

Série sur le perfectionnement
de la méthodologie d'assurance de qualité

Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients

par

Bérengère de Negri

Lori DiPrete Brown

Orlando Hernández

Julia Rosenbaum

Debra Roter



Projet d'assurance de qualité
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
301/654-8338, FAX 301/941-8427
www.unc-chs.com



«*Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients*» a été mis au point par le Projet d'assurance de qualité dans le cadre de l'Accord coopératif avec l'Agence des Etats-Unis pour le développement international Numéro DPE-5992-A-00-0050-00 avec le Centre pour les services humains. Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs. Nous encourageons les lecteurs à envoyer leurs commentaires au Projet d'assurance de la qualité. Tous droits réservés© Centre pour les services humains (CHS), 1997

Remerciements

Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients



Le Projet d'assurance de qualité est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, Office de la santé et de la nutrition, Bureau des programmes mondiaux, dans le cadre de l'Accord coopératif Numéro DPE-5992-A-00-0050-00 avec le Centre pour les services humains. L'Ecole d'hygiène et de santé publique de l'Université Johns Hopkins et l'Académie pour le développement de l'éducation ont collaboré à ce projet avec le Centre pour les services humains.

Table des Matières

Partie 1

Un cadre conceptuel pour la communication interpersonnelle

I. Introduction	1
II. Données généraux	3
III. Pourquoi la communication interpersonnelle (CIP) est-elle importante?	4
IV. Quelles sont les caractéristiques d'une CIP efficace?	4
V. Directives et normes pour une CIP efficace.....	10
VI. Planifier et réaliser des activités de formation	16
VII. Etude de cas	21

Partie 2

Etude de cas

Egypte	23
--------------	----

Appendices

A. Aide professionnelle

B. Manuel de formation pour la CIP (Egypte)

C. Outils de collecte de données

Instrument 1: Le Systeme d'Analyse d'Interaction de Roster (SAIR)

Instrument 2: Liste de vérification pour l'observation des prestataires
de santé

Instrument 3: Questionnaire pour les médecins

Instrument 4: Interview à la sortie avec les patients (Trinité et Egypte)

Un cadre conceptuel pour la communication interpersonnelle



Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients

I. Introduction

Une communication interpersonnelle efficace (CIP) entre le prestataire de soins de santé et le client est l'un des éléments les plus importants pour améliorer la satisfaction du client, son adhésion au traitement et les résultats du point de vue santé. En effet, des patients qui comprennent la nature de leur maladie et son traitement et qui pensent que le prestataire se soucie de leur bien-être sont bien plus satisfaits des soins reçus et plus susceptibles de se conformer aux protocoles de traitement. Bien que l'on reconnaisse l'importance de la communication interpersonnelle, le sujet n'est pas toujours mis en exergue dans le cadre de la formation médicale.

Ces 30 dernières années, des investissements très importants ont été faits pour élargir l'accès aux services sanitaires de base dans les pays en développement. Toutefois, il existe relativement peu d'études qui se penchent sur la qualité des services fournis et encore moins qui étudient la qualité de la communication interpersonnelle.¹ La qualité de la recherche sur les soins qui a été réalisée indique que le counseling sanitaire et la communication prestataire-client sont peu développés dans tous les pays, régions et services sanitaires.² Même lorsque les prestataires connaissent les messages à communiquer, ils ne disposent pas des compétences interpersonnelles pour les communiquer le plus efficacement possible. Souvent, ils ne savent pas comment communiquer avec leurs patients. Alors qu'on reconnaît l'importance capitale de la communication face-à-face entre le client et le prestataire de services, il existe peu d'études rigoureuses de la communication sanitaire dans les pays en développement.³

Les faits sont là pour montrer les résultats sanitaires positifs liés à une communication efficace dans les pays industrialisés. La satisfaction des patients, le rappel de l'information, l'adhésion aux protocoles thérapeutiques et le fait de venir aux rendez-vous ainsi que des améliorations dans les indicateurs physiologiques tels que la tension artérielle et les niveaux de glucose sanguin et les mesures de l'état fonctionnel sont tous liés à la communication entre le prestataire et le client.⁴ Aussi, l'expérience du monde industrialisé montre que les prestataires peuvent améliorer leurs compétences interpersonnelles et obtenir de meilleurs résultats sanitaires. La recherche décrite ici essaye de voir si ces résultats sont valides et peuvent être reproduits dans les pays en développement.

¹ Roemer MI, Montoya-Aguilar C. Quality assessment and assurance in primary health care. Genève : Publication, offset de l'OMS, 1988.

² Nicholas DD, Heiby JR, Hatzell TA. The Quality Assurance Project: introducing quality improvement to primary health care in less developed countries. *Quality Assurance in Health Care* 1991, 3(3):147-165.

³ Loevinsohn BP. Health Education Interventions in Developing Countries: A Methodological Review of Published Articles. *International Journal of Epidemiology* 1990 Dec;19(4):788-794.

⁴ Hall J, Roter D y Katz N. Correlates of provider behavior: a meta-analysis. *Medical Care* 1988 26:657-675.

Mais une communication efficace ne se fait pas toujours naturellement et elle n'est pas non plus acquise aisément. Même lorsque le client et le prestataire viennent de la même région géographique et parlent la même langue, ils ont souvent des caractéristiques éducatives, socioéconomiques et culturelles différentes. Qui plus est, leurs attentes peuvent être différentes face à la rencontre qu'ils auront, ou ils peuvent faire face à d'autres problèmes, par exemple, le manque d'intimité lors de la rencontre ou des contraintes de temps suite à un nombre élevé de patients.

Une meilleure communication mène un dialogue approfondi qui encourage les patients à révéler un information d'importance critique sur leurs problèmes de santé, permettant ainsi aux prestataires de faire des diagnostics plus exacts. Une bonne communication renforce l'éducation et le counseling sanitaires, d'où des protocoles de traitement plus appropriés et une plus grande adhésion des patients à ce traitement. Une communication interpersonnelle efficace profite également à l'ensemble du système sanitaire car elle le rend plus efficace par rapport aux coûts. Aussi, les clients, les prestataires, les administrateurs et les décideurs ont-ils tous intérêt à ce que les interactions entre le prestataire et le client soient meilleures.

Cette monographie discute de l'importance de la CIP en tant qu'outil pour améliorer les résultats des soins de santé dans les pays en développement et décrit les techniques pour renforcer les compétences de communication des prestataires. Elle présente également une aide professionnelle et plusieurs instruments de collecte de données pouvant être utilisés dans divers contextes. Nos expériences sur le terrain au Honduras, en Egypte et à la Trinité, décrites dans le texte, montrent que les résultats des tests dans les pays industrialisés sont valides et peuvent être reproduits dans les pays en développement. Aussi, espérons-nous que nos résultats serviront de modèles utiles pour la mise en œuvre de futurs programmes de communication interpersonnelle et que la monographie aidera les responsables des politiques sanitaires et les praticiens intéressés à améliorer la qualité des soins de santé dans leurs établissements par le biais d'une communication interpersonnelle améliorée. La monographie peut servir de :

- ◆ vue d'ensemble pour une introduction aux compétences de communication entre le prestataire et le client
- ◆ cadre pour évaluer les compétences liées à la CIP
- ◆ guide pour mettre au point les activités de formation en matière de CIP
- ◆ ressource décrivant d'importantes expériences en matière de CIP dans des pays en développement choisis.

Chaque contexte de soins de santé demande des stratégies adéquates du point de vue contexte local et, par conséquent, le guide ne présente qu'un canevas général, laissant aux décideurs, aux responsables et aux prestataires des soins de santé le soin d'élaborer leurs propres analyses et interventions. Aussi, nous encourageons les lecteurs à modifier, le cas échéant, le contenu de la monographie et à élaborer des exemples pour la formation et autres interventions liées à la CIP qui sont appropriées localement.

II. Données générales

Les activités de recherche et de formation décrites ici ont été réalisées pour une équipe interdisciplinaire d'experts en prestation sanitaire, counseling, communication et formation sanitaires. Nous avons commencé par faire un examen de la littérature⁵ pour évaluer les connaissances actuelles en matière de communication entre les clients et les prestataires dans les pays industrialisés et en développement et pour identifier les questions d'importance critique qu'il faut traiter dans les pays en développement.

Suite à l'examen de la littérature, nous avons mis au point un ensemble de directives pour la CIP à l'intention des prestataires de soins de santé.⁶ Les directives s'inspirent de thèmes sur le counseling et la CIP trouvés dans la littérature professionnelle et des expériences de terrain interculturelles de notre équipe.

Après avoir préparé un ensemble préliminaire de directives, nous avons mis au point la forme et le contenu des ateliers de formation des prestataires en fonction de connaissances interculturelles de la CIP. Nous avons constaté qu'il existait, dans le monde entier, des problèmes de communication entre les prestataires et les clients et qu'on pouvait généraliser plusieurs principes d'une bonne communication. Les initiatives d'amélioration de la CIP pourraient reposer sur des principes universels afin de trouver des solutions efficaces qui tiennent compte des facteurs socioculturels locaux et des ressources disponibles.

Aussi, avons-nous testé sur le terrain notre matériel dans trois pays en développement. Nous avons collaboré avec des prestataires sanitaires locaux pour adapter les directives et l'atelier de formation en matière de CIP aux contextes socioculturels locaux. La collaboration au Honduras, à la Trinité et en Egypte nous a permis de perfectionner les directives et de tester nos méthodes de formation des prestataires concernant l'application des directives. Suivant chaque atelier, nous avons effectué des enquêtes d'évaluation et d'observation auprès des participants pour juger de l'efficacité de la formation. Nous avons constaté que les prestataires arrivent à améliorer les pratiques de la CIP en faisant de petits changements qui n'en sont pas moins importants et qui permettent d'arriver à une plus grande satisfaction de toutes les parties concernées.⁷ Les médecins étaient dans l'ensemble prêts à appliquer les compétences de la CIP une fois convaincus que l'utilisation des techniques n'allait pas rallonger la durée des visites médicales et que les compétences concrètes

⁵ Quality Assurance Project Working Group on Counseling and Health Communication «Annotated Bibliography» avril 1992, Bethesda, MS. (Voir Annexe F)

⁶ Il est important de reconnaître que les clients et les prestataires contribuent tous deux à une communication réussie lors du contact médical. Il serait possible d'intervenir sur l'un ou l'autre des côtés de cette relation mais nous avons choisi de nous concentrer sur les prestataires de soins de santé puisque la plupart ne disposent pas des compétences de communication essentielles qui leur permettraient d'assumer leurs responsabilités de manière plus efficace et rentable. Nous reconnaissons qu'il serait également important de travailler avec les clients des services de santé, de les mettre au courant de leurs droits, de les encourager à poser des questions et de leur fournir l'information essentielle qui leur permet de profiter pleinement du système sanitaire. De telles interventions n'entrent pas dans la portée de cette monographie mais sont des thèmes très importants que pourront traiter les chercheurs lors de travaux de recherche ultérieurs.

⁷ DiPrete Brown, Lori et al. «Training in Interpersonal Communication : An Evaluation of Provider Perspectives and Impact on Performance in Honduras» ; mars 1995 ; Projet d'assurance de qualité, Bethesda, MD. (Inclus ici en tant qu'étude de cas A).

pouvaient être acquises dans le cadre de brefs programmes de formation qui insistent sur les approches pratiques. Une description détaillée et l'analyse des trois programmes sont présentées par la suite.

III. Pourquoi la communication interpersonnelle est-elle importante?

La CIP est importante car elle mène directement à de meilleurs résultats sanitaires. Un chemin est clairement tracé reliant les processus, par exemple, la manière dont communiquent les prestataires de soins de santé, aux résultats immédiats, tels que la satisfaction et le rappel des patients, puis aux résultats finals, à savoir l'adhésion des clients aux protocoles de traitement et à de meilleurs résultats sanitaires. D'où l'importance que nous accordons à l'amélioration des compétences de communication des prestataires. La Figure 1 indique un système reliant les processus de communication aux résultats à court terme, intermédiaires et à long terme.

