



Communiquer avec le patient

Une compétence à remettre cent fois sur le métier!

Une relation de qualité avec le patient ne peut s'instaurer que par le biais d'une communication efficace et nuancée, adaptée aux situations individuelles, souvent chargées émotionnellement. Au CHUV, les compétences communicationnelles peuvent être remises à jour grâce à une formation recourant aux patients simulés.

FABIENNE TEIKE LÜTHI
SERGE GALLANT

QU'IL s'agisse d'accompagner le patient dans une situation complexe de soins, de négocier avec les collègues un projet thérapeutique suscitant un désaccord ou de réaliser l'évaluation d'un étudiant au parcours tumultueux, la communication n'est pas seulement au cœur de l'activité infirmière: elle re-

présente son principal outil de travail. Bien qu'enseigné en formation pré graduée aux futures professionnelles, l'art subtil de la communication qui se veut efficace s'apprend, trop souvent, au détriment de la relation avec le patient. S'appuyant sur cette réalité quotidienne de l'activité infirmière, le Service de la formation continue de la Direction des soins du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) propose au per-

sonnel infirmier un dispositif de formation original intégrant la pratique simulée et l'analyse de l'activité. Cet article décrit les avantages et les limites de cette expérience pilote de formation.

Nouvelles modalités pédagogiques

«On ne peut pas ne pas communiquer». Cette célèbre phrase de Watzla-

wick est bien connue des infirmières. En effet, la communication verbale et non verbale est la base de toute relation et par là même un des fondements du soin. L'interaction soignant-soigné mérite une attention de tous les instants. Chaque infirmière a bénéficié d'une formation initiale dans le domaine. Cependant, il semble indispensable, dans un parcours professionnel enrichi d'expériences communicationnelles plus ou moins satisfaisantes, de revisiter les croyances, les représentations et les connaissances sur lesquelles s'appuient les infirmières pour mettre en œuvre leur principal outil de travail. Fort de plusieurs années d'expérience dans ce domaine d'enseignement, le Service de la Formation Continue de la Direction des soins (SFC) du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) propose un dispositif original de formation à la communication et à la relation d'aide en recourant à de nouvelles modalités pédagogiques: la pratique simulée et l'analyse de l'activité.

Du concept à la pratique simulée

Précursor de la pratique simulée, Erickson affirme que: «l'apprentissage par l'expérience est bien plus éducatif que l'apprentissage conscient. On peut apprendre tous les mouvements de la natation à plat ventre sur un tabouret de piano. On peut déterminer son rythme, sa respiration, les mouvements de la tête, des bras, des pieds, etc. Mais une fois dans l'eau, on ne sait plus que patauger comme un chien.

Il faut apprendre à nager dans l'eau. Quand on a appris ça, on a vraiment

«Si vous ne vous sentez pas reconnu, dites: de toute façon vous ne comprenez rien.»

apris quelque chose». Transposé au développement de la compétence en relation d'aide, l'apprentissage en «situation réelle» bouscule certains principes éthiques fondateurs de la profession infirmière, dont celui de donner des «soins sécuritaires bienfaisants et non maléficiants». Complémentaires à l'enseignement clinique, d'autres dispositifs d'apprentissage dans lesquels l'erreur constitue une réelle occasion d'apprendre, méritent d'être explorés pour permettre d'avoir à la fois un pied dans l'eau et l'autre sur la berge.

Du côté des enseignants, la pratique simulée permet d'utiliser des outils pédagogiques spécifiquement adaptés aux objectifs d'apprentissage et représente un moyen d'évaluer les compétences de façon équitable. Dans le domaine de la communication, la pratique simulée est déjà utilisée depuis longtemps en particulier dans le développement de compétences communicationnelles en oncologie.

Visant la compétence de conduire un entretien de relation d'aide structuré avec un patient, ou ses proches, en situation émotionnellement difficile, le module de 4 jours mis en place au SFC inclut 2 ateliers pratiques. Le premier atelier est consacré à la réalisation d'une simulation.

