

La COMMUNICATION en ANESTHÉSIOLOGIE: le dialogue au coeur de l'acte de soigner

Université 
de Montréal

Dr Daniel Audy, MD, FRCPC

 Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

PLAN

- Objectifs
- une compétence CanMEDS
- définition
- le pourquoi (les effet positifs et négatifs)
- le comment
- connaître un modèle de référence
- évaluation de cette compétence

Objectifs

- Connaître cette compétence CanMEDS
- Connaître le rôle primordial de la communication dans notre pratique
- Connaître un modèle de référence de la communication médecin - patient
- Connaître le mode d'évaluation de la compétence en communication

Compétences **CanMEDS**: les **SEPT rôles** du médecin

- Expert médical
- Professionnel
- **COMMUNICATEUR**
- Collaborateur
- Gestionnaire
- Promoteur de la santé
- Érudit

Compétence: une définition

- Un **savoir agir complexe** fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble de ressources internes et externes

- Donc en **situation, en action**

CanMEDS: Expert médical: le pourquoi?

- Soins médicaux optimaux, respectueux de l'éthique, axés sur les patients
- Connaissances cliniques, compétences spécialisées, attitudes appropriées au champ d'exercice
- Évaluation complète et appropriée d'un patient
- Interventions de prévention et de traitement efficace et approprié
- Techniques pertinentes d'intervention diagnostique et thérapeutique exécutées avec compétence.
- Consultation d'autres professionnels de la santé en reconnaissant les limites de son expertise.

COMMUNICATEUR

- **Relation thérapeutique** avec les patients et les membres de leur famille **basée sur la confiance et le respect de l'éthique**
- **Obtention et transmission des renseignements pertinents et des points de vue** des patients, des membres de leur famille, de confrères et d'autres professionnels
- **Compréhension commune** des enjeux, **des problèmes, des plans d'action** avec les patients et leur famille, des confrères et d'autres professionnels

Préjugés qui ont la vie dure

- Les habiletés de communication:
 - Capacité innée de l'individu
 - Communiquer = écouter, être empathique
 - Communication plus efficace = consomme plus de temps
 - Une compétence agréable mais non-essentielle

COMMUNICATION: Les faits

- Au cours de 40 ans de carrière, un médecin effectuera entre 160 000 et 200 000 entrevues!
Lipkin & Al., The medical interview, 1995.
- Une bonne communication peut rehausser la pratique médicale et améliorer l'évolution du patient. Tous les anesthésiologistes devraient songer à leur compétence dans ce domaine.
Smith & Shelly, CJA 1999/ 46:11/ 1082-1088
- Une communication de piètre qualité résulte: plaintes et poursuites de la part des patients, conflits avec des professionnels de la santé, relations interpersonnelles problématiques.

Les LACUNES Observées

- Le médecin comprend mal les raisons pour lesquelles un patient consulte (*Starfield & Al, 1981; Maguire, Fairbairn & Fletcher 1986; Bekman & Frankel, 1984; Marvel, Epstein, Flowers & Beckman, 1999*)
- Sous-estime le désir d'information du patient (*Waitzkin, 1984*)

Les LACUNES Observées

- Accorde une attention insuffisante au contexte de vie du patient et aux facteurs psychosociaux (*Ormel, Koeter, Van Den Brink & Van De Willige, 1991; Arborelius et Bremberg, 1992*)
- Les médecins reconnaissent personnellement que la communication avec les patients est une de leurs principales difficultés dans l'exercice de leur profession (*Beaulieu, Leclere & Bordages, 1993*)

Les LACUNES Observées

- 19 % des patients disent avoir un problème de communication avec leur médecin (*Bertakis, Roter & Putman, 1991; Robbins & al., 1981; Rowland-Morin & Carroll, 1990*)
- A Montréal, une étude sur les attentes et la satisfaction de la population p/r soins de santé révèle que les attentes les plus grandes sont: écoute attentive, explications adéquates et respect. (*Zins Beauchesne & al., 2000*)