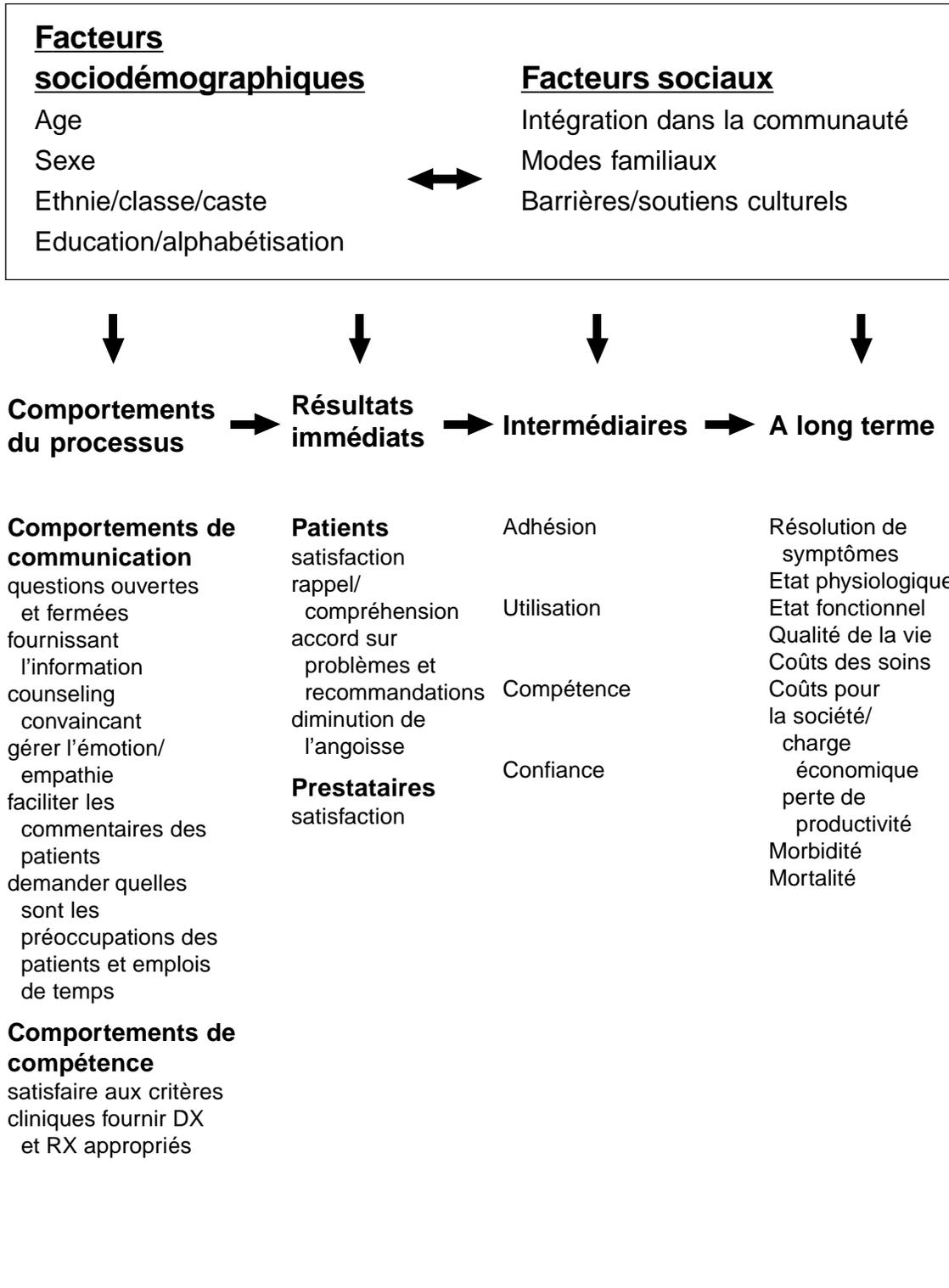
Tel qu'on peut le voir sur la Figure 1, le contexte de la communication est façonné par les caractéristiques sociodémographiques du patient et du prestataire ainsi que par l'environnement dans lequel se déroule la communication. L'âge, le sexe, le caractère ethnique et l'éducation des prestataires et des clients affectent la manière dont ils communiquent entre eux. D'autres facteurs, tels que le caractère de l'entretien, le temps prévu, le confort et la propreté de la clinique ainsi que le traitement des clients à partir du moment où ils arrivent à la clinique jusqu'au moment où ils rencontrent le prestataire peuvent également freiner ou renforcer l'interaction client-prestataire.

Si un grand nombre de ces facteurs sociodémographiques et environnementaux n'entrent pas dans le contrôle des prestataires, ces derniers peuvent pourtant améliorer leurs pratiques de la CIP dans leurs propres services en adoptant des comportements et des techniques spécifiques qui mènent à des résultats positifs bien distincts. Dans le court terme, une meilleure communication permet un diagnostic et un traitement plus efficaces des problèmes de santé ; dans le moyen terme, elle permet une plus grande adhésion aux programmes de traitement, une meilleure utilisation des services et un sentiment de connaissance et de confiance chez le client et le prestataire ; dans le long terme, elle permet de mieux soulager les symptômes, de mieux prévenir les maladies et de réduire les taux de morbidité et de mortalité. Dans certains cas, elle permet également de diminuer les coûts généraux des soins de santé.

IV. Quelles sont les caractéristiques d'une CIP efficace ?

La CIP est efficace lorsqu'elle aboutit aux cinq résultats suivants : 1) le patient donne suffisamment d'information sur la maladie pour permettre un diagnostic exact ; 2) le prestataire, en consultation avec le client, choisit un traitement approprié du point médical et qui est acceptable pour le client ; 3) le client comprend sa condition et le traitement prescrit ; 4) le prestataire et le client établissent un rapport positif ; 5) le client et le

Figure 1 : Cadre pour l'étude des effets de la communication des prestataires



prestataire sont tous deux engagés à assumer leurs responsabilités lors du traitement et des soins de suivi.

Toutefois, les résultats susmentionnés ne décrivent pas les étapes du **processus** de communication efficace. Ces étapes sont généralement les suivantes : créer un dialogue allant dans les deux sens, établir une relation de partenaire entre le patient et le prestataire, créer une atmosphère attentionnée, combler la distance sociale entre le prestataire et le client, tenir compte des influences sociales, utiliser efficacement la communication verbale et non verbale et donner tout le temps nécessaire aux patients pour qu'ils racontent leur histoire.

Dialogue allant dans les deux sens

Une bonne interaction interpersonnelle entre le client et le prestataire est, par définition, un processus allant dans les deux sens où les deux parlent et sont écoutés sans interruption, où les deux posent des questions, expriment leurs opinions et échangent des informations et où les deux sont capables de comprendre pleinement ce que l'autre essaye de dire.

Le prestataire et le client deviennent des partenaires

Les prestataires et les clients devraient prendre les services sanitaires comme un partenariat où chaque partie contribue pour maximiser les résultats finaux. Confiance, respect mutuel et prises de décisions conjointes augmentent les chances d'arriver à un résultat positif. Le prestataire et le client doivent réaliser que, même si le prestataire est l'expert médical, les deux sont responsables du résultat de leur interaction. Le patient doit apporter toute l'information pertinente, permettant ainsi au prestataire de déterminer un diagnostic et un traitement corrects ; le prestataire doit interpréter et analyser l'information reçue et expliquer efficacement au patient la condition et les options de traitement. Les deux devraient prendre des décisions sur les protocoles de traitement et le client devrait faire tous les efforts possibles pour adhérer au traitement prescrit et procéder aux changements nécessaires dans le style de vie que suppose le traitement. Les prestataires devraient encourager les patients à prendre un rôle actif dans leurs soins et traitements. Ils devraient encourager ces derniers à poser des questions lors des visites dans leur cabinet et devraient faire participer les patients à leurs propres soins de santé.

Une atmosphère attentionnée

Les patients doivent savoir que leur prestataire se soucie d'eux et qu'il s'est engagé à faire son possible pour qu'ils se sentent mieux. La communication verbale et non verbale aide le prestataire à communiquer intérêt et attention aux patients. Le fait d'être attentif, d'établir le contact visuel, d'écouter, de poser des questions avec délicatesse, de démontrer la compréhension et l'empathie sont autant d'attitudes faisant que le patient sent qu'il est important et qu'il en vaut la peine. Par ailleurs, si l'on est brusque ou si l'on semble occupé ou distrait, les patients ne se sentent pas à l'aise, ils sont anxieux ou craignent leur relation avec le prestataire.

Comblent la distance sociale

La distance sociale concerne les facteurs sociaux-culturels-économiques, faisant que les gens sentent qu'ils appartiennent à des classes différentes. L'éducation, la situation économique, la classe, la race ou l'ethnie, le genre et l'âge sont autant de facteurs qui peuvent rapprocher ou éloigner deux personnes. Par exemple, une paysanne analphabète et un jeune médecin de la ville très qualifié qui parlent la même langue et qui ont été élevés dans le même endroit n'en sont pas moins très éloignés socialement. Les clients arrivent à une visite médicale avec toute une série de caractéristiques émotionnelles, socioculturelles, économiques, éducatives et physiologiques qui affectent la communication. La distance sociale ne devrait pas entraver une bonne communication et les prestataires doivent réaliser qu'un grand nombre de personnes, même celles de leur propre cercle, risquent de ne pas parler la même «langue.» Aussi, devraient-ils chercher à combler toute distance sociale pouvant exister entre eux et leurs clients et à créer un dialogue ouvert, un partenariat et une atmosphère amicale. Les clients doivent également chercher à rapprocher la distance sociale en étant ouverts et communicatifs.

Réseaux sociaux

Les réseaux sociaux concernent les relations interpersonnelles qui lient les personnes entre elles. Généralement, les réseaux sociaux, qu'il s'agisse de la famille, des amis, des relations, des voisins et des collègues, influencent différemment - selon la personne et son environnement - le souhait et la capacité qu'a une personne de comprendre et d'adhérer aux conseils professionnels. Par exemple, dans certaines sociétés, c'est la mère ou la belle-mère qui prend les grandes décisions au sein de la famille élargie. Aussi, ne sera-t-il guère efficace d'enseigner à une jeune femme les avantages et les méthodes d'espacement des naissances si sa mère ou sa belle-mère est opposée à cette pratique. De même, dans un foyer où la femme fait à manger pour toute la famille, les recommandations nutritionnelles en vue de sa meilleure santé risquent de ne pas être appliquées si elles interfèrent avec les coutumes et les goûts culinaires de la famille.

Utilisation efficace de la communication verbale

La communication verbale concerne les mots écrits et prononcés pour communiquer les idées. Lors d'une rencontre sanitaire, le choix des mots utilisés par les clients et les prestataires influence grandement leur compréhension mutuelle. Le jargon médical qu'emploient les médecins pour décrire les symptômes et les traitements leur permet de communiquer clairement et de manière précise avec d'autres médecins. Mais l'utilisation de ces termes convient moins bien avec les patients car ceux-ci risquent de ne pas connaître les termes scientifiques et cliniques.

Les patients communiquent lors des visites médicales dans leur propre dialecte, avec leur accent, cadence et argot, faisant qu'il est souvent difficile pour des prestataires venant d'autres parties du pays de les comprendre. Les patients décrivent également les problèmes sanitaires de manières particulières, reflétant souvent la façon dont ils perçoivent l'origine ou la gravité de la maladie. Parfois, les perceptions locales peuvent influencer la manière

Utiliser un langage simple

Jargon
médical

Le spectre clinique du choléra est vaste, allant de l'infection non apparente à un choléra grave, pouvant être mortel en peu de temps. Après une période d'incubation de 6 à 48 heures, la diarrhée aqueuse se déclenche. Des vomissements surviennent souvent tout au début de la maladie. La cyanose, la tachycardie, l'hypotension et la tachypnée sont des signes de gravité. Les symptômes et les signes du choléra sont entièrement dus à la perte de volumes importants de liquide isotonique et de la déplétion subséquente de liquide intravasculaire et intracellulaire, de l'acidose métabolique et de l'hypokaliémie.

Explication
simple

Toutes les personnes qui ont le choléra n'ont pas toujours l'air aussi malades les unes que les autres. Certains patients atteints de choléra ne semblent que légèrement affectés alors que d'autres ont l'air très malades. D'autres encore peuvent même mourir dans les heures qui suivent le début du choléra. Vu que les germes du choléra se répandent dans les six à 48 heures après avoir pénétrés dans le corps, la personne risque d'avoir soudainement une importante diarrhée liquide. Un grand nombre de patients vomissent également. Lorsque l'état de la personne malade s'empire, sa peau peut devenir bleue (surtout autour des lèvres, du nez et au bout des doigts), elle risque de commencer à respirer vite, son cœur bat très rapidement et sa tension artérielle tombe. Tout cela est dû au fait que le corps a perdu énormément de liquides et de minéraux à cause de la diarrhée et des vomissements. Le corps ne peut pas survivre s'il perd trop de liquides et de minéraux.

dont un patient décrit le début et les symptômes de la maladie. Par exemple, si les maladies diarrhéiques sont courantes dans la région, les patients risquent de ne pas signaler les symptômes de la maladie, à moins qu'ils ne deviennent très graves. Parce qu'ils pensent que les symptômes sont «chose normale,» les patients négligent tout simplement de les mentionner. Mais, pour le prestataire, le dépistage de symptômes précoces, même s'ils sont bénins, est important pour établir le diagnostic correct et conseiller un traitement approprié.

Utilisation efficace de la communication non verbale

Les mots n'expriment qu'une partie du message que l'on veut communiquer ; les attitudes et les gestes communiquent le reste. Il faut éviter les distractions, par exemple, répondre au téléphone lors d'une visite d'un patient ou griffonner des notes concernant d'autres cas, et accorder toute son attention au patient permet de communiquer des messages positifs au patient. Le fait de sourire, d'écouter attentivement, d'être assis au même niveau que le patient, renforcent également la qualité de l'interaction. Ce sont les coutumes culturelles qui déterminent une grande partie de la communication non verbale. Par exemple, dans certaines cultures, un contact visuel direct est un signe d'estime et de respect, alors que dans d'autres, c'est jugé inconvenant ou offensant, surtout avec les

membres du sexe opposé. De plus, si dans certaines cultures, le contact physique lors d'une conversation est jugé un signe d'affection, dans d'autres par contre c'est considéré très inconvenant. Ce dont il faut se souvenir, c'est que toutes les formes de communication non verbale communiquent un message.