Premier atelier

Préalablement à l'atelier, la pratique simulée demande la réalisation de différents scénarios intégrant un maximum de contraintes du «réel de l'activité». Pour que la situation virtuelle puisse être dépassée, les scénarios¹ doivent être réalisés par une enseignante-infirmière (ci-après enseignante) connaissant bien les milieux professionnels dans lesquels exercent les participants. Il est alors nécessaire de rencontrer d'autres experts pour valider la pertinence du scénario. Le scénario «Lelouchien» donne au patient simulé (PS)² des éléments anamnestiques bio-psychosociaux et la tonalité émotionnelle attendue comme l'agressivité, le cynisme, le désespoir etc. Ne pouvant orienter qu'une partie des répliques, celles du PS, l'enseignante-infirmière, à la ma-

Pratique simulée

Une technique d'imitation

La pratique simulée peut être définie comme une technique d'imitation faisant «paraître comme réel ce qui ne l'est pas». La littérature concernant la pratique simulée est en constante expansion. Entre 1993 et 2003, le nombre d'articles répertoriés annuellement sur ce thème est passé de 100 à 600. L'absence d'études randomisées ou de revues systématiques dans ce domaine ne permet pas de l'ériger au niveau d'une pratique exemplaire. Néanmoins, les experts mettent en évidence les possibilités offertes par la pratique simulée, dont quelques unes sont rappelées ici: sensibiliser les apprenants à la complexité des situations cliniques; travailler les compétences relationnelles; favoriser le renforcement de la pensée critique, du jugement clinique et de la prise de décision; offrir un environnement sûr et peu angoissant qui permet d'apprendre de ses erreurs; augmenter le sentiment de confiance et la satisfaction pour les personnes en formation.

¹ Par exemple: patient atteint d'un cancer métastatique apprenant le décès d'un ami; jeune fille amputée du membre inférieur se sentant abandonnée par ses proches; mari d'une patiente atteint d'une sclérose latérale amyotrophique, hospitalisé pour une pneumonie, voulant la reprendre à la maison contre avis médical.

² Le patient simulé est une personne formée à entrer dans le rôle d'un patient en fonction d'un scénario donné, pour donner la réplique à des soignants en formation. Pour ces ateliers, une collaboration avec la responsable des patients simulés de l'UNIL, Mme Nathalie Fleggenheimer a été instaurée. Un projet de création d'un centre de pratique simulée est en cours: www.c4vaud.ch

nière d'un metteur en scène, fait répéter le PS afin qu'il atteigne la justesse émotionnelle et relationnelle désirée. Proche de l'improvisation, le PS doit savoir comment faire évoluer l'entretien. Il reçoit des consignes du type: «si après 2 minutes vous ne vous êtes pas senti reconnu dans votre émotion, vous dites «de toute façon vous ne comprenez rien»». A l'inverse, s'il se sent entendu, le PS doit changer de registre émotionnel pour permettre à l'infirmière d'explorer avec lui sa problématique.

Chaque atelier regroupe au maximum six participants afin de favoriser un climat de confiance qui permette de prendre le risque de mener un tel entretien devant le groupe. A tour de rôle, chaque participant réalise un entretien filmé de dix minutes maximum. Après huit minutes, un signal est donné pour que l'entretien puisse se conclu-

Evaluation

Mieux-être au travail

A ce jour, 40 infirmières ont participé à ce module de formation continue. La majorité des professionnels qui participent à ce cours expérimente, lors du premier atelier, un stress qu'elle lie principalement au fait d'être observée dans une activité habituellement réalisée à huis clos. Cette mise à l'épreuve les entraîne dans une *zone de risque* favorable à l'apprentissage, tout en limitant la *zone de panique*⁴. Bien que la pratique simulée donne l'impression d'un jeu, les participants disent se sentir «pris dans la relation» comme en situation réelle. Selon leurs dires, les ressources qui s'expriment alors ne diffèrent pas de celles qu'ils peuvent mobiliser en situation réelle.

L'entre-deux ateliers est vécu par la plupart des professionnels comme une étape difficile, leur image les confrontant à une manière de faire, verbale et non-verbale, qu'ils n'identifiaient pas jusqu'alors. De façon générale, le premier regard qu'ils portent sur leur prestation est critique sans pour autant être néfaste. Le fait de pouvoir réaliser ce visionnement dans un cadre choisi par eux est apprécié. Les participants relèvent que la consigne d'identifier une séquence interpellante leur permet de se distancer de l'émotion pour entrer dans une dimension plus réflexive.

Selon les participants, le second atelier permet de faire de nouvelles prises de conscience sur les représentations et valeurs qui guident leur action. «L'Eurékâ», cher à De la Garanderie, s'exprime souvent au cours de l'explication réalisée durant l'auto-confrontation. Les infirmières estiment qu'elles bénéficient du regard croisé porté par le groupe, car les hypothèses émises, bien que difficiles à formuler, leur montrent que leurs stratégies d'action peuvent faire l'objet de lectures multiples. En améliorant leur compétence pour réaliser une activité pour le moins impliquante, les infirmières reconnaissent que cela contribue à leur mieux-être au travail, facteur indispensable pour la promotion de leur santé.

re. Les vingt minutes suivantes sont consacrées au «feed-back» durant lequel le participant relève son ressenti, ses ressources et ses difficultés. Puis le PS exprime, en tant que patient, ce qu'il a perçu comme aidant et ce dont il aurait aimé bénéficier. Enfin, chaque personne du groupe commente la scène selon la technique du «biscuit au citron»³. Tout au long de ce processus, l'enseignante garantit le respect du cadre, tant au niveau de la temporalité que de la qualité bienveillante des échanges. Par ailleurs, elle favorise l'alternance intégrative, en proposant une réflexion s'appuyant sur les cadres théoriques abordés durant les premiers jours du module. L'exploitation de la pratique simulée suppose une étape supplémentaire, celle d'un retour réflexif sur l'expérience vécue. Celle-ci est proposée, à distance d'au moins deux semaines, lors du second atelier qui se déroule sans PS.

La pratique réflexive

La métaphore couramment utilisée par Le Boterf pour définir la réflexivité est «marcher et se regarder marcher». Cet exercice périlleux et pour le moins artificiel suppose un encadrement rigoureux de la démarche. En proposant de revenir sur l'expérience vécue, l'explicitation, la conceptualisation et le retour à la pratique, la boucle d'apprentissage expérientielle (BAE) offre des balises utiles à une telle démarche. Contrairement à l'usage qui en est couramment fait, la réflexivité ne vise pas à traquer l'erreur. Elle offre la possibilité de (re)visiter

«L'évaluation est le rapport que chacun entretient avec les valeurs sociales reçues, apprises.»

ter les représentations qui guident l'action des professionnels. Vial nous rappelle que l'évaluation est «le rapport aux valeurs, le rapport que chacun entretient, sciemment ou non, avec les valeurs sociales, reçues, apprises». Souscrire à cette définition suppose d'accepter que l'enjeu de la professionnalisation consiste à accompagner l'évolution de ce rapport aux valeurs. Ce processus réflexif exclut le jugement entre le juste et le faux, et doit favoriser la délibération autour des valeurs présentes dans l'activité. Pour favoriser ce travail autour des valeurs, le formateur doit adopter une posture cohérente, qui selon nous est favorisée par la clinique de l'activité. Pour Clot, le travailleur, dans la réalisation de sa tâche, «réussit malgré tout». Cela suppose que l'activité réellement accomplie (le réel de l'activité) résulte des choix que le professionnel opère entre ce qu'il pense devoir faire – son style –, la façon dont il pense que ses collègues réalisent la tâche – le genre –, et les attentes qu'il perçoit de sa hiérarchie et de son institution. Cela fait dire à Clot que le réel de l'activité

est empreint d'activités empêchées. Nous postulons que ces activités empêchées sont autant de valeurs professionnelles et personnelles louables qui, mises en tension, sont priorisées pour «réussir malgré tout». L'utilisation de la boucle d'apprentissage expérientielle doit faire émerger ces valeurs et permettre au participant de reconnaître, le cas échéant, une représentation récurrente qui guide son action.

L'entre-deux ateliers

Entre les deux ateliers, le participant reçoit par courrier une copie du support audio-visuel et des consignes lui permettant de se préparer au second atelier. Il lui est demandé de visionner l'entretien réalisé avec le patient simulé et d'identifier une séquence durant laquelle sa manière de faire l'interpelé. De cette façon, l'infirmière est obligée non seulement de se regarder faire, mais de multiplier les visionnements.

³ Il s'agit d'un retour construit sur un mode doux-acide-doux, qui favorise la réception d'une critique constructive sur un point à développer, puisqu'elle est enrobée d'atouts (C. Layat-Burns, HECV santé). Il est demandé, pour cette formation, un feed-back qui doit relever ce qui est constructeur de la relation, puis ce qui pourrait être développé et enfin, sur quelle ressource-compétence, particulièrement bien maîtrisée pendant l'entretien, le participant peut s'appuyer.

⁴ Selon Senninger (2000), pour espérer apprendre, l'élève devra sortir d'une zone de confort – son activité de routine – où il ne peut pas apprendre, pour aller affronter un problème – c'est là qu'est le risque – dans une zone instable où l'apprentissage peut se développer.

Ceci lui permet, selon nous, de dépasser l'image pour aller dans l'activité.

Second atelier

Présentée au groupe, cette séquence constitue l'étape «expérience vécue» de la boucle d'apprentissage expérimentuelle.

Pour la phase d'explicitation, une forme d'auto-confrontation est réalisée entre l'infirmière et l'enseignante devant le groupe astreint au silence. Ensuite, le groupe formule des hypothèses sur les représentations influençant selon lui l'action. Au delà des quatre sources de tension nommées par Clot, il importe que l'enseignante soit le relais des valeurs propres à la discipline infirmière. L'infirmière reste alors silencieuse.

Pour la phase de conceptualisation, l'infirmière valide ou non les hypothèses formulées par le groupe et y ajoute ses propres réflexions. La tâche de l'enseignante consiste à réaliser une médiation entre l'infirmière et ses représentations. En cela, son activité est davantage de questionner que d'apporter des réponses. L'enseignante doit pour cela résister à un piège, celui de trouver une solution immédiate. Le travail sur les valeurs et les représentations s'inscrit dans la durée et échappe au pouvoir tout puissant fantasmé par le maître.

Toutefois, en fonction des éléments retenus par l'infirmière, des pistes d'exploration tant théoriques que pratiques peuvent être formulées par l'ensemble du groupe. Ces propositions ne visent pas directement le changement de pratique. Elles prétendent, modestement, permettre à l'infirmière d'être en éveil et d'être éclairée différemment lors d'une prochaine activité similaire.



Les ateliers permettent de faire de nouvelles prises de conscience sur les représentations et valeurs qui guident l'action des infirmières.

Photos: CEMCAV/Willy Blanchard

Bénéfices réels

S'il va de soi que la simulation est pertinente lors de l'apprentissage initial du métier, elle représente un risque important pour des professionnels en activité. En effet, cette démarche réflexive suppose que ces professionnels puissent entrer dans une démarche d'actualisation de leurs compétences communicationnelles. Notre expérience confirme que l'apprentissage n'est possible que si le cadre sécuritaire et bienveillant est assuré par l'enseignante. Le type d'animation qu'elle propose doit démontrer l'exemple d'une bonne pratique communicationnelle.

Le bénéfice observé tant du point de vue des participants que des organisateurs, soutient le développement d'un processus de formation et de validation continue de la compétence communicationnelle, à l'instar d'exigences de re-certification dans le domaine de la réanimation (Basic Life Support).

Contrairement à ce que nous apprêhendions, cette formation répond d'une part à un réel besoin d'apprentissage pour des infirmières expérimentées et, d'autre part, suscite un intérêt marqué pour cette pratique si-

mulée alors que le «vrai patient» est accessible au quotidien. □

Fabienne Teike Lüthi est infirmière clinicienne chargée de formation; **Serge Gallant** est adjoint de la Direction des soins, responsable de service, Service de la formation continue de la Direction des soins, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Contact: Fabienne.Teike-Luethi@chuv.ch; Serge.Gallant@chuv.ch

Voir également sous www.c4vaud.ch, site du Centre Coordonné de Compétences Cliniques.

Bibliographie

Kneebone RL, Nestel D, Vincent C, Darzi A. Complexity, risk and simulation in learning procedural skills. *Medical Education* 2007; 41(8): 808–14.

Razavi, D. et al. «Testing health care professionals' communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators.» *Psychooncology*; 9 (4) (2009): 293–302.

Clot, Y. Faïta, D. Genres et styles en analyse du travail: concepts et méthodes. www.ucm.es.
Le Boterf, G. Construire les compétences individuelles et collectives. 2010, Paris, Edition d'Organisation.

Vial, M. & Thuilier, O. L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital. 2003, Paris, Lamarre.

www.sbk-asi.ch

- Communication
- Patient simulé
- Formation continue