Les LACUNES Observées

- 70-80% des plaintes et des poursuites judiciaires en médecine sont liées en partie à des problèmes de relation ou de communication:

perception par le patient d'une attitude hautaine du médecin,

échec dans l'échange d'information,

manque d'attention d'un médecin pressé

*(Levinson, Roter, Mullooly, Dull & Frankel, 1997;
Beckman, Markakis, Suchman & Frankel, 1994.)*

Les LACUNES Observées

- Méta-analyse portant sur 41 études: l'observance des recommandations du médecin et la satisfaction du patient sont d'autant plus forte à l'issue des consultations que le médecin est plus soucieux de répondre aux besoins d'information du patient et cherche à établir une relation de collaboration plutôt que d'autorité. *(Hall, Roter & Katz, 1988)*

Les LACUNES Observées

- La qualité de la communication, à la fois pendant la collecte des informations et la discussion du plan de traitement, influe sur la santé des patients. (*Stewart, 1995*)
- La communication a un effet positif sur la santé des patients. Elle améliore par ordre décroissant d'importance: la santé émotionnelle, la disparition des symptômes, , état fonctionnel, les mesures physiologiques (TA et glycémie) et le contrôle de la douleur.

Les LACUNES Observées

- Difficulté de la communication reconnue par les médecins
- Désaccords sur les raisons de consultation
- Les interruptions précoces
- L'échange d'information
- L'inobservance des recommandations

- **Problème de communication = risque de plaintes & poursuites**

Les LACUNES Observées

- Bref, une meilleure communication médecin-patient aide le médecin à mieux cerner les problèmes, aide le patient à s'ajuster psychologiquement et améliore la satisfaction du patient et du médecin.

(Maguire & Pitceathly, 2002; Lewin, Skea, Entwistle & Dick, 2004)

Les LACUNES Observées

- “Il n’est pas naturel pour le patient de communiquer avec un professionnel.”

- Selon Spitzberg et Cupach (2002):

22% des gens auraient des difficultés à poser une question

33% auraient de la difficulté à donner correctement une direction

35% ne pourraient ni exposer ni défendre un point de vue correctement

49% seraient incapables d’exposer un point de vue avec lequel elles sont en désaccord

EXERCICE

- Regroupez-vous en groupe de deux
- À tour de rôle
- Écoutez sans *INTERROMPRE* la réponse de votre partenaire à la question: Quelle est votre motivation à suivre ce cours aujourd'hui?
- À partir de quel moment avez-vous ressenti l'envie d'interrompre votre interlocuteur?

La communication: pourquoi

- Constitue une compétence clinique fondamentale
- Mythe: cet aspect essentiel des soins relève d'un art qui s'apprend à travers l'exercice
- L'expérience seule peut se révéler un bien mauvais maître. (*Kurtz, 2002; Kurtz, Silverman & Draper, 1998*)
- Plusieurs études ont montré qu'on peut enseigner et apprendre les habiletés de communication pour améliorer la communication entre un médecin et un patient. (*Kurtz, Silverman, Benson & Draper, 2003; Yedidia et autres, 2003; Langewitz, Eich, Kiss & Wossmer, 1998*)

La communication: pourquoi

- Il est maintenant admis que:

la formation à la
communication
professionnelle est nécessaire

Difficultés en COMMUNICATION médecin-patient

- **Ne pas écouter attentivement, ne pas avoir débuter avec des questions ouvertes et/ou interrompre ou bombarder le patient de questions fermées**
- **Ne pas laisser exprimer les idées, préoccupations, attentes et émotions du patient ou ne pas établir une relation de collaboration et, plutôt, adopter une position centrée sur le médecin durant toute l'entrevue**

Difficultés en COMMUNICATION médecins-patient (suite)

- Développer peu la relation ou **ne pas être sensible au patient**
- Ne pas détecter ou **ne pas répondre aux indices venant du patient**
- **Obtenir une histoire clinique incomplète ou inadéquate** en raison de l'incapacité de trouver un équilibre judicieux entre les questions ouvertes et fermées

