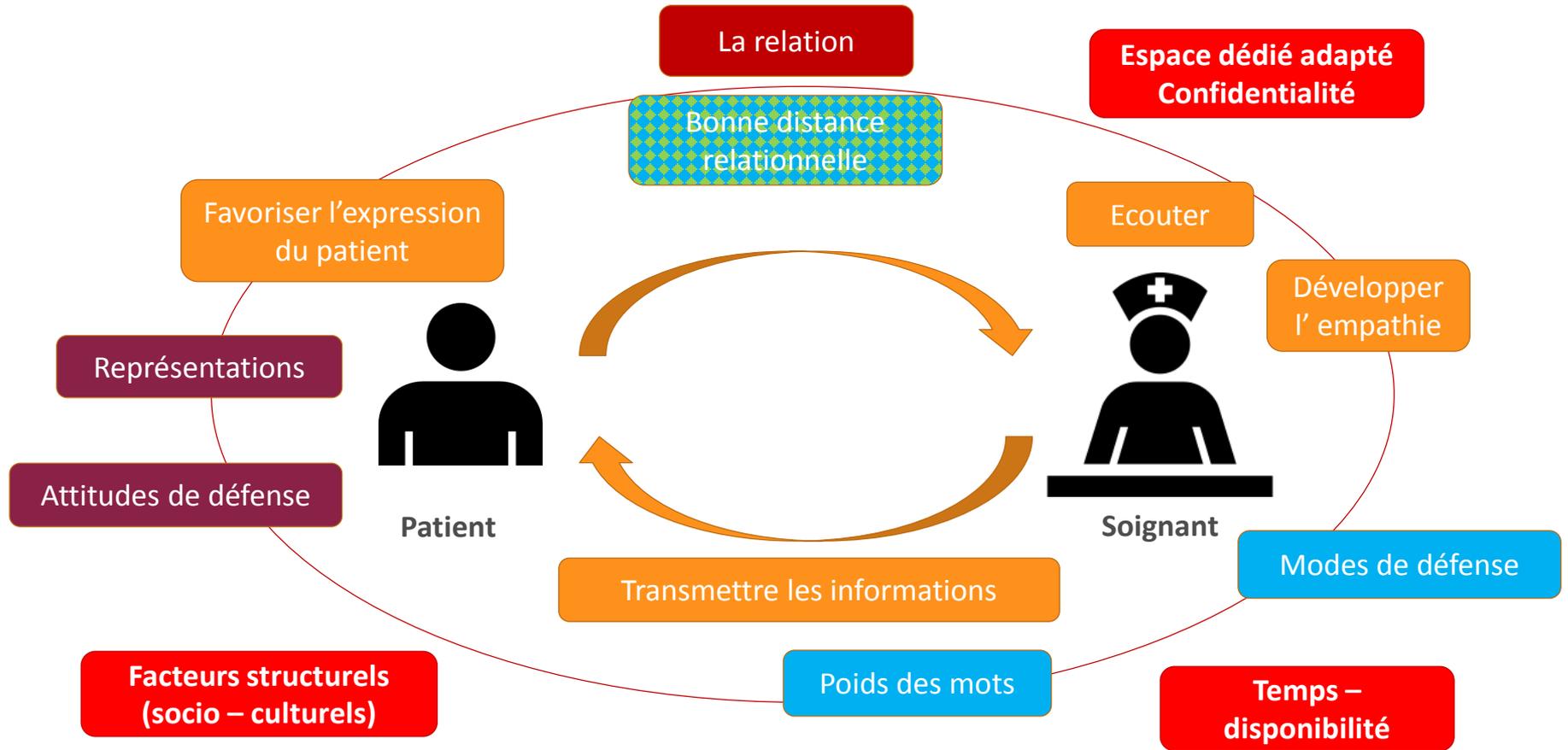
- **Être vigilant et attentif au choix des mots**
  - Les images angoissantes, dévalorisantes ou culpabilisantes  
*« C'est une sale maladie ! »*
  - Les jugements de valeur
- **Être cohérent** dans ce que l'on dit
  - *« Ce n'est pas grave, mais nous allons vous surveiller tous les mois »*
- **Être précis, simple et autant que possible positif**
- **Eviter :**
  - le mensonge (même pour rassurer),
  - de donner de faux espoirs, par exemple : *« Tout finira par s'arranger »*,
  - d'amoindrir