Communication non verbale

Le Dr Green est assis derrière son bureau lorsque Mme Sierra entre dans la salle d'auscultation. Il se lève, l'accueille chaleureusement en disant «Bonjour, Mme Sierra» et vient de l'autre côté de son bureau où il y a deux chaises. Il prie Mme Sierra de s'asseoir et s'assied lui-même sur l'autre chaise. Il se penche en avant, donnant toute son attention à sa nouvelle patiente et demande avec beaucoup de considération «Que puis-je faire pour vous aujourd'hui ?»

Souvent, de simples gestes faits par le prestataire, par exemple, telle manière chaleureuse de souhaiter la bienvenue ou telle question posée avec beaucoup de délicatesse, mettent le client à l'aise et rehaussent la communication. De tels gestes ne demandent pas de grands efforts et pourtant, ils ont des résultats importants. Voici un exemple de communication non verbale communiquant un message positif.

La communication non verbale peut avoir un impact aussi important que la communication verbale mais elle se prête plus facilement à une mauvaise interprétation. Aussi, est-il important que les prestataires de soins de santé soient conscients des messages non verbaux qu'ils communiquent à leurs patients et de ceux que les patients leur communiquent.

Donner aux patients l'occasion de parler de leur maladie

La visite médicale devrait donner amplement l'occasion au patient de décrire sa maladie. Le fait de raconter une histoire a une valeur curative puisque cela soulage le patient et donne l'occasion d'exprimer son point de vue. Une telle visite fournit également au prestataire les connaissances nécessaires pour comprendre, interpréter et explorer la signification des symptômes et signes que communique le patient. La compréhension et les sentiments de ce dernier à propos d'un problème médical peuvent être extrêmement importants pour décrire le traitement approprié. Par exemple, le patient risque d'être abattu parce qu'il juge que sa maladie est grave et non pas parce que celle-ci l'est effectivement. Les prestataires ne devraient pas minimiser les angoisses des patients mais chercher davantage à les alléger.

Tous les facteurs décrits ci-dessus ont fait leur preuve lors de la communication entre le patient et le prestataire. Toutefois, le fait que des prestataires suivent des approches individuelles renforce la complexité liée à la formulation d'un programme sur les compétences de communication. Pour changer de manière concrète le comportement des prestataires, il faut répartir les facteurs susmentionnés en compétences et comportements concrets, tel que le montrent les directives suivantes.

V. Directives et normes pour une CIP efficace

Notre recherche et analyse de la CIP efficace nous a permis d'élaborer un ensemble de directives et de normes pour les prestataires de soins de santé. Ces normes devraient être testées, perfectionnées et validées davantage mais nous n'en pensons pas moins que les compétences présentées ici sont utiles et valides pour améliorer la CIP. Nous définissons trois types de CIP.

- ◆ **Communication attentionnée/socioémotionnelle** : Le but de la communication attentive ou socioémotionnelle est de créer et de maintenir un rapport positif avec le patient tout au long du contact. C'est une partie intégrante de toutes les CIP, faisant que le patient s'ouvre davantage et adhère mieux au traitement.
- ◆ **Communication/résolution de problèmes pour le diagnostic** : Le but de la communication pour le diagnostic est de partager toute l'information, tant pour le patient que le prestataire, nécessaire pour arriver à un diagnostic correct et à un traitement approprié.
- ◆ **Counseling** : Le but du counseling est de vérifier que les clients comprennent leur état et options de traitement. Le counseling les aide à suivre les protocoles de traitement et à procéder aux changements de comportement recommandés puisqu'on vérifie ainsi qu'ils sont compréhensibles, acceptables et faisables. Le counseling insiste sur la prise de décisions, de pair avec le client, et aide à résoudre les problèmes effectifs ou prévus.

Un prestataire devrait montrer dès le début qu'il se soucie du bien-être du client ; il devrait faire appel à des techniques de diagnostic ou de résolution de problèmes lors de la partie anamnèse du contact et utiliser des compétences en counseling à la fin pour expliquer le traitement et fournir une éducation sanitaire. Mais les trois approches peuvent être appliquées tout au long du contact.

Au sein de la catégorie générale de chaque approche, on peut identifier des techniques ou comportements spécifiques de communication qui peuvent améliorer la CIP. Ces exemples ainsi que d'autres exemples connexes sont présentés dans la section suivante.

Se soucier du client

Un comportement attentionné insiste sur le respect pour les patients et reconnaît que leurs préoccupations sont importantes. Les prestataires des soins de santé devraient montrer qu'ils se soucient de leurs patients tout au long de la visite médicale car cela permet de créer une relation de confiance et un bon rapport avec le patient.

- ◆ **Donner le ton** - Pour cela, on accueille et on salue les clients de manière culturellement appropriée, qui communique ouverture et souci de l'autre. Par exemple, le prestataire peut donner le ton en disant «Bonjour Mme N., je m'appelle Dr N. J'aimerais que

vous vous sentiez libre de me parler de toute préoccupation sanitaire que vous pouvez avoir.»

- ◆ **Utiliser une communication non verbale appropriée** - Vérifier que votre position, contact visuel, geste, ton de la voix, manière et attitude sont appropriés et favorisent le dialogue avec le client. Par exemple, un prestataire qui est en train d'écrire des notes sur une fiche de client peut poser le stylo, fermer le dossier et se lever ou se pencher en avant lorsqu'il salue le patient. Cela montre au patient qu'il reçoit l'attention complète du prestataire.
- ◆ **Demander ce qu'il ressent** - Inviter le patient à parler de la manière dont il se sent physiquement et émotionnellement. Un prestataire pourrait demander à un patient qui décrit ses symptômes de maux de tête «Comment vous sentez-vous avec ces maux de tête ? Comment cela affecte-t-il vos autres activités ?»
- ◆ **Le traiter avec respect** - Montrer au client, de manière explicite et implicite, qu'il est respecté et estimé. Par exemple, un prestataire pourra montrer son respect au patient en étant courtois, souriant et en lui demandant s'il est satisfait des soins reçus jusqu'à présent ou encore en le félicitant d'être venu demander une assistance médicale ou d'avoir suivi telle recommandation de traitement. Un regard positif est particulièrement important lorsqu'on traite de maladies qui sont jugées «honteuses» socialement, telles que la tuberculose et le SIDA. Il est également utile de combler toute distance sociale entre le prestataire et le client pouvant être due à l'âge, au sexe, à la situation sociale, à l'éducation, à la race, à la religion ou à l'ethnie.
- ◆ **Valider l'expérience et les efforts du patient** - Reconnaître l'expérience et les efforts faits par le patient de manière honnête et directe. On peut le faire en indiquant qu'on se préoccupe, en faisant preuve d'empathie ou en légitimisant ce que dit le patient pour lui montrer qu'on se soucie de son problème. Par exemple, face à un patient souffrant d'hypertension qui ne prend pas régulièrement ses médicaments, un prestataire pourrait dire «Je suis préoccupé par le fait que vous ne prenez pas soin de vous-même.» C'est probablement plus efficace que de faire des reproches. L'empathie montre que le prestataire comprend et partage les sentiments du patient. Légitimer signifie valider les sentiments du patient. Par exemple, un prestataire pourrait dire à tel patient qui est nerveux avant l'intervention chirurgicale, «Je comprends que vous vous fassiez du souci à propos de cette opération» ou, lors d'une séance de counseling avec un patient atteint du cancer, un prestataire pourrait dire «Il est facile de comprendre pourquoi vous avez peur et vous êtes en colère. La plupart des personnes dans votre situation ressentent cela au début.»
- ◆ **Se faire l'écho des émotions des patients** - Aider les patients à exprimer ce qu'ils ressentent en répétant ce qu'ils disent. Par exemple, si un patient dit «Depuis quelque temps, je me sens très déprimé,» le prestataire pourrait répondre, «J'ai l'impression que vous êtes abattu par quelque chose.» Cette technique invite le patient à s'étendre davantage sur la question.

-
- ◆ **Exprimer soutien et collaboration** - Il est bon d'indiquer aux clients que vous travaillerez avec eux pour que leur état s'améliore. Un prestataire pourrait dire, «Je vais utiliser toutes les techniques dont je dispose pour que vous vous rétablissiez et je compte sur vous pour que vous preniez soin de votre santé.»
 - ◆ **Rassurer** - Encourager et rassurer les clients sur le résultat. Par exemple, une sage-femme pourrait dire à une patiente, «Je sais que pour le moment, c'est beaucoup de douleur mais demain, vous vous sentirez mieux et vous aurez un beau bébé qui vous accompagnera chez vous.» En rassurant les clients, il est important d'être honnête et réaliste sur le pronostic médical et d'éviter de rassurer de manière prématurée ou non justifiée.

Diagnostic et résolution de problèmes

Ces techniques aident les prestataires de soins de santé à réunir l'information critique pour les diagnostics. L'utilisation de compétences de collecte de données leur permet d'être plus exacts et plus efficaces en exécutant cette fonction. Pour cela, on utilise diverses techniques pour poser des questions afin d'encourager le patient à parler de tous les aspects se rapportant au problème.

- ◆ **Ecouter attentivement et activement** - Utilisez des gestes pour montrer aux patients que vous leur donnez toute votre attention et posez des questions pertinentes pour indiquer que vous comprenez ce qu'ils disent. Il est bon de faire face aux patients et de hocher de la tête ou de faire des commentaires lorsqu'ils décrivent leur état médical.
- ◆ **Encourager le dialogue** - Outre les questions oui/non, posez aux patients des questions ouvertes qui les encouragent à parler de manière plus détaillée de leur problème. Souvent, une question ouverte va entraîner une réponse qui couvre plusieurs questions oui/non. Par exemple, au lieu de demander à un patient, «Est-ce que vous avez de la fièvre ? Est-ce que vous avez des maux de tête ? Est-ce que vous avez la nausée ?» Vous pouvez dire simplement «Parlez-moi des douleurs que vous avez.» Une fois que le patient décrit l'état, vous pouvez poser une ou deux questions oui/non pour compléter l'information.
- ◆ **Eviter les interruptions** - N'interrompez pas les patients lorsqu'ils parlent. Attendez qu'ils aient terminé de parler avant de poser une nouvelle question. Evitez également d'être interrompu par le téléphone ou autre distraction pendant la visite d'un patient.
- ◆ **Eviter un diagnostic prématuré et résister à la tentation de donner un suivi immédiat** - Attendez d'avoir entendu l'histoire complète et d'avoir posé toutes les questions avant de décider d'un diagnostic et d'un traitement. Les premières plaintes du patient ne sont pas toujours les plus importantes. Les conclusions hâtives peuvent mener à une erreur de diagnostic. Par exemple, si un patient indique qu'il a mal à la tête, résistez à la tentation de supposer de suite que c'est un problème bénin et de prescrire des médicaments pour soulager la douleur. Demandez plutôt «Expliquez-moi davantage ce que vous ressentez.» Souvent, un simple médicament pour les maux de

tête suffit mais il arrive que le client réponde, «Je me fais tellement de souci qu'à des moments je n'ai même pas envie de sortir de mon lit, j'ai envie de mourir.» Un tel cas demande que l'on étudie davantage les causes psychologiques et physiques de la condition.

- ◆ **Poser des questions approfondies** - Encouragez les patients à fournir plus d'informations en posant des questions ou en les invitant à continuer de parler. Par exemple, le prestataire peut dire «Est-ce que vous pouvez me parler davantage de cela» ou «Continuez s'il vous plaît» pour aider les patients à se pencher plus profondément sur la nature de leur problème et leur réaction.
- ◆ **Demander quelles sont les causes** - Aidez les patients à partager plus d'information sur leur état en leur demandant quelles sont les causes, à leur avis, et ce qui pourrait aider d'après eux. Cette technique dégagera l'information nécessaire pour faire un diagnostic et aidera les prestataires à voir si le patient comprend la maladie.

Conseils et éducation

Ces compétences renforcent la capacité des prestataires à expliquer aux patients leur état, les circonstances de leur maladie, les diagnostics et les options de traitement. Les prestataires devraient se rappeler que le patient se conformera davantage aux traitements s'il comprend la nature de la maladie et le traitement prescrit.

- ◆ **Voir si le patient a compris** - Essayez de voir ce que les patients pensent de leur maladie en leur demandant comment ils l'ont contractée, s'ils ont déjà eu ce type de problème et ce qu'ils ont fait à ce propos la dernière fois. Par exemple, si une mère vient consulter avec un enfant souffrant de la diarrhée, le prestataire pourrait demander, «Comment pensez-vous que les enfants attrapent la diarrhée ?» «Comment pensez-vous que cet enfant l'a attrapée ?» «Comment l'avez-vous soigné par le passé ?»
- ◆ **Corriger les mauvaises compréhensions ou informations** - Parfois, les clients ont des notions inexactes de l'étiologie ou des effets d'une maladie pouvant affecter leur comportement face au traitement et avoir des conséquences négatives sur leur récupération. Les prestataires devraient voir si le patient comprend son problème et corriger poliment toute conception erronée qu'il peut avoir. Par exemple, un prestataire pourrait dire, «Beaucoup de personnes pensent que si l'on prend la pilule juste avant les rapports sexuels, elle sera efficace mais ce n'est pas correct. Vous devez prendre la pilule tous les jours, que vous ayez ou non des relations sexuelles.» Les prestataires devraient faire attention à ne pas mettre mal à l'aise le client parce qu'il a des idées ou informations inexactes et devrait chercher à l'éduquer en lui fournissant l'information appropriée.
- ◆ **Utiliser un vocabulaire approprié** - Les prestataires devraient éviter d'utiliser du jargon ou une langue technique lorsqu'ils parlent avec les patients et devraient faire tous les efforts possibles pour utiliser des termes qui aient un sens pour les patients.