Difficultés en COMMUNICATION médecin-patient (suite)

- Oublier de s'informer de ce que le patient sait déjà avant de donner une explication
- Donner trop d'information à la fois et utiliser du jargon médical
- Faillir à trouver un terrain commun et à travailler en partenariat avec le patient

Difficultés en COMMUNICATION médecin-patient (suite)

- Faillir à **offrir des choix ou à négocier** avec le patient ainsi qu'à vérifier si le patient trouve que **le plan lui convient**
- Prévoir des arrangements inadéquats pour la suite de soins ou ne pas en faire du tout (**SUIVI INADÉQUAT**)

COMMUNICATION: le positif

- Identification optimale des problèmes
- Meilleur ajustement psychologique face à la maladie
- Plus grande satisfaction P/R soins reçus
- Le MD a: satisfaction maximale et stress minimal au travail
- Aptitudes communicationnelles: il y a des méthodes d'apprentissage
- La pratique et recevoir du feedback est essentiel à l'apprentissage

BMJ vol325, sept 2002, 697-700

Impacts de la qualité de la communication sur les soins aux patients

- Plus grande satisfaction
- Meilleure mnésie des informations
- Compliance accrue au traitement
- Diminution des investigations/ consultations
- Amélioration de la santé émotionnelle
- Amélioration de l'état fonctionnel

COMMUNICATION: ANESTHÉSIOLOGIE

- **Gagner la confiance** d'un étranger et ce **rapidement**
- **Attention au biais** en communication.
(Assurez-vous que le patient a compris le sens de votre pensée) **codage-décodage**
- **Importance du non-verbal**: votre attitude, votre position
- Argyle a trouvé: lorsque les messages verbaux et non-verbaux sont contradictoires, le récepteur **tend à croire le message non-verbal**

COMMUNICATION: ANESTHÉSIOLOGIE

- **Écouter**: ce n'est pas: rester tranquille en attendant notre tour de parler
- La majorité des gens: **Plus facile de parler que d'écouter**
- Une **relation de pouvoir** tend à accentuer ce phénomène (**à éviter**)
- Tenter de **focuser sur le patient**

COMMUNICATION: ANESTHÉSIOLOGIE

- Encourager le patient à parler
- Si le patient s'exprime librement: écouter et maintenir contact visuel, hochement de la tête et interjection
- Sinon répéter la dernière phrase du patient et vérifier si vos dire sont exacts. Faire des résumés. Et même, le silence peut parfois être utile.
- Attention: types de questions utilisées: ouverte, fermée, séquentielle, directive

COMMUNICATION: ANESTHÉSIOLOGIE

- Méthodes utiles pour rendre une entrevue médicale inutile ou inefficace: **juger, critiquer ou ridiculiser le patient sont à éviter**
- Plutôt accepter le point de vue , les croyances les différences culturelles du patient. **OUVERTURE D'ESPRIT**
- Éviter le détachement professionnel. SVP de **l'EMPATHIE**

COMMUNICATION: ANESTHÉSIOLOGIE

LES MAUVAISES NOUVELLES:

- Soyez conscient de vous-même
- Peu importe quels sont vos sentiments il est important de ne pas les laisser interférer avec ce que vous avez à faire bien que parfois l'anxiété tend à nous le faire faire
- Évaluer rapidement le niveau socioculturel des gens et tenter de connaître leurs valeurs , préférences et attitudes
- **Mentionner les faits**, ce n'est pas le temps des présomptions
- **DIRE la VÉRITÉ. Ne tenter pas de cacher quelque chose**

Habiletés de communication

- reliées au contenu: le quoi
- reliées au processus: le comment
- reliées à la perception: le ressenti, (jugement)

Les six principes généraux de la communication

- La **rétroaction** en fait partie intégrante
- Elle comporte une **cogestion du dialogue**
- Il est **impossible de ne pas communiquer**
- La communication interpersonnelle est **irréversible**
- La communication est un **processus complexe**
- La communication est **contextuelle**