## 4. CLÔTURE DE L'ATELIER & SYNTHÈSE

- Mettre en place une relation de confiance avec le patient
- **Collecter des informations**
  - Rechercher les représentations des patients, identifier les difficultés ou problèmes
- **Partager de l'information médicale et thérapeutique, sur la prise en charge**
  - Attention au poids des mots
  - valider la compréhension et motiver le patient

# Cultiver la relation - un ensemble de compétences et de facteurs à prendre en compte



## Développer la relation – Cultiver ses compétences et tenir compte des facteurs associés



- Qui s'appliquent tant à la prévention qu'à la prise en charge
- Pour toutes les maladies



## 4. CLÔTURE DE L'ATELIER & SYNTHÈSE

*Aller plus loin*

## Des patients avec des besoins plus spécifiques

« Quand je suis à l'hôpital, les médecins ne discutent qu'avec maman. Moi on ne me dit rien. On vient juste me piquer et me mettre des sérums »

Raqui, 10 ans, asthmatique, vivant avec une drépanocytose et le VIH.



« Quand le docteur vient pour la visite, je lui dis des choses. Il ne me répond pas, mais il parle aux infirmières. A moi ou à ma mère, il dit juste que ça va aller »

Kokou, 11 ans, vivant avec un cancer.

Jour	Heure début	Heure fin	Partie	Séquence
J1	8:30	8:35	<b>Partie 1 - Introduction / ouverture du module</b>	1.1. Courte introduction sur la thématique relation au patient, logique de l'atelier : échanges, réflexions communes
	8:35	8:55		1.2. Attentes et situations concrètes des participants
	8:55	9:15		1.3. Donner du sens à ce module
	9:15	9:25		1.4. Présentation du module
	9:25	9:35	<b>Partie 2 - Les grands principes et enjeux de la relations soignants soignés. Compétences relationnelles, concepts et techniques de communication</b>	2.1. Continuum de soins et communication
	9:35	10:20		2.2. S'approprier les grandes questions de la relation
	<b>10:20</b>	<b>10:35</b>	<b>Pause café</b>	
	10:35	11:35		
	11:35	12:05		2.3. S'approprier les grandes questions de la relation - suite
	12:05	12:35		2.3. S'approprier les grandes questions de la relation - Confiance empathie écoute
	12:35	12:55		2.4. Développer les compétences relationnelles essentielles - Séquence 1 : l'écoute et l'empathie
	12:55	13:15		
	<b>13:15</b>	<b>14:15</b>	<b>Pause déjeuner</b>	

Jour	Heure début	Heure fin	Partie	Séquence
	14:15	14:15		
	14:15	14:40		
	14:40	14:55		2.5. Développer les compétences relationnelles essentielles - séquence 2 : capacité au silence, questionnement, écoute active
	14:55	15:10		
	15:10	15:30		
	15:30	15:50		
	<b>15:50</b>	<b>16:10</b>	<b>Pause café</b>	
	16:10	16:30		
	16:30	17:00		
	<b>17:00</b>	<b>17:15</b>	<b>Partie 3 – Aller plus loin dans les compétences relationnelles</b>	3.1. Approfondir les enjeux relationnels - Introduction et objectifs
	17:15	17:40		3.2. Approfondir les enjeux relationnels - Modes de défense des soignants
	17:40	17:45		Distribuer la fiche d'observation des jeux de rôles (3.4.)
	<b>17:40</b>	<b>17:40</b>	<b>Fin de J1</b>	