Par exemple, au lieu de demander, «Avez-vous eu des difficultés respiratoires dernièrement ?», il vaudrait mieux que le prestataire demande, «Avez-vous eu du mal à respirer dernièrement ?» ou «Est-ce que vous arrivez à bien respirer ?»

- ◆ **Présenter l'information en blocs** - Il est important de présenter l'information de telle sorte que le patient peut facilement l'absorber et dont il peut se rappeler. Les prestataires devraient expliquer le diagnostic de manière claire et compréhensible, jamais de manière condescendante. Il est bon à ce propos de diviser l'information en catégories séparées. Présenter les blocs séparés d'information en séquences permet au prestataire de voir si les choses sont comprises et absorbées avant de passer au bloc suivant. Ce type de présentation aide les patients à internaliser l'information présentée et augmente les chances d'adhésion au traitement prescrit. Par exemple, le prestataire pourrait communiquer en séquences une brève information sur les thèmes suivants :
 - nom de la maladie et son étiologie
 - traitement recommandé pour le patient
 - manières d'éviter une rechute
 - autre information pertinente.

- ◆ **Utilisation, le cas échéant, d'aides visuelles et/ou de matériel imprimé** - Lorsqu'on communique aux patients une information sur les maladies, les programmes de prévention ou de traitement ou le matériel médical, il est souvent utile de se rapporter à un élément visuel. Les aides visuelles aident les patients à mieux comprendre et à mieux se rappeler de l'information fournie. On peut également utiliser des dépliants avec un texte simple et des images sur les problèmes importants de la santé, leur prévention et leur traitement.

- ◆ **Recommander des changements comportementaux concrets** - Après avoir établi un diagnostic et prescrit un traitement, les prestataires peuvent recommander certains changements comportementaux aux patients pour éviter une rechute. Ces recommandations doivent tenir compte de la capacité d'application du patient. Plutôt que d'insister simplement sur les résultats finaux du changement de comportement, les prestataires pourraient proposer des étapes spécifiques dans le changement comportemental. Par exemple, au lieu de dire à un patient souffrant d'hypertension qu'il doit perdre 30 livres, le prestataire pourrait dire, «J'aimerais bien que vous perdiez du poids et, pour cela, il est bon de marcher pendant 20 minutes tous les jours et de manger moins de sucre et d'huile.»

- ◆ **Choisir un traitement acceptable et faisable** - Dans la mesure du possible, le patient devrait voir quelles sont les options de traitement pour qu'il puisse choisir celui qu'il préfère. Par exemple, lorsqu'on fournit des services de planification familiale à une mère, il est bon de discuter des options disponibles et de l'aider à choisir celle qui convient le mieux à son style de vie. Des conditions telles la gestion de la douleur, la perte de poids, peuvent avoir un certain nombre d'options de traitement parmi lesquelles la patiente peut choisir.

-
- ◆ **Motiver le patient à adhérer au traitement** - Une fois un traitement expliqué, le prestataire devrait essayer de motiver le patient à adhérer au traitement et, pour cela, il lui parlera de l'importance et des avantages de ces actions. Par exemple, en prescrivant un traitement à base d'antibiotiques, un prestataire pourrait dire, «Il est important que vous preniez ces médicaments trois fois par jour jusqu'à ce que toutes les pilules aient été utilisées. Vous vous sentirez mieux après quelques jours mais, si vous ne prenez pas toutes les pilules, la maladie reviendra et, la prochaine fois, elle sera plus difficile à guérir.»
 - ◆ **Résumer** - Répétez le diagnostic, le traitement et ses étapes recommandées en termes simples. Lorsque vous résumez, ne répétez que les grands points. Par exemple, un prestataire pourrait conclure une séance de counseling en disant, «Je pense que vous avez une infection respiratoire. Prenez ces antibiotiques à chaque repas, jusqu'à ce que vous les ayez tous terminés. J'aimerais vous voir à nouveau dans deux semaines pour être sûr que vous êtes complètement remis.»
 - ◆ **Vérifier la compréhension et l'absorption** - Demandez au client de répéter ou de décrire les instructions du traitement. Ensuite, clarifiez toute mauvaise compréhension que le patient pourrait avoir et voyez s'il existe des raisons faisant que le patient risque de ne pas adhérer au traitement prescrit. Par exemple, un prestataire pourrait dire, «Juste pour être sûr que vous avez compris comment prendre vos médicaments, est-ce que vous pourriez me dire quelle est la quantité que vous devez prendre et tous les combien ?»
 - ◆ **Questions supplémentaires** - Encouragez les patients à poser toute question complémentaire qu'ils peuvent avoir sur leur problème médical actuel ou tout autre problème. Laissez suffisamment de temps pour une réponse. Ne ratez pas l'occasion de consulter. Par exemple, lorsqu'on lui demande si elle a d'autres problèmes de santé, une mère qui est venue avec son bébé souffrant de diarrhée pourrait indiquer qu'elle aimerait utiliser des techniques d'espacement des naissances ou qu'elle n'est pas sûre du calendrier de vaccinations pour un autre de ses enfants.
 - ◆ **Confirmer les actions de suivi** - Rappelez au patient la prochaine date de rendez-vous ou le prochain traitement qu'il devra suivre. Rappelez-lui ce qu'il doit faire si les symptômes persistent ou s'aggravent et indiquez-lui quels sont les signes d'alarme indiquant qu'il devrait consulter rapidement les services médicaux.

Dans cette section, nous avons présenté un ensemble de directives spécifiques pour améliorer les compétences en matière de CIP des prestataires de soins de santé. La section suivante présente les étapes liées à la planification et à la mise en œuvre d'un programme de formation conçu pour développer davantage ces compétences.

VI. Planifier et réaliser des activités de formation

Cette section traite de la planification et de la réalisation des activités de formation. L'information fournie devrait permettre aux prestataires de soins de santé d'organiser de petits ateliers de formation dans leur propre clinique ou aider les experts de l'extérieur à former des prestataires de santé dans leur région ou communauté. La forme et les méthodes de formation présentées ici ont été essayées dans divers contextes et se sont avérées efficaces pour la formation en matière de CIP des prestataires de soins de santé. **Nous avons constaté qu'il est toujours nécessaire de revoir nos méthodes pédagogiques pour les adapter aux circonstances et connaissances locales. Aussi, encourageons-nous les prestataires et les formateurs à puiser dans leur propre expérience et à utiliser leur ingénuité pour modifier les techniques au vu des réalités locales.**

Généralement, l'amélioration des compétences liées à la CIP suppose un changement de comportement de la part des prestataires de soins de santé. Les programmes suscitant un changement comportemental efficace demandent une bonne connaissance des questions et compétences en question ainsi que des séances pratiques portant sur les nouvelles compétences. La pratique peut d'abord se faire dans le cadre d'exercices avec des collègues dans un environnement contrôlé (avec des autoévaluations ou évaluations et feed-back des collègues ou superviseurs) et, ensuite, en organisant des pratiques supervisées ou autosuivies avec des patients menant par la suite à l'internalisation des nouvelles compétences lorsque les prestataires les appliquent instinctivement.

Approche pédagogique générale

Le programme de formation en matière de CIP est très souple et permet aux participants d'adapter le programme aux réalités socioculturelles locales. Il met en exergue les techniques spécifiques qui peuvent améliorer les opérations quotidiennes. Les activités de formation utilisent diverses méthodes pour vérifier que les participants acquièrent et apprennent à appliquer efficacement les nouvelles compétences de la CIP. Voici les méthodes utilisées :

- ◆ séances plénières participatives avec brainstorming et séances de questions et réponses, permettant aux participants de découvrir et d'adapter les nouvelles compétences de la CIP ;
- ◆ jeux de rôle dynamiques avec diverses stratégies de communication engageant les participants à s'exercer ;
- ◆ techniques de répétition mentale permettant aux participants de tester le degré de difficulté des diverses techniques CIP et d'apprendre les méthodes pour les maîtriser ;
- ◆ bandes vidéo ou compétences de communication non verbale qui sont utilisées comme outil pédagogique.

Avant l'atelier, nous avons élaboré :

- ◆ un guide pour aider les participants à pratiquer les compétences, qui est appelé dans le texte «le guide de poche» ou «aide professionnelle» ;⁸
- ◆ un manuel de formation qui permet aux formateurs d'adapter le manuel aux besoins des participants et aux réalités locales.

Programme et plan de la formation

Notre programme de formation en CIP comprend environ 20 heures couvrant 3 à 4 jours. La séance initiale traite de l'adéquation des compétences. La séance suivante se penche sur les directives et donne aux participants l'occasion de pratiquer les nouvelles compétences. L'atelier compte une liste préparée de compétences ou de comportements que le formateur présente au groupe (Tableau 1).⁹ Chaque type de comportement est discuté et pratiqué dans la langue natale des participants dans le but de faire d'éventuelles améliorations et de l'adapter à l'environnement local.

Dans un grand nombre des ateliers, nous encourageons les prestataires à compléter les activités de formation en appliquant les compétences apprises dans leur propre pratique entre les séances de l'atelier. Ces rencontres «transitoires» sont souvent enregistrées, permettant aux prestataires de travailler en groupes pour revoir leurs expériences, appliquer les compétences dans leur contexte local et critiquer leurs compétences nouvellement acquises dans un environnement convivial. Différents programmes pour l'atelier sont donnés au début des manuels de formation présentés en Annexe B.

Matériel et méthodes pédagogiques utilisées

Il est capital d'utiliser du matériel pédagogique qui explique les concepts et les directives présentés. Sans cette documentation écrite, les participants n'ont pas l'occasion de faire une autoévaluation et ne seront pas en mesure d'acquérir une connaissance approfondie des nouvelles compétences. Les manuels de formation présentés dans les Appendices comprennent du matériel qui a été adapté et complété occasionnellement avant les séances de formation avec l'équipe locale. Par exemple, voici certaines méthodes de formation :

Jeu de rôle. Le jeu de rôle est l'une des méthodes les plus efficaces pour l'acquisition de compétences dans un contexte contrôlé. Le jeu de rôle permet aux prestataires d'essayer différents styles et d'identifier ceux qui leur conviennent le mieux. Les jeux de rôle demandent également aux prestataires de jouer le rôle du patient et, partant, de voir ce que l'on ressent de l'autre côté de la barrière et d'apprendre comment les différents styles de la CIP des prestataires peuvent influencer les attitudes des patients. Un des grands

⁸ Le guide de l'aide professionnelle est donné en Annexe A.

⁹ Prière de noter les différences entre la liste et la Section V (Directives et normes pour une communication efficace). La Section V intègre des révisions qui n'avaient pas encore été faites au moment de la formation.

Tableau 1 : Comportements de communication interpersonnelle

Communication socioémotionnelle générale

Les neuf comportements suivants renforcent les diverses manières de mettre les gens à l'aise lors des visites médicales :

- Accueillir le patient chaleureusement et de manière culturellement acceptable
- Utiliser une communication appropriée verbale et non verbale (gestes, attitudes, mots)
- Demander ce que ressent le patient.
- Reconnaître l'initiative prise par le patient (d'être venu, d'avoir amené son enfant).
- Légitimer (renforcer les sentiments qui sont normaux).
- Faire preuve d'empathie.
- Se faire l'écho des émotions du patient en l'encourageant à exprimer librement ce qu'il pense. (Répéter ce que le patient dit.)
- Communiquer soutien et collaboration.
- Rassurer le patient. (Calmer ses préoccupations en lui suggérant des choses spécifiques qu'il peut faire.)

Ce sont le ton de la voix et l'attitude du prestataire de santé qui sont les principaux éléments créant l'ambiance socioémotionnelle de la rencontre.

Compétences de résolution des problèmes

L'utilisation systématique de compétences de collecte de données permet au prestataire d'être plus efficace. Les sept comportements suivants aident les prestataires à réunir l'information nécessaire pour déterminer les diagnostics :

- Ecouter attentivement (activement).
- Encourager le dialogue en posant des questions ouvertes.
- Eviter les interruptions.
- Eviter le diagnostic prématuré. (Déterminer le problème uniquement lorsque tous les faits sont réunis.)
- Résister à la tentation de donner un suivi immédiat en écoutant attentivement avant de prendre des décisions cliniques.
- Sonder (explorer) pour obtenir plus d'informations.
- Explorer les causes, les difficultés et les préoccupations liées au problème.

Counseling et information-éducation-communication (IEC)

Les 10 comportements suivants sont des manières d'expliquer les problèmes de santé, le traitement et les décisions prises.

- Voir si le patient comprend la maladie.
- Corriger les mauvaises compréhensions de faits.
- Utiliser le vocabulaire approprié.
- Présenter (expliquer) ce que le patient doit savoir ou faire de manière logique (en blocs).
- Corriger les conceptions erronées.
- Discuter et prescrire des changements comportementaux concrets qui sont appropriés pour le patient.
- Répéter, récapituler l'information-clé.
- Motiver le patient à suivre le traitement recommandé.
- Vérifier l'acceptabilité/mutualité de la prise de décisions (si le patient suivra le traitement).
- Vérifier que le patient sait quand il doit revenir pour une visite de suivi.
- Demander au patient s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir.

avantages des jeux de rôle, c'est qu'ils sont éducatifs et amusants en même temps. Une variante du jeu de rôle est la pantomime où les acteurs jouent une scène particulière sans parler. La pantomime est particulièrement utile pour analyser l'impact de la communication non verbale telle que le contact visuel, le contact physique, les attitudes, gestes, sourires, attitudes, etc. Vu qu'aucune parole n'est prononcée, les joueurs et les observateurs peuvent concentrer toute leur attention sur la communication non verbale légèrement exagérée.

Vidéo et enregistrement audio. Les enregistrements vidéo ou audio sont un autre moyen pédagogique très efficace. Lorsqu'on se voit ou qu'on s'entend sur bande, on prend davantage conscience de son propre style de communication. Les vidéos ou les bandes audio peuvent être utilisées de diverses manières. Le jeu de rôle peut être enregistré et rejoué instantanément de sorte que les acteurs peuvent voir comment ils ont joué et quel est l'effet que leur comportement a eu sur d'autres. Des visites cliniques réelles peuvent également être enregistrées et rejouées aux fins d'analyse du groupe. Cette technique a été utilisée de manière efficace lors d'ateliers de formation en Egypte. L'avantage des enregistrements de jeux de rôle ou visites effectives, c'est que les bandes peuvent être repassées à diverses reprises pour analyser les différents points. En outre, des bandes peuvent être faites après le programme de formation pour suivre les améliorations que les participants du programme ont portées à la CIP. (Il est plus facile de mesurer exactement les améliorations lorsqu'on dispose d'un enregistrement initial aux fins de comparaison.)

Vidéo. Au Honduras, les participants ont vu une vidéo sur la CIP fournie par le Ministère de la Santé outre la vidéo en espagnol fournie par l'AED.¹⁰ Mais nous n'avons pas une vidéo analogue en arabe. En Egypte, les participants ont indiqué dans leurs évaluations qu'ils souhaitaient voir une telle vidéo. A leur avis, cela pourrait les aider grandement à maîtriser les compétences nécessaires.

Mini-étude de cas ou guide de simulation. Tout au long de l'atelier, des mini-études de cas ou guides de simulation ont été utilisées pour faire connaître et renforcer les compétences de la CIP. Souvent, ces mini-études de cas ont été élaborées ou adaptées dans le pays en fonction de rencontres réelles. Par exemple, dans «Pratiquer les compétences de résolution de problèmes : collecte de données pour comprendre les situations et les problèmes des clients,» les participants ont reçu des guides de simulation pour les jeux de rôle du prestataire et du patient. Les séances pratiques avec des questions ouvertes et une interaction intense entre les participants ont permis d'améliorer les compétences. Les manuels de formation présentent des exemples de ces mini-études de cas. En Egypte, le dernier jour de la formation s'est concentré sur l'amélioration de la qualité des compétences de la CIP entre collègues et sur le travail d'équipe. Suite à un exercice de brainstorming pendant lequel les participants se sont plaints de la mauvaise direction, de la mauvaise dynamique de groupe et de la mauvaise supervision dans leur travail, les formateurs ont élaboré trois mini-études de cas pouvant être utilisées comme exercice de groupe par la suite. Ces exercices sont présentés dans les Annexes 8, 9 et 12 du manuel de formation égyptien dans l'Appendice B.

¹⁰ «A Traves del Espejo : El Papel del Consejero en la Prevencion del SIDA.» Vidéo AIDSCOM/AED 1991.

Formulaire d'évaluation. A la fin du stage, on a demandé aux participants de remplir les formulaires d'évaluation sur l'efficacité des formateurs. Les formulaires ont permis aux participants de faire des commentaires sur leur expérience pédagogique et la méthodologie de l'atelier. Ils ont également fourni aux formateurs le feed-back nécessaire pour améliorer leurs ateliers. De plus, chaque jour de la formation commençait par une discussion plénière entre participants pour qu'ils puissent se concentrer sur les éléments essentiels discutés la veille. Des exemples de formulaires d'évaluation en anglais et en français sont donnés dans l'Appendice B, Annexe 13 (Egypte).

Supervision, suivi et évaluation de la formation

Un programme pédagogique efficace ne se termine pas à la fin de l'atelier mais représente un élément dans un cycle de formation prolongé. Après l'atelier ou un programme de formation intense, les prestataires doivent retourner sur les lieux du travail et appliquer tous les jours ce qu'ils ont appris. Il est capital, à ce moment-là, d'apporter une supervision et un soutien efficaces pour être sûr que les prestataires adoptent les nouvelles compétences dans leur ancien contexte de travail. Pour créer un véritable contexte d'apprentissage, la supervision doit soutenir le travail et non le restreindre. Elle doit apporter feed-back et encouragement et non menace ou punition. Le suivi est un aspect important de la supervision et du feed-back. Il permet de réunir l'information de manière continue pour mesurer les progrès faits vers la réalisation des buts ou objectifs spécifiés. Le suivi peut prendre maintes formes, notamment les suivantes :

- ◆ fournir une autoévaluation sur divers comportements en utilisant une liste de vérification ou autre formulaire tel qu'un questionnaire
- ◆ demander à un superviseur ou collègue d'observer un contact avec un patient
- ◆ enregistrer sur cassette ou à la vidéo les contacts, suivi par des autoévaluations et/ou des évaluations en équipe
- ◆ réaliser des interviews à la sortie avec les clients.

Un suivi routinier et régulier des pratiques cliniques est un outil efficace pour améliorer la qualité des soins de santé et le suivi des programmes de formation. Le suivi des procédures et protocoles devrait être simple, convivial et limité à quelques questions ou observations-clés dégageant l'information permettant de juger des progrès et de la conception des activités de formation de suivi.

Le suivi est le processus permettant aux formateurs, superviseurs ou collègues de déterminer les compétences devant être renforcées, d'apporter une formation complémentaire ou un développement supplémentaire. Le suivi se fonde sur le principe suivant : l'apprentissage se fait tout au long de pratiques répétitives et de feed-back positif. Aussi, le suivi fait-il partie intégrante du cycle de formation puisqu'il permet de se concentrer sur des domaines problématiques ou d'approfondir telle question intéressant tout particulièrement les participants.

Six mois après la formation en matière de CIP en Egypte, un suivi a été réalisé car les médecins souhaitaient améliorer la qualité des services de santé et la satisfaction des patients. Les activités consistaient notamment à faire des visites sur les lieux du travail, à tenir des discussions avec les prestataires de services sur l'adéquation des compétences de la CIP acquises lors de la séance de formation, à observer les rencontres prestataire-patient, à compiler les questionnaires des médecins et à enregistrer les interviews à la sortie avec les patients.

VII. Etudes de cas

Les Sections I à VI ont présenté un cadre conceptuel esquissant les stratégies de formation et décrivant les outils qui peuvent aider à améliorer la qualité de la CIP entre les prestataires et les patients. Cette section présente nos activités de recherche réalisées dans Egypte. Nous espérons que nos expériences pratiques complètent la théorie présentée, de sorte à ce que les lecteurs se sentent confiants en essayant les activités d'amélioration de la CIP.

Dans les trois pays, nous nous sommes concentrés sur la formation des médecins. En Egypte, un certain nombre d'infirmiers ont participé à la formation en matière de CIP. Nous pensons que le matériel convient à la formation de tout le personnel de santé mais qu'il doit probablement être adapté et simplifié si l'on veut l'utiliser avec des agents de santé périphériques ou des volontaires communautaires de santé.

Dans chacun des trois pays, les séances de formation couvraient environ 10-15 heures de travail théorique avec des présentations, discussions et pratiques des nouvelles compétences. Les manuels de formation sont inclus dans leur intégralité dans les Appendices car nous avons pensé qu'ils pouvaient fournir, avec des adaptations mineures, la base des interventions en matière de CIP dans les nouveaux contextes. Le manuel de formation pour l'Egypte se fonde sur le manuel du Honduras mais a profité des révisions et améliorations qui ont été faites suite à l'expérience du Honduras.

Les pays ont également utilisé une aide professionnelle, le Guide de poche de la CIP, pour renforcer le contenu de la formation. L'aide professionnelle est présentée dans l'Appendice A en anglais et en français. A notre avis, nous pensons qu'il était important de permettre à chaque groupe de formation de modifier l'aide professionnelle, d'adapter et de personnaliser les normes de la CIP à l'environnement local et aux besoins individuels.

Cette étude de cas comportent une composante recherche. En Egypte, nous avons cherché à remplacer les cassettes par une liste d'observations avec un échantillon encore plus petit mais la méthode d'observation utilisée n'était pas fiable et nous n'avons pas pu détecter les améliorations et les pratiques des prestataires. Nous pensons que cette situation tenait à un manque de formation des observateurs. Nous espérons continuer à utiliser par la suite une procédure de recherche différente.

Nos expériences sur le terrain ont dégagé une information importante sur la manière dont les stratégies d'amélioration de la CIP peuvent être adaptées aux différentes cultures et aux différents contextes sanitaires mais nous pensons que nos résultats sont encore incomplets et qu'un grand nombre de connaissances interculturelles et organisationnelles seront dégagées par l'application de ces outils et approches d'enquête dans d'autres régions géographiques (telles que l'Afrique et l'Asie) et dans d'autres contextes (surtout les services de santé périphériques dans les zones rurales). Nous aimerions encourager ceux qui appliquent les interventions de CIP à partager leurs expériences avec le personnel du PAQ, de sorte que ces expériences puissent être utilisées pour élaborer davantage le cadre de la CIP et ses stratégies.

Etude de cas

EGYPTE



Formation en communication
interpersonnelle pour les prestataires de soins de santé

**Améliorer la satisfaction des patients
dans un hôpital public égyptien**



Formation en communication interpersonnelle pour les prestataires de soins de santé : améliorer la satisfaction des patients dans un hôpital public égyptien

1. Données générales

L'hôpital du 15 Mai, qui est un établissement de 130 lits à l'extérieur du Caire, est le premier hôpital public égyptien à mettre en œuvre un programme d'assurance de qualité. Démarré en mai 1993, le programme ciblait plusieurs domaines d'amélioration classés par ordre prioritaire dont l'un concernait la qualité des services clients et la satisfaction des patients. En effet, ces dernières années, les administrateurs et autre personnel hospitalier avaient reçu de nombreuses plaintes de la part de patients et visiteurs relatives au mauvais traitement et au manque d'information ainsi qu'aux problèmes dans la circulation des patients à l'hôpital.

Pour résoudre ces problèmes, le Comité d'assurance de qualité de l'hôpital du 15 Mai a appliqué une stratégie en trois parties axée sur les éléments suivants :

1. installation d'une réception dans les consultations extérieures pour fournir des informations aux visiteurs
2. formation des agents non médicaux, de première ligne, portant sur les principes et les techniques du service client de qualité
3. formation des médecins et des infirmiers en matière de compétences de communication interpersonnelle (CIP).

Le Comité, de pair avec les médecins formés, a décidé qu'après la formation des médecins, des activités de suivi devraient être réalisées au vu de renforcer l'impact sur la performance et d'accroître la satisfaction des patients.

Cette étude de cas présente la formation en matière de CIP des médecins et des infirmiers ainsi que les activités de suivi sur le plan de l'IEC qui se sont déroulées six mois après la formation. Au total, 49 médecins et 30 infirmiers ont participé aux ateliers de formation. Le programme de formation utilisé dans d'autres pays a été revu et adapté aux besoins des prestataires égyptiens et de leurs patients de l'hôpital du 15 Mai. Le même formateur de l'AED, qui avait formé tous les médecins dans le cadre de l'étude au Honduras, a également dispensé une formation aux médecins égyptiens. Un médecin égyptien et un infirmier égyptien ont été formés pour qu'ils puissent être des coformateurs lors de ces ateliers. Le médecin est devenu le formateur en chef pour les infirmiers qui ont reçu une version légèrement différente du cours traduit en arabe, répondant mieux aux besoins et niveaux d'interaction des infirmiers. Trente infirmiers ont obtenu une formation en matière de CIP de septembre 1994 à décembre 1994.

2. Formation

De juillet 1994 à janvier 1995, une formation en matière de CIP a été organisée cinq fois dans le cadre de trois séances d'une demi-journée à l'intention de 49 médecins. Les séances ont été dispensées à l'hôpital du 15 Mai au Caire et à l'hôpital El Quantara, à l'extérieur d'Ismailia. La formation avait pour objet d'améliorer les compétences en matière de CIP des prestataires de santé afin d'améliorer la satisfaction, l'adhésion des patients et les résultats sur le plan santé. Le programme de l'atelier est présenté dans l'Appendice B.

D'abord, les participants ont commencé par se mettre d'accord sur une définition de la CIP.¹¹ Ensuite, ils ont revu les concepts fondamentaux de la CIP, par exemple, la communication non verbale et l'efficacité du langage. Les activités de formation se concentraient sur des compétences présentées dans trois domaines :

- 1) communication socioémotionnelle générale (créer le contact et répondre aux émotions des clients : directives pour parler avec les patients)
- 2) compétences de résolution de problème (collecte de données pour comprendre la situation et les problèmes des clients)
- 3) counseling et information-éducation-communication (IEC).

L'atelier de formation avait une liste proposée de compétences ou de comportements que le formateur a présenté au groupe (Tableau 1). Chaque comportement a été discuté et, ensuite, pratiqué en arabe ou en anglais, de sorte à ce que les participants puissent l'améliorer ou l'adapter. Les activités de formation utilisaient diverses méthodes pédagogiques assurant l'acquisition et la maîtrise de ces nouvelles compétences chez les participants et l'application des techniques les plus récentes en matière de CIP, se basant pour cela sur les compétences et les points forts dont disposaient déjà les participants. A la fin de chaque séance, les participants remplissaient un formulaire d'évaluation de deux pages. Les 46 médecins qui ont rempli le formulaire étaient très contents de l'atelier et, surtout, de la formation portant sur les concepts fondamentaux de la CIP, l'utilisation de la communication non verbale, les directives pour communiquer avec les patients et l'instruction sur la manière de réaliser les séances de counseling et de fournir l'information. Ils étaient également très satisfaits des exercices de jeu de rôle et de simulation, des activités en groupe et de l'utilisation de la vidéo. Les médecins ont mentionné que l'accueil, l'écoute et l'empathie avec le patient, le fait d'encourager le dialogue en utilisant les questions ouvertes et d'éviter le diagnostic prématuré étaient parmi les techniques les plus utiles. Les participants ont proposé que la vidéo sur la CIP réalisée en Egypte soit présentée de pair avec une vidéo décrivant les compétences souhaitées sur le plan de la CIP.

Les participants ont demandé à ce que l'atelier soit dispensé aux infirmiers et que des activités de suivi, par exemple, observations et discussions entre médecins formés soient organisées pour renforcer les compétences apprises. Ils ont également suggéré que des

¹ La communication interpersonnelle est l'information ou les sentiments verbaux et non verbaux échangés face-à-face entre deux personnes ou plus.

Tableau 1 : Comportements de communication interpersonnelle

Communication socioémotionnelle générale

Les neuf comportements suivants renforcent les diverses manières de mettre les gens à l'aise avec leur prestataire de santé :

- Accueillir le patient chaleureusement et de manière culturellement acceptable
- Utiliser une communication appropriée verbale et non verbale (gestes, attitudes, mots)
- Demander ce que ressent le patient.
- Reconnaître l'initiative prise par le patient (d'être venu, d'avoir amené son enfant).
- Légitimer (renforcer les sentiments qui sont normaux).
- Faire preuve d'empathie.
- Se faire l'écho des émotions du patient en l'encourageant à exprimer librement ce qu'il pense. (Répéter ce que le patient dit.)
- Communiquer soutien et partenariat.
- Rassurer le patient. (Calmer ses préoccupations en lui suggérant des choses spécifiques qu'il peut faire.) Ce sont le ton de la voix et l'attitude du prestataire de santé qui sont les principaux éléments créant l'ambiance socioémotionnelle de la rencontre.

Compétences de résolution de problèmes

Les sept comportements suivants aident les prestataires à réunir l'information nécessaire pour déterminer le diagnostic. L'utilisation systématique de compétences de collecte de données permet au prestataire d'être plus efficace.

- Ecouter attentivement (activement).
- Encourager le dialogue en posant des questions ouvertes.
- Éviter les interruptions.
- Éviter le diagnostic prématuré. (Ne pas diagnostiquer le problème avant d'avoir trouvé tous les détails.)
- Résister à la tentation de donner un suivi immédiat et pour cela écouter attentivement avant de prendre des décisions cliniques.
- Sonder ou explorer pour obtenir plus d'informations.
- Demander au patient quelles sont les causes, les difficultés et les préoccupations liées au problème.

Counseling et information-éducation-communication (IEC)

Les 10 comportements suivants sont des manières d'expliquer les problèmes de santé, le traitement et les décisions nécessaires.

- Voir si le patient comprend la maladie.
- Corriger les mauvaises compréhensions de faits.
- Utiliser le vocabulaire approprié.
- Présenter et expliquer ce que le patient doit savoir ou faire de manière logique (en blocs).
- Discuter et prescrire des changements comportementaux concrets que le patient peut faire.
- Répéter et récapituler l'information-clé.
- Motiver le patient à suivre le traitement recommandé.
- Vérifier l'acceptabilité/mutualité de la prise de décisions (si le patient suivra le traitement).
- Vérifier que le patient sait quand il doit revenir pour une visite de suivi.
- Demander au patient s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir.

compétences soient pratiquées et observées auprès de vrais patients. En général, les résultats montraient que les participants étaient très satisfaits du contenu et de la méthodologie utilisés pendant l'atelier. Ils ont surtout apprécié la dynamique entre les formateurs et les participants et ont trouvé très enrichissant l'échange d'idées entre collègues. Ils ont aimé l'atmosphère et le fait que chacun a contribué à sa manière à l'atelier. Ils ont aimé l'atmosphère de respect mutuel pendant la formation et le côté sérieux lors des jeux de rôle. Souvent, les simulations se déroulaient en arabe, permettant aux participants d'être plus authentiques dans leur jeu de rôle. A deux reprises, les participants sont venus voir le formateur en parlant en arabe... alors que celui-ci ne parlait pas un mot d'arabe ! L'anecdote montre l'importance de laisser les participants «contrôler» l'interaction culturelle - le formateur a remarqué que, lorsque les participants avaient un doute, ils venaient lui demander son avis, en anglais ou en français.

3. Suivi et évaluation des activités d'IEC

Une fois terminés tous les ateliers de formation en janvier 1995, le formateur égyptien et le consultant AQ se sont rendus à plusieurs reprises à l'hôpital du 15 Mai pour observer les médecins et discuter des différents facteurs influençant leur application de la CIP. Le groupe de médecins formés et d'autres membres du personnel ont trouvé qu'il serait bon d'évaluer l'activité d'IEC pour déterminer si la formation avait eu un effet discernable sur la performance.

Les médecins formés étaient d'accord pour être observés par les collègues et comparés aux médecins non formés. L'évaluation était faite dans le service des consultations extérieures six mois après l'atelier de la CIP. Les méthodes, mesures, résultats et conclusions sont traités ci-après.

Méthodes

Six médecins ont reçu une formation portant sur l'utilisation de la liste de vérification des observations ; trois d'entre eux avaient déjà reçu une formation en matière de CIP et trois n'étaient pas formés. Cinq infirmiers ont été formés pour pouvoir administrer l'interview à la sortie avec les patients ; trois d'entre eux avaient déjà reçu une formation en matière de CIP et deux n'en avaient pas reçu. Pendant 30 jours, les observateurs ont réuni des données sur 23 médecins formés et 25 médecins non formés, spécialisés en pédiatrie, orthopédie, gynécologie, médecine interne et chirurgie générale. Chacun de ces médecins a été observé dans le cadre de deux à cinq consultations cliniques. Un total de 194 observations ont été faites. La durée moyenne des consultations était de 10 minutes. Deux observateurs ont étudié 66 de ces consultations pour évaluer la fiabilité des observations. Des interviews à la sortie ont été organisées avec les patients immédiatement lorsqu'ils sortaient du cabinet du médecin. Un total de 162 interviews à la sortie ont été organisées. Suite aux contraintes de temps ou au refus des patients, 32 interviews n'ont pas pu être faites. Après les observations, 53 interviews ont été organisées avec le personnel soignant. Le tableau ci-après présente les observations en général.

Nombre d'observations

69	observations pour 23 médecins formés
125	observations pour 25 médecins non formés
194	observations totales
53	interviews avec les prestataires de services (seules 48 ont été faites pour l'étude)
162	interviews à la sortie

Mesures

Trois instruments ont été utilisés : 1) une liste de vérification des observations pour évaluer la performance des médecins ; 2) un questionnaire pour médecins évaluant la valeur de la formation en CIP qui demandait aux médecins d'évaluer les changements dans leur propre travail suite à l'étude ; et 3) une interview à la sortie avec les patients traitant de la satisfaction de ces derniers.

Liste de vérification des observations : L'observation structurée est une manière systématique de tenir le compte de comportements observables spécifiques. Dans ce cas, les observations étaient faites à l'aide d'une liste de vérification. La liste notait les comportements que le personnel du Projet AQ souhaitait voir lors de la rencontre suite à la formation. Les comportements observés étaient les suivants :

1. socioémotionnel : souhaiter la bienvenue au patient, utiliser une communication non verbale positive, répéter ce que le patient dit, faire preuve d'empathie

2. compétences à la résolution de problèmes : encourager le dialogue, demander quelles sont les causes du problème, éviter le diagnostic prématuré, explorer pour trouver plus d'informations

3. counseling, information, éducation et communication avec le patient : présenter l'information en blocs, utiliser le vocabulaire approprié, donner des recommandations de comportements spécifiques, vérifier si le traitement est acceptable.

La liste de vérification des observations est présentée dans l'Appendice C, page C-13.

Questionnaire pour les médecins : On a demandé aux médecins observés de remplir un questionnaire après la rencontre. Le questionnaire rempli par les médecins formés était un peu plus long que celui du groupe non formé puisque la seconde partie du questionnaire traite des résultats de la formation. Les médecins devaient indiquer les éléments rendant difficile la communication avec les patients et nommer trois choses qui aideraient à améliorer le dialogue. Les médecins formés devaient citer les compétences de CIP les

plus utiles pendant la consultation. Le questionnaire pour médecin est présenté dans l'Appendice C, page C-15.

Interview à la sortie : Une interview a été organisée avec chaque patient à la sortie du service. Le questionnaire comptait 41 questions se rapportant à la satisfaction des patients et à leur relation avec le médecin. La plupart des patients ont répondu au questionnaire mais certains questionnaires étaient incomplets et, par conséquent, ont été éliminés de l'étude. L'instrument pour l'interview à la sortie est présenté dans l'Appendice C, page C-17.

Résultats

A. Résultats de l'observation

Les résultats des observations ne nous permettent pas d'arriver à une conclusion sur l'impact de la formation, suite aux mauvais résultats du test de fiabilité de l'observation. La fiabilité intercodeur allait de -0,10 % à 0,55 %, invalidant ainsi l'analyse des observations. Plusieurs causes viennent expliquer pourquoi la méthodologie n'a pas réussi à cerner les différences dans la performance découlant de la formation. Premièrement, l'utilisation d'une liste de vérification des observations pour cette recherche était expérimentale. Nous avons cherché à simplifier les méthodes de codage laborieuses demandant un enregistrement et un codage de chaque expression. Des différences existaient probablement dans la performance mais l'instrument simplifié auquel nous étions arrivé n'était probablement pas assez sensible pour les détecter. L'autre facteur qui a pu jouer sur la fiabilité est dû au fait que certains des observateurs n'avaient pas reçu de formation en matière de CIP ni d'instructions adéquates sur la manière d'utiliser l'instrument simplifié. Aussi, cela a-t-il pu déformer les observations et rendre les données inutilisables du point de vue statistiques. En outre, la taille de l'échantillon et la méthode n'étaient peut-être pas adéquates pour détecter les différences entre les groupes.

Même si la méthodologie d'observation n'était pas fiable, nous pouvons dire que l'attitude générale face à la formation en matière de CIP était positive. L'analyse générale de la performance des compétences relatives à la CIP indique que les médecins enquêtés arrivaient bien à communiquer avec les patients. C'est l'utilisation du vocabulaire approprié qui a reçu la note la plus élevée puisque 93,3 % des médecins observés utilisaient le vocabulaire convenant à leurs patients. Les techniques qui ont reçu les moins bons résultats étaient celles concernant «répéter ce que le patient a dit» (59,3 %) et «présenter l'information aux patients en blocs» (51 %).²

² Présenter l'information en blocs concerne une technique de communication où les médecins présentent leur message aux patients en catégories cohérentes et logiques telles que le traitement, les effets secondaires, le suivi et le régime alimentaire. Cette technique suppose que le patient reçoit une information de manière ordonnée, l'aidant ainsi à se rappeler des messages importants.

B. Résultats du questionnaire pour les prestataires de services

Cinquante-trois médecins ont rempli un questionnaire à la fin des consultations observées. Dans ce groupe, on avait 25 médecins formés et 28 qui ne l'étaient pas. Cinq médecins n'ont donné aucun renseignement sur leur formation en matière de CIP et, partant, n'ont pas fait partie de l'étude.

La plupart des médecins enquêtés pensaient que l'ignorance et les faibles niveaux d'instruction (45,3 %) étaient le plus grand obstacle lors de la communication avec leurs patients. Les interruptions externes et le manque d'intimité étaient également mentionnés souvent comme obstacles mais, par contre, 15 % des médecins ne pensaient pas qu'ils rencontraient des problèmes. D'après les médecins, leurs services pourraient être améliorés si l'on réorganisait le service des consultations extérieures. Venaient ensuite au deuxième rang un meilleur matériel et de meilleurs locaux. Seuls quelques médecins pensaient que la formation en matière de CIP améliorerait leur performance. Le fait de changer de praticien était également perçu comme un obstacle. Les médecins pensaient que le manque d'instruction était la raison faisant que le patient n'adhérait pas au traitement prescrit. Tous les médecins ont indiqué que le manque de médicaments et d'argent pour acheter les médicaments étaient des problèmes importants.

Trente-et-un pour-cent des 25 médecins formés ont mentionné qu'un accueil chaleureux du patient aidait vraiment à améliorer l'atmosphère de la consultation. Plus de 27 % des répondants ont mentionné que les techniques d'écoute amélioraient également la communication interpersonnelle. On a jugé tout aussi important le fait de vérifier que le patient accepte le traitement (16 %) et l'attitude empathique face au patient (11 %). Cinquante-cinq pour cent des 25 médecins formés ont mentionné qu'ils utilisaient toujours le guide de poche de «l'aide professionnelle» (voir Appendice A) qui les aidait à créer l'atmosphère adéquate à la consultation et à améliorer les compétences spécifiques. Tous, à l'exception d'un seul, le trouvaient utile. Presque toutes les compétences étaient citées avec la même importance. Tous les médecins formés ont convenu que, outre eux-mêmes et les infirmiers, une formation en matière de CIP devait être donnée aux autres membres du personnel hospitalier, dont les réceptionnistes et les ambulanciers pour améliorer la qualité générale des services hospitaliers et renforcer le travail en équipe et l'esprit d'équipe entre les employés. Il est intéressant de noter que les médecins formés parmi les médecins du groupe semblaient estimer et reconnaître les possibilités que détenait la CIP pour améliorer les soins. Cela indique que la formation avait bien sensibilisé les participants à propos de la CIP et encourageait une attitude positive face aux compétences de CIP chez les médecins. D'après les commentaires qu'ils ont faits, les prestataires de services semblaient chercher à intégrer les nouvelles compétences de CIP à leurs pratiques en utilisant les techniques et l'aide professionnelle.

C. Résultats des interviews avec les patients à la sortie

Une interview à la sortie avec 41 questions a été organisée avec 162 patients. Souvent, il s'agissait de la première visite du patient avec le médecin. Les résultats n'ont montré

aucune différence significative dans les niveaux de satisfaction entre les patients des prestataires formés et non formés. Quarante-deux pour cent du temps, les patients se sont montrés très satisfaits des soins qu'ils avaient reçus. Ils trouvaient qu'ils avaient été bien reçus (93,8 %), qu'on les avait traités avec respect (93,8 %) et que le médecin les avait écoutés attentivement (98 %). Certains patients ont indiqué qu'ils étaient très souvent dérangés par des facteurs externes, par exemple, des personnes entrant dans la pièce. Ils ont mentionné que, parfois, les médecins «leur coupaient la parole.» Ils trouvaient que le médecin les encourageait à acheter ou à prendre les médicaments prescrits. Pour eux, il n'était guère important que les médecins leur demandent quelles étaient leurs opinions à propos de leurs problèmes, plaintes et préoccupations de santé. En général, les patients ont trouvé que le jour de la visite, ils avaient été mieux traités. Certains patients ont mentionné que, ce jour-là, on leur avait donné plus de temps, plus d'explications et plus de soins que d'habitude. Ils ont tous indiqué qu'ils comprenaient assez bien leur médecin et que celui-ci leur avait expliqué entièrement le traitement. En général, ils étaient très satisfaits.

Conclusions et leçons apprises

Ces résultats ne nous permettent pas d'affirmer que les ateliers de CIP organisés avec les médecins, infirmiers et le personnel du PAQ en Egypte avaient valu des changements dans la performance ou amélioré la satisfaction. Mais la formation avait sensibilisé les prestataires à l'importance de la communication et les avait encouragés à développer et à maintenir leurs compétences de CIP parallèlement à leurs compétences cliniques. Les médecins formés ont proposé que l'atelier de formation soit organisé pour un plus grand nombre des membres du personnel hospitalier et soit ajouté au programme universitaire pour que les étudiants puissent, par la suite, fournir de meilleurs soins.

La nécessité d'élaborer des méthodes d'évaluation plus efficaces et plus sensibles de sorte à pouvoir détecter les différences entre les groupes est peut-être l'implication la plus importante de cette étude. La liste de vérification des observations que nous avons mise au point n'était pas fiable et nous pensons qu'il faudrait réaliser d'autres essais avec les listes de vérification (et les échantillons) avant d'abandonner cette méthode ou de juger qu'elle n'est absolument pas fiable.

Cette étude a également montré que les interviews à la sortie n'étaient peut-être pas la meilleure méthodologie pour analyser l'opinion qu'avaient les patients des soins qu'ils recevaient. Dans la culture égyptienne, les patients n'ont pas l'habitude qu'on leur demande leur avis et ils ont peut-être essayé d'être cordiaux avec les interviewers et les médecins. Les discussions de groupe seront peut-être une meilleure approche pour analyser l'opinion des patients. Cette étude démontre qu'il faut améliorer les méthodes de conception de recherche pour que nous puissions mieux analyser les problèmes liés à la qualité et que nous soyons en mesure de les améliorer. Nous pensons également qu'il faut continuer à élaborer des normes et méthodes pédagogiques efficaces pour la CIP, de sorte à pouvoir transmettre les techniques les plus efficaces aux prestataires de services.

Leçon finale de cette expérience : les efforts de formation en matière de CIP doivent être suivis par des activités continues de renforcement pour que les comportements soient maintenus. Ces activités de suivi seront réalisées avec des instruments faciles à utiliser, par exemple, une liste de vérification pour observer des compétences spécifiques, un feedback immédiat face-à-face et une discussion constructive en petits groupes. Les outils et les méthodes nécessaires pour le faire efficacement doivent être élaborés et adaptés aux situations individuelles.

Aide professionnelle
Manuel de formation pour la CIP
Outils de collecte de données



Aide professionnelle



Aide professionnelle



Counseling—Education

- ◆ Voir comment le client perçoit la maladie
- ◆ Corriger les mauvaises conceptions des faits
- ◆ Utiliser le vocabulaire adéquat
- ◆ Expliquer de manière organisée ce qu'il faut savoir/faire ensuite (en blocs)
- ◆ Vérifier si le client comprend la maladie
- ◆ Recommander des comportements concrets au client
- ◆ Motiver le client à suivre le traitement
- ◆ Vérifier que le client accepte le traitement

Terminer

- ◆ Vérifier que le client sait quand il doit revenir
- ◆ Demander au client s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir

Compétences nécessaires pour une communication interpersonnelle efficace

Liste de vérification pour l'autoévaluation

Communication socioémotionnelle générale

- ◆ Souhaiter la bienvenue au patient
- ◆ Utiliser des comportements verbaux et non verbaux

CHS/PAQ, JHU, AED, 1993

Job Aid

The following job aid can be cut out, folded, and used as a pocket guide.



Counseling—Education Giving

- ◆ Find out how client perceives illness
- ◆ Correct misconception of facts
- ◆ Use appropriate vocabulary
- ◆ Explain in an organized way what needs to be known/done next (in blocks)
- ◆ Check client's understanding about illness
- ◆ Recommend concrete behaviors to client
- ◆ Motivate client to follow treatment
- ◆ Make sure client accepts the treatment

Closing

- ◆ Make sure client knows when to come back
- ◆ Ask patient if there is anything else he/she would like to know

Skills Needed for Effective Interpersonal Communication

Self-Assessment Checklist

Overall Socio-Emotional Communication

- ◆ Welcome patient
- ◆ Use verbal and non-verbal communication behaviors

URC/QAP, JHU, AED, 1993

Aide professionnelle



Directives pour parler avec le patient - Dialogue

- ◆ Demander ce qu'il ressent
- ◆ Féliciter le patient pour ses efforts
- ◆ Renforcer les sentiments normaux et compréhensibles
- ◆ Refléter les émotions du patient
 - répéter ce que le patient a dit
 - l'inviter à parler davantage
- ◆ Démontrer l'empathie
- ◆ Démontrer le soutien/collaboration
- ◆ Aider le patient à ne pas se préoccuper

Compétences pour la résolution de problème - Collecte de données

- ◆ Ecouter efficacement
- ◆ Encourager le dialogue : poser des questions ouvertes
- ◆ Eviter les interruptions
- ◆ Eviter le diagnostic prématuré
- ◆ Résister au suivi immédiat
- ◆ Sonder (explorer) pour obtenir plus d'informations
- ◆ Demander quelles sont les causes, les difficultés et les préoccupations liées au problème.

Job Aid



Guidelines To Talk With Patient —Dialogue

- ◆ Ask for feelings
- ◆ Compliment patient efforts
- ◆ Reinforce feelings that are normal and understandable
- ◆ Reflect the patient's emotions
 - repeat what patient said
 - invite him/her to speak more
- ◆ Show empathy
- ◆ Show support/partnership
- ◆ Help patient not to worry

Problem Solving Skills —Gathering Data

- ◆ Listen effectively
- ◆ Encourage dialogue:
ask open-ended questions
- ◆ Avoid interruption
- ◆ Avoid premature diagnosis
- ◆ Resist immediate follow-up
- ◆ Probe (explore) for more information
- ◆ Ask about causes, difficulties and worries related to the problem

Aide professionnelle

Counseling—Education

- ◆ Voir comment le client perçoit la maladie
- ◆ Corriger les mauvaises conceptions des faits
- ◆ Utiliser le vocabulaire adéquat
- ◆ Expliquer de manière organisée ce qu'il faut savoir/faire ensuite (en blocs)
- ◆ Vérifier si le client comprend la maladie
- ◆ Recommander des comportements concrets au client
- ◆ Motiver le client à suivre le traitement
- ◆ Vérifier que le client accepte le traitement

Terminer

- ◆ Vérifier que le client sait quand il doit revenir
- ◆ Demander au client s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir

Compétences nécessaires pour une communication interpersonnelle efficace

Liste de vérification pour l'autoévaluation

Communication socioémotionnelle générale

- ◆ Souhaiter la bienvenue au patient
- ◆ Utiliser des comportements verbaux et non verbaux

CHS/PAQ, JHU, AED, 1993

Job Aid

The following job aid can be cut out, folded, and used as a pocket guide.

Counseling—Education Giving

- ◆ Find out how client perceives illness
- ◆ Correct misconception of facts
- ◆ Use appropriate vocabulary
- ◆ Explain in an organized way what needs to be known/done next (in blocks)
- ◆ Check client's understanding about illness
- ◆ Recommend concrete behaviors to client
- ◆ Motivate client to follow treatment
- ◆ Make sure client accepts the treatment

Closing

- ◆ Make sure client knows when to come back
- ◆ Ask patient if there is anything else he/she would like to know

Skills Needed for Effective Interpersonal Communication

Self-Assessment Checklist

Overall Socio-Emotional Communication

- ◆ Welcome patient
- ◆ Use verbal and non-verbal communication behaviors

URC/QAP, JHU, AED, 1993

Ne découpez pas — Utilisez seulement comme la copie principale

Aide professionnelle

Directives pour parler avec le patient - Dialogue

- ◆ Demander ce qu'il ressent
- ◆ Féliciter le patient pour ses efforts
- ◆ Renforcer les sentiments normaux et compréhensibles
- ◆ Refléter les émotions du patient
 - répéter ce que le patient a dit
 - l'inviter à parler davantage
- ◆ Démontrer l'empathie
- ◆ Démontrer le soutien/collaboration
- ◆ Aider le patient à ne pas se préoccuper

Compétences pour la résolution de problème - Collecte de données

- ◆ Ecouter efficacement
- ◆ Encourager le dialogue : poser des questions ouvertes
- ◆ Eviter les interruptions
- ◆ Eviter le diagnostic prématuré
- ◆ Résister au suivi immédiat
- ◆ Sonder (explorer) pour obtenir plus d'informations
- ◆ Demander quelles sont les causes, les difficultés et les préoccupations liées au problème.

Job Aid

Guidelines To Talk With Patient —Dialogue

- ◆ Ask for feelings
- ◆ Compliment patient efforts
- ◆ Reinforce feelings that are normal and understandable
- ◆ Reflect the patient's emotions
 - repeat what patient said
 - invite him/her to speak more
- ◆ Show empathy
- ◆ Show support/partnership
- ◆ Help patient not to worry

Problem Solving Skills —Gathering Data

- ◆ Listen effectively
- ◆ Encourage dialogue: ask open-ended questions
- ◆ Avoid interruption
- ◆ Avoid premature diagnosis
- ◆ Resist immediate follow-up
- ◆ Probe (explore) for more information
- ◆ Ask about causes, difficulties and worries related to the problem

Ne découpez pas — Utilisez seulement comme la copie principale

Manuel de formation pour la CIP

EGYPTE



Manuel de formation

**Compétences en communication
interpersonnelle (PIC) pour les prestataires de
soins de santé primaires**

Egypte

Janvier 1995



Projet d'assurance de qualité

Centre pour les services humains

en collaboration avec

l'Académie pour le développement de l'éducation

et

l'Université Johns Hopkins

Contrat USAID No. DPE-5992-A-00-0050-00

Index

Remerciements

Liste des abréviations

I. Général

Introduction

Objectifs de la formation en communication interpersonnelle

Programme de l'atelier

II. Contenu de l'atelier

PREMIERE JOURNEE : Compétences de communication interpersonnelle :
Concepts fondamentaux des compétences
socioémotionnelles

DEUXIEME JOURNEE : Compétences de communication interpersonnelle
(suite)

Collecte de données & techniques de counseling

Pratique des nouvelles compétences

TROISIEME JOURNEE : Compétences de communication interpersonnelle
entre les prestataires de santé

Evaluation - Clôture

III. Liste de transparents

IV. Annexes

Remerciements

Le présent manuel a été réalisé par le Projet d'assurance de qualité (PAQ), projet financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et mis en œuvre par le Centre pour les services humains (CHS), conjointement avec l'Académie pour le développement de l'éducation (AED) et l'Université Johns Hopkins (JHU). Ce manuel sur la Communication interpersonnelle (CIP) a été adapté de «Communication Strategies in the Medical Interview,» projet Pfizer, USA. Il a été mis au point pour répondre aux besoins d'une étude de validation faite sur les compétences de communication interpersonnelle au Honduras par le Projet AQ en 1993-1994. Ce manuel a été utilisé pour l'intervention de formation de l'étude. Nous tenons à faire mention de la contribution des prestataires de santé honduriens qui ont suivi l'atelier et amélioré sa qualité.

En juillet 1994, cet atelier a été organisé pour le personnel médical de l'hôpital du 15 Mais au Caire, en Egypte. Nous remercions les médecins égyptiens qui ont amélioré cet atelier.

Liste des abréviations

AED	L'Académie pour le développement de l'éducation
CHS	Centre pour les services humains
IEC	Information éducation communication
CIP	Communication interpersonnelle
JHU	Université Johns Hopkins
PAQ	Projet d'assurance de qualité
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

COMPETENCES EN COMMUNICATION INTERPERSONNELLE (CIP) POUR LES AGENTS DE SOINS PRIMAIRES

Introduction

Ce manuel de formation pour des compétences de communication interpersonnelle a été mis au point par le Projet d'assurance de qualité du Centre pour les services humains (CHS), en collaboration avec l'Université Johns Hopkins (JHU) et l'Académie pour le développement de l'éducation (AED). Il devait être adapté et appliqué aux besoins du système sanitaire égyptien. Le principal objectif de la formation est de renforcer les compétences de communication des prestataires de santé et d'améliorer leur communication interpersonnelle avec les patients, de sorte à améliorer les résultats sur le plan santé. La formation cherchera également à améliorer les compétences de communication sur les lieux du travail, de sorte à améliorer les relations professionnelles. La formation est conçue de sorte que les experts égyptiens de la formation puissent facilement reproduire l'atelier sur l'ensemble du pays.

La formation utilisera diverses méthodes pédagogiques pour que les participants puissent acquérir de nouvelles connaissances, avoir davantage confiance en leur efficacité et appliquer les méthodes de communication interpersonnelle les plus récentes en partant des compétences et des points forts qu'ils possèdent déjà. Voici les méthodes qui seront utilisées :

- ◆ Brèves présentations sur les techniques de communication spécifiques comprenant des exemples concrets de «ce qu'il faut faire,» et de «ce qu'il ne faut pas faire.»
- ◆ Séances plénières participatives avec des séances de brainstorming et de questions-réponses pour que les participants puissent découvrir par eux-mêmes les nouvelles compétences.
- ◆ Des jeux de rôle dynamiques qui démontreront les diverses stratégies de communication et permettront aux participants d'appliquer ces méthodes.
- ◆ Des bandes vidéo qui seront utilisées comme outils pédagogiques. Des techniques de répétition mentale seront utilisées pour que les participants puissent voir quels sont les aspects des nouvelles compétences de communication interpersonnelle qui sont les plus faciles ou les plus difficiles pour eux et pour trouver comment ils peuvent venir à bout de ces difficultés à titre individuel.
- ◆ Des exercices pratiques feront partie de l'atelier. Chaque participant enregistrera les conversations de certaines consultations avec des patients. Des bandes seront analysées et critiquées par le groupe pour que chaque prestataire puisse obtenir un feedback et des suggestions spécifiques sur la manière d'améliorer son travail. En Egypte, une bande vidéo sur des consultations servira à renforcer et à démontrer les compétences de CIP.

Objectifs de la formation

- ◆ Renforcer les compétences de communication des prestataires de santé et améliorer leurs interactions interpersonnelles avec les patients, de sorte à améliorer la satisfaction du patient, son adhésion au traitement et les résultats sanitaires.
- ◆ Renforcer les compétences de communication des prestataires de santé et améliorer leurs contacts interpersonnels avec les collègues, de sorte à améliorer les relations de travail et à rendre le travail plus efficace.
- ◆ Se concentrer sur des compétences de communication interpersonnelle qui, d'après les prestataires de la santé égyptiens, sont les plus utilisées et les plus acceptables dans le contexte égyptien.
- ◆ Permettre aux experts de la formation égyptiens de reproduire le cours, tel qu'approprié, sur l'ensemble du pays.

Contenu de l'atelier

I. PREMIERE JOURNEE : Compétences de communication interpersonnelle (CIP) *(4 heures et demi d'instruction)*

1. Introduction : *(2 heures)*
 - A. Orientation à l'intervention de la CIP
 - B. Concepts fondamentaux de la CIP
2. Compétences nécessaires pour une communication efficace *(2 heures, 30 minutes)*
 - A. Compétences de communication socioémotionnelle

II. DEUXIEME JOURNEE : Compétences de communication interpersonnelle (CIP) *(4 heures et demi de formation)*

1. Compétences nécessaires pour une communication efficace *(suite) (3 heures)*
 - A. Compétences de résolution de problèmes
 - B. Counseling et IEC
2. Examen et analyse en groupe des bandes audio des participants *(les équipes identifient les points forts, les points faibles et les recommandations) (temps dépend de l'option).*
3. Pratiques des compétences *(transcription, jeu de rôle, mini-études de cas)*
4. Comment maintenir ces compétences - Utilisation de l'aide professionnelle *(15 minutes)*

III. TROISIEME JOURNEE : Compétences de communication interpersonnelle (CIP) entre les prestataires sanitaires *(4 heures d'instruction)*

1. Divers aspects causant des difficultés dans le contexte de travail et rôle des compétences de la CIP dans le contexte professionnel *(3 heures)*
2. Evaluation de l'atelier par les participants *(30 minutes)*
3. Recommandations sur la future formation en CIP dans le pays *(30 minutes)*
4. Séance de clôture - certificat *(30 minutes)*

Contenu de la formation

PREMIERE JOURNEE

La première journée (4 heures et demi) de l'atelier comprend deux parties :

- (1) Une séance plénière de deux heures pour (a) une introduction : présentation des formateurs et des participants, (b) une revue des concepts fondamentaux de la communication interpersonnelle (CIP).
- (2) Une séance de deux heures et demi pour revoir les compétences nécessaires pour une communication efficace. Les participants seront répartis en petits groupes de 4-5 personnes. Les groupes seront guidés par les formateurs. Des grandes fiches ou des transparents, diapositives et films de vidéo seront utilisés. Les compétences seront acquises par le biais de jeux de rôle et de simulations réalisés par les participants et/ou les formateurs. Les résultats et commentaires seront présentés en plénière. Pas besoin de faire un exposé. Cela prouve aux participants qu'ils disposent déjà des compétences et que celles-ci ont simplement besoin d'être renforcées ou changées/améliorées.

Note : Ce manuel de formation est fait pour les participants mais il comprend des commentaires (notes du formateur) qui peuvent aider toute personne qui veut faciliter l'atelier. Encourager les participants à utiliser leur manuel en ajoutant leurs notes/commentaires personnels.

1. Introduction (2 heures)

A. Orientation à l'intervention de la CIP (30 minutes)

Sujet - Activités

(a) Les coformateurs se présentent.

(b) Exercice de mise en train :

Les participants travaillent en paires : ils s'écoutent mutuellement pendant deux minutes et, ensuite, présentent leur partenaire au groupe.

(c) Le formateur en chef présente les objectifs de la formation.

Notes du formateur

Les coformateurs terminent leur présentation en indiquant trois choses qu'ils aiment tout particulièrement et deux choses qu'ils n'aiment pas.

Transparent 1

Objectifs de la formation en CIP

- ◆ Renforcer les compétences de communication des prestataires de santé et améliorer leurs contacts interpersonnels avec les patients ;
- ◆ Renforcer les compétences de communication des prestataires de santé et améliorer leurs contacts interpersonnels avec les collègues ;
- ◆ Se concentrer sur des compétences de communication interpersonnelle qui sont acceptables dans le contexte égyptien ;
- ◆ Permettre aux experts de la formation égyptiens de reproduire le cours, tel qu'approprié, sur l'ensemble du pays.

Note : Le formateur peut passer en revue avec les participants l'emploi du temps et le manuel des participants pour qu'ils prennent connaissance du plan.

B. Concepts fondamentaux de la communication interpersonnelle *(une heure et demi)*

Clarification des valeurs

Le formateur introduit la séance avec un exercice sur les valeurs.

Différentes caractéristiques de la communication interpersonnelle (CIP)

Brainstorming avec les participants sur les caractéristiques de la CIP (verbale et non verbale).

Communication non verbale

Langage gestuel : les membres du groupe essayent à tour de rôle d'exprimer diverses émotions avec leur corps/visage. Les autres participants essayent de deviner quels sont les sentiments ainsi exprimés.

Simulation : demandez aux participants de former des paires et demandez-leur de s'identifier eux-mêmes comme A et B. Demandez que tous les A parlent pendant 3 minutes ; les B ne peuvent pas interrompre ou dire quoi que se soit mais ils font attention à ce qui est dit par les A. Après 3 minutes, demandez-leur de changer ; à présent, ce sont les B qui parlent et les A qui écoutent.

En plénière, discutez avec les participants de ce qu'ils ressentaient et pensaient.

Demandez aux participants s'ils communiquent parfois des messages négatifs, surtout des messages non verbaux. Lesquels ?

Notes du formateur

Donnez aux participants la «liste des valeurs» (*Annexe 1*) et demandez-leur de la remplir individuellement. Dites aux participants que toutes les réponses sont bonnes. (*5 minutes*).

Le codage sera fait ensuite par un cofacilitateur/coformateur. On passera à la conclusion sur la clarification des valeurs lorsqu'on connaîtra les résultats. (*Voir Annexe 1 bis pour une information supplémentaire pour le codage. Utilisez-la pour le Transparent #2 pour présenter les résultats*).

En concluant, demandez aux participants la signification des résultats : pourquoi sont-ils différents ? Pourquoi est-il important de parler des valeurs ?

Transparent 2

Utilisez l'Annexe #1 bis, remplie avec les résultats du groupe.

par exemple, crainte, colère, ennui, bonheur, etc.

Demandez d'abord une communication non verbale (comportements), langage gestuel, contact visuel, sentiments (embarras) ; demandez des expressions gestuelles spécifiques : aise, compréhension, aide.

Réponses possibles : distraction, un appel téléphonique, quelqu'un qui rentre, une expression du visage, pas de chaise pour le client.

Compétences d'écoute

Discutez avec les participants de l'importance de l'écoute.

Concluez avec les participants qui parlent des différents des communications interculturelles et de l'importance d'interpréter exactement la communication non verbale.

Efficacité du langage

Exercice : traduction - l'utilisation d'un langage simple. Lisez et montrez un exemple d'un texte qui est difficile à comprendre. Demandez aux participants de proposer un texte simple.

Distribuez la fiche (Annexe 2) : «Efficacité du langage : «Traduire» l'information médicale» et demandez-leur de travailler individuellement (5 min). Demandez à des volontaires de lire leur «traduction.»

Notes du formateur

Demandez aux participants de se rapporter à l'Annexe #2 «autoévaluation des compétences d'écoute.»

Réponses possibles :

- ◆ Cela aide les clients à exprimer leurs sentiments, craintes ou angoisses ; le client se sent mieux s'il exprime ses sentiments ;
- ◆ Cela aide les clients à avoir moins peur de partager une information qui pourrait être embarrassante ;
- ◆ Cela encourage les clients à communiquer, à partager l'information ;
- ◆ Cela traite le client comme un adulte plutôt que comme un enfant et, partant, facilite la résolution de problèmes par le client ;
- ◆ Cela les encourage à trouver des solutions à leurs propres problèmes ;
- ◆ Cela encourage une relation amicale et chaleureuse avec le personnel hospitalier.

Trop souvent, nous compliquons le langage. Nous utilisons des mots que les gens ne comprennent pas. Cet exercice nous aidera à «traduire» une terminologie difficile dans des mots simples que nos clients peuvent comprendre.

Montrez le Transparent #3 : exemple d'un langage trop difficile et sa «traduction.» Voir en Annexe #3 l'exercice : «Traduction - Efficacité du langage.»

Transparent 3

Efficacité du langage

LANGAGE COMPLIQUE

«La contraception chirurgicale volontaire est une procédure chirurgicale pour une contraception permanente. Chez la femme, l'opération consiste à opturer ou oblitérer les trompes de Fallope pour éviter le passage des ovules et des spermatozoïdes.»

LANGAGE SIMPLE

«Les femmes peuvent avoir une opération qui les empêchera d'avoir des bébés. Chez les femmes, les tubes sont noués de sorte à ce que les ovules et les spermatozoïdes ne peuvent pas se rencontrer.»

Efficacité du langage (cont.)

Discutez des raisons faisant qu'il est important d'utiliser des mots simples et directs.

Définition de la communication interpersonnelle (CIP)

Animez une discussion au sein des participants sur la définition de la CIP.

Présentation de diapositives : introduction