La rétroaction en fait partie intégrante

- Dans un dialogue, chaque production verbale est une production originale mais également est une rétroaction au tour de la parole précédente
- Chaque interlocuteur exerce une influence sur l'autre grâce à la rétroaction
- C'est comme dans un band: **chacun joue en s'accordant sur l'autre**

Cogestion du dialogue

- Il est nécessaire d'**assurer** un certain degré de **coordination et de cohérence**
- Il y a **toujours un certain degré d'asymétrie** entre les interlocuteurs
- Les **interlocuteurs cogèrent** le sens, la compréhension et le déroulement des conversations
- **Ne pas tenir compte des réactions de son vis-à-vis** peut, dans le pire, mener à la rupture de la communication et **marquer la fin de l'entrevue**
- Le sens n'est pas le fruit d'une production individuelle: l'esprit (MIND) n'est pas seulement dans le corps de l'individu mais aussi à l'extérieur (**MONDE SOCIAL**)

Impossibilité de ne pas communiquer

- On n'entend pas les intentions de son interlocuteur, mais seulement ses paroles.
- Les mots ont de multiples sens: selon, le contexte et les interprétations précédentes que l'on en a fait
- Le sens n'est donc pas figé, il est construit et sans cesse reconstruit par l'interlocuteur

La communication: est irréversible

- On ne peut retirer ses paroles une fois qu'elles sont exprimées
- On peut toujours recourir à des artifices p.e. «oubli ce que j'ai dit» « je me suis trompé» ou «n'en tiens pas compte», mais si l'autre a entendu les paroles, l'information transmise pourra influencer son comportement ultérieur
- C'est donc une structure hélicoïdale: qui revient sur elle-même tout en avançant

Communication: Processus complexe

- L'individu s'insère dans une structure sociale qui définit pour lui avec qui il peut communiquer et de quelle manière
- On communique toujours en tenant compte des perceptions qu'on a de l'autre et des perceptions qu'on a des perceptions de l'autre a notre égard
- Deux interlocuteurs ne partagent pas tout à fait le même usage des mots
- **La simplicité de la communication n'est qu'illusion**

La communication est: contextuelle (4 contextes)

- **Psychologique:** on ne peut se parler et se comprendre qu'à partir de ce que l'on est: nos besoins, nos valeurs, nos attitudes, nos rôles, notre estime de soi, nos connaissances.
- **Relationnel:** La production verbale et son interprétation dépendent de la relation entre les interlocuteurs. (son histoire, son type, sa durée et le degré de confiance mutuelle.

La communication est: contextuelle (4 contextes)

- **Situationnel:** Les mêmes personnes n'échangeront **pas les mêmes propos dans des situations différentes.** (la suggestion de faire de l'exercice est une prescription en consultation et n'est qu'un simple conseil dans une discussion de salon)
- **Socioculturel:** **Premier point de repère** qu'on utilise en présence d'un inconnu. **Je m'adresse à qui?** On doit adapter notre manière d'agir selon le rôle tenu par son interlocuteur

Exercice

- **Quelles sont les différences entre la communication dans un contexte social/interpersonnel & celle dans un contexte purement professionnel ?**

Communication vs relation

- La communication est à la relation ce que la grammaire est à l'écriture
- Il ne peut y avoir de relation sans communication...
- Le type de communication détermine la nature de la relation
- La relation désigne le rapport mutuel qu'entretiennent deux ou plusieurs individus...
p.e. conjugale, familiale, professionnelle,
patron- résident, médecin- patient

Communication professionnelle

- Relation type service. Donc un demandeur et un fournisseur
- Il y a 3 fonctions:
 - Recueillir l'information pour arriver à un Dx
 - Établir une relation de service et de soutien fondée sur la CONFIANCE
 - Communiquer l'information au sujet du plan de traitement, éduquer et motiver le patient

Communication professionnelle

- Ne jamais oublier que le patient vient consulter le professionnel: un médecin
- Il ne vient pas voir Pierre, Jean, Jacques, Hélène ou Ginette
- **L'apparence: le rôle des repères visuels:**
Blouse blanche
Stéthoscope
«Le code vestimentaire»

Communication professionnelle

- «Code vestimentaire»
- La personne représente une institution
- On doit viser à heurter le moins de personnes possibles par son apparence
- Signalisation: offrir des signes distinctifs qui aident les patients à identifier le médecin

Communication non verbale

- **Position du corps:** S'asseoir plutôt que de rester debout si possible
- **Expression faciale:** Adopter une expression ouverte. Éviter de froncer les sourcils.
- **Contact visuel:** Prêter attention à la **distance** verticale et horizontale entre soi et le patient, afin de maintenir un contact visuel. **Garder le contact visuel** en parlant.
- **Contrôle vocal:** Ajuster le timbre de la voix. Toujours parler avec un **débit qui donne le temps au patient de bien comprendre le message**

Communication verbale

- **Écoute active:**

pour écouter il faut garder le silence.

CONSISTE SIMPLEMENT À SE TAIRE

Pour bien entendre, il faut d'abord écouter

Communication verbale

- **Les facilitateurs:**

technique qui favorise la participation de l'interlocuteur.

une invitation à développer, à donner des détails, à préciser

par un sourire, un hochement de la tête, une interjection «Hum! Hum!»

Une invitation à poursuivre: « continuez», « et ensuite», « je vous écoute, pouvez-vous m'en dire plus»

Communication verbale

● Les questions:

- Doivent être **claires et directes**
- Doivent comporter **un seul objet** à la fois
- Doivent **éviter les suggestions en série**
- Doivent **tenir compte des propos précédents** de l'interlocuteur
- Type **«pourquoi?»**: invitent à donner une réponse de type explication, justification, rationalisation
- Type **«comment?»**: se rapportent aux faits, à leur enchaînement, à leur importance. Bref elles donnent plus facilement accès aux symptômes.

Communication verbale

Question ouverte:

- Votre **première arme** à utiliser en entrevue
- Elle est **générale et non directive**
- **Invite l'interlocuteur à poursuivre**, à expliquer, à donner des détails
- **Stimule l'échange**, facilite la contextualisation de l'information
- **Essentielle** dans l'exploration de la sphère psychosociale
- Sous groupe: qui? Quoi? Quand? Comment? Où? Servent à décrire les caractéristiques des symptômes et à préciser les antécédents

Communication verbale

Questions fermées:

- Plus directives
- Limitent à des **réponses fermées et courtes**. Pe oui, non, toujours, jamais, peut être
- **Utile pour compléter les antécédents** et la revue des systèmes
- **Utile pour contenir un patient loquace** et à encourager un patient réservé
- Inconvénient: risque de créer un climat qui ressemble davantage à un interrogatoire qu'à un entretien. De plus, a l'effet pervers de forcer une précision et d'obtenir des informations erronées

Communication verbale

- **À ÉVITER:**

- Questions de type Pourquoi?
- Questions à multiples facettes
- Questions suggérant des réponses par l'inclusion d'un qualificatif, (la douleur est-elle si difficile à supporter); qui suggère une réponse par l'inclusion de la forme négative, (vous n'avez pas de ...)

Communication verbale

- **Énoncés de clarification:**
- Permettent au médecin de lever toute ambiguïté et de s'assurer que le patient et lui parlent de la même chose
- Qu'entendez-vous par...
- Je ne suis pas certain de bien comprendre ce que vous voulez dire par... pouvez-vous me l'expliquer à nouveau?

Communication verbale

Énoncés de vérification-synthèse:

- Une des stratégies les plus puissantes pour la collecte d'information
- Les énoncés prennent la forme d'un résumé descriptif des propos du patient
- Devrait être utilisé quand on a l'impression de ne pas comprendre ou on n'arrive plus à suivre l'idée du patient

Communication verbale

Énoncés de vérification-synthèse:

- Permet de revoir ce qui a été dit et dégager les points qui restent à préciser
- Vérifier la justesse de ce que l'on a compris
- Exprimer son intérêt pour le patient
- Donner l'occasion au patient de participer à la discussion
- Faciliter la transition d'une partie de l'entrevue à une autre
- Précieuse dans les interactions avec des patients d'origine culturelle autre que celle du MD

Communication verbale

Énoncés d'entretien:

- Énoncés qui ont pour but de commenter le processus de l'entrevue, i.e. ce qui est en train de se passer entre le médecin et le patient
- Permet d'explicitier des transitions au cours de l'entrevue
- Indique au patient que le médecin le prend en considération dans le processus

Communication verbale

Énoncés d'entretien:

- **Orienter ou rediriger la consultation:**
Maintenant, je vais examiner...
- **Annoncer un changement de style de question:** J'ai besoin de vous poser une série de questions très précises...
- **Présenter une recommandation difficile:** Je sais que vous n'aimez pas prendre des médicaments mais...
- **Souligner un différend**

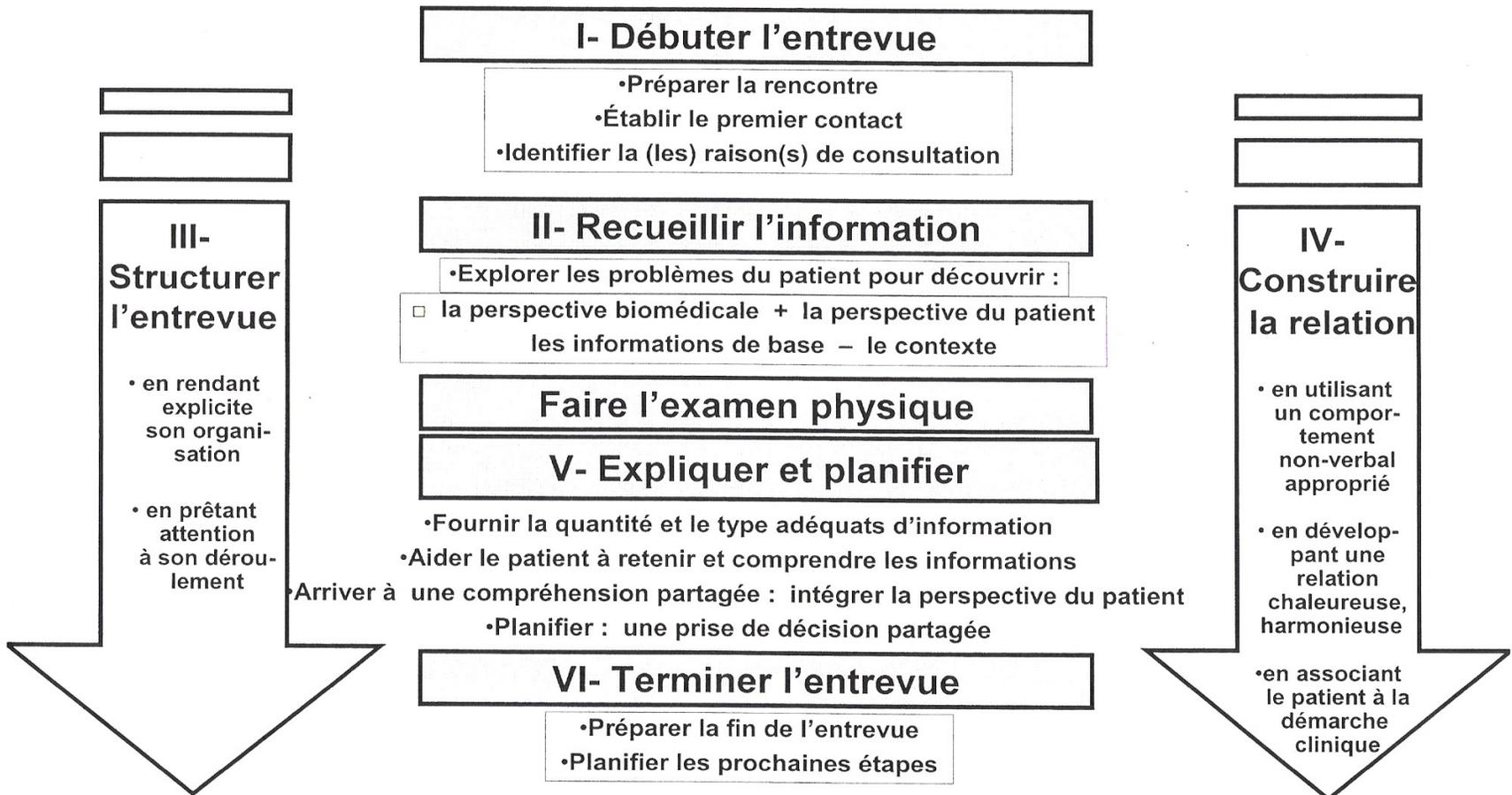
Communication verbale

Interruptions et redirections:

- L'interruption , utilisée avec tact et au bon moment, peut être très efficace pour garder l'entrevue centrée sur le problème malgré les contraintes de temps
- **Effet: couper la parole** à l'interlocuteur
- Utilisation **non justifiée**= effet **néfaste**=
ÉVITER
- **Utilisation salutaire: si le patient se perd dans le superflu**

Guide Calgary-Cambridge

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale



Guide Calgary-Cambridge

- **Pourquoi?**
- Des stratégies d'enseignement peuvent modifier en profondeur les connaissances, les compétences et les attitudes des étudiants en matière de communication
- L'expérience (répétition) peut être un piètre enseignant
- En général, nous sommes de pauvres juges de notre propre communication

Guide Calgary-Cambridge

- L'apprentissage constitue un processus de répétition où l'étudiant maîtrise d'abord des habiletés de base, qu'il a ensuite l'occasion de les appliquer à plusieurs reprises dans des situations de plus en plus complexes.
- Cinq composantes essentielles à l'apprentissage de cette compétence:
 - a- connaissance du répertoire des habiletés de base
 - b- l'observation des apprenants en interaction avec des patients
 - c- rétroaction constructive, descriptive et détaillée
 - d- mise en pratique des habiletés
 - e- approfondissement des habiletés

Guide Calgary-Cambridge

- Sept tâches inhérentes à l'entrevue:
- Six tâches communicationnelles:
- Deux transversales (durant toute l'entrevue)
- Quatre séquentielles
- + examen physique
- Chaque tâche a ses propres objectifs qui expliquent les actions que le MD doit faire
- Chacun des objectifs comporte lui aussi un ensemble d'habiletés communicationnelles qui s'y rattache

Guide Calgary-Cambridge

- Est un outil de référence
- Basé sur des données probantes
- Permet d'enseigner et d'apprendre la communication
- Identification des habiletés fondamentales
- Observation
- Rétroaction

Déterminer les motifs de consultation

- Le quoi?: faire la liste des motifs de consultation. Qu'est-ce qui vous amène? Et ne oublier Y a-t-il autre chose?
- Discuter avec le patient de leur priorité
- Le pourquoi? Pour organiser la rencontre; pour gérer le temps efficacement; pour éviter les questions de poignée de porte; pour éviter les frustrations md-patient

Contrôle du début de l'entrevue

- MDs interrompent ou redirigent rapidement le discours des patients après le début de l'énoncé des RC:
- Après 18 sec. Beckman & Frankel, 1984
- Après 23.1 sec. Marvel & al. 1999
- Une fois interrompus, la grande majorité des patients ne complètent pas leur énoncé des RC.

Contrôle du début de l'entrevue

- Temps pris par les patients pour énoncer leur RC en début d'entrevue:

Tmoyen en parole spontanée: 92 sec

Tmédián: 59 sec

Langewitz et al, 2002

Contrôle du début de l'entrevue

- RC tardives plus fréquentes si les patients n'ont pas l'occasion de compléter leurs RC.
34.9% VS 14.9%
- Pas de variation de durée de l'entrevue en fonction de l'expression complète ou non des RC.
15 min 18 sec VS 14 min 52 sec, $p=0.8$

Marvel et al, 1999

Rencontre de deux perspectives

- **Perspective patient:** ses idées, ses croyances, ses émotions, ses craintes, ses attentes, les impacts sur sa vie. (ses malaises)
- **Perspective médecin:** anamnèse, examen physique, les bilans et investigations, les diagnostics cliniques. (la maladie)
- **Intégration des deux perspectives,** explication et plan de solution, et ensuite des décisions discutées et partagées

Comprendre la perspective-patient

- **Créer un climat de confiance:**

Mise en place d'un environnement facilitateur

Respect de la confidentialité et de la dignité

Montrer du respect et de la bienveillance

Être attentif au non verbal du patient

Savoir utiliser l'écoute attentive, la facilitation, les questions ouvertes et le silence

Démontrer de l'empathie et gérer les émotions

Utiliser les résumés et les annonces de transition

Expliquer et planifier

- Donner une opinion professionnelle sur mesure, bien adaptée au patient
- Opinion appuyée sur les divers éléments de l'anamnèse et de l'examen (en créant des liens)
- Vérifier la disposition du patient avant de faire vos recommandations
- Expliquer en petite séquence
- Organiser l'information: Tx pharmacologique ou non pharmacologique

Expliquer et planifier

- Favoriser la participation du patient
- Vérifier ce qu'il sait déjà
- Vérifier si le message est compris
- Offrir du matériel écrit ou autre pour renforcer le message (feuillets explicatifs, bandes vidéos)

Terminer l'entrevue

- Préciser le suivi
- Informer des délais prévisibles pour les résultats de tests et des traitements
- Indiquer comment les résultats des tests seront transmis
- Vérifier s'il reste des questions

Grille Calgary- Cambridge

- Une grille d'observation des entrevues qui offre une liste des comportements observables et un vocabulaire commun
- On peut l'utiliser pour évaluer en partie ou en totalité. On n'a qu'à choisir des sections de la grille qui correspondent à ce que l'on veut évaluer

Le bon feedback

- Constructif
- Immédiat
- Spécifique
- Répété

Le feedback classique

- **Avant le feedback (rétroaction):**
 - Créer un bon climat
 - S'entendre sur le sujet du feedback
 - Bien observer et si nécessaire prendre des notes

Le feedback classique

- **Pendant le feedback:**
 - Débuter par l'autoévaluation de l'étudiant
 - Vérifier que l'entente de départ a été perçue et acceptée
 - Les éléments positifs toujours en premier
 - Être bien descriptif, bien préciser ce qui a été observé
 - Baser sur la performance et le processus
 - Utiliser le «je»
 - Renforcer les éléments positifs
 - Procéder à petites doses

Le feedback classique

- **Après le feedback:**
- Obtenir l'opinion de l'étudiant sur le feedback
- Établir un nouveau contrat pédagogique

Habiletés de communication

- Améliorer ses performances en s'exerçant et en s'observant
- La communication professionnelle est une compétence complexe essentielle qui nécessite l'intégration du contenu et du processus de l'entrevue
- On doit éviter le clivage clinique-communication
- Renforcer un apprentissage constant

CONCLUSION

- Dans toute démarche clinique, il est essentiel d'intégrer le raisonnement clinique et la communication
- Dans la démarche clinique il est important de porter une attention particulière: aux éléments factuels à découvrir (CONTENU) et aux habiletés à utiliser (PROCESSUS)

CONCLUSION

- Afin d'assurer les aspects processus et contenu, les médecins qui supervisent doivent:
 - a- avoir une connaissance du guide de référence
 - b- avoir une maîtrise du vocabulaire
 - c- avoir une expertise pédagogique