Jour	Heure début	Heure fin	Partie	Séquence
J2	8:30	9:00		3.2. Approfondir les enjeux relationnels - Modes de défense des soignants
	9:00	9:30		
	9:30	10:30		3.3. Approfondir les enjeux relationnels - Attitudes de défense des patients
	<b>10:30</b>	<b>10:45</b>	<b>Pause café</b>	
	10:45	11:00		3.4. Approfondir les enjeux relationnels - déroulement de l'entretien
	11:00	11:10		3.5. Séquence mettre en pratique avec des jeux de rôles
	11:10	11:55		
	11:55	11:55		
	11:55	12:40		
	12:40	13:10	<b>Partie 4 - Clôture du module</b>	
	<b>13:10</b>	<b>14:25</b>	<b>Pause déjeuner</b>	
	<b>14:25</b>	<b>14:45</b>	Débriefing global de l'atelier "Humanisme"	
	<b>14:45</b>	<b>15:05</b>	<b>Evaluation de la formation</b>	
	<b>15:05</b>	<b>15:25</b>	<b>Remise des attestations &amp; clôture</b>	
	<b>15:25</b>	<b>15:25</b>	<b>Fin de J2</b>	

Sous séquence & approche pédago	Durées (minutes)	Facilitateurs	Durée parties (sans les pauses)
	00:05	Etienne Saada Roubanatou	<b>00:55</b>
Discussion en binome - les participants écrivent les situations concrètes sur post it Puis discussion plénière sur les attentes Les binômes complètent	00:20		
Lecture d'un conte Lecture des résultats d'une étude Discussion	00:20		
Powerpoint	00:10		
Discussion Synthèse avec powerpoint et post it	00:10	Harouna Roubanatou	<b>06:20</b>
Travail de groupe	00:45	Zeinabou Emmanuel Etienne	
	<b>00:15</b>		
Grands débats	01:00	Zeinabou Emmanuel Etienne	
Apports complémentaires sur les 3 thématiques	00:30		
Binôme	00:30		
Film + discussion	00:20	Saada Azize Etienne	
Exercice réécriture de scénario	00:20		
	<b>01:00</b>		

Sous séquence & approche pédago	Durées (minutes)	Facilitateurs	Durée parties (sans les pauses)
<i>(Approfondissement + débriefing plénière)</i>			
Lecture et discussion fiche Le poids des mots	00:25		
Film 1 + discussion	00:15	Saada Harouna Roubanatou Etienne	
Film 2 + discussion	00:15	Saada Harouna Roubanatou Etienne	
Apport théorique Lecture GP6 expression du patient	00:20	Saada Harouna Roubanatou Etienne	
Mini jeux de rôle n°1 + débriefing	00:20	Saada Harouna Roubanatou Etienne	
	<b>00:20</b>	<b>Pause-Café</b>	
Mini jeux de rôle n°2 + débriefing	00:20	Saada Harouna Roubanatou Etienne	
Débriefing global	00:30		
Echanges croisés (15')	00:15	Etienne	<b>05:10</b>
Réflexions	00:25		
	00:05		

Sous séquence & approche pédago	Durées (minutes)	Facilitateurs	Durée parties (sans les pauses)
Lecture fiche GP7 et binôme - suite	00:30	Etienne Harouna	
Plénière	00:30		
Travail de groupe	01:00		
	<b>00:15</b>		
Fiche déroulement de l'entretien + ppt	00:15	Etienne Harouna	
Introduction à la séquence + présentation de la grille d'observation	00:10	Etienne Harouna	
Jeu de rôles 1	00:45	Etienne Harouna	
<i>(Jeu de rôles 2)</i>			
Jeu de rôles 3	00:45	Etienne Harouna	
Lecture fiche de synthèse + Discussion	00:30	Etienne Harouna	<b>00:30</b>
	<b>01:15</b>		
	00:20		
	00:20		
	00:20		
		<b>ULSS/Solthis</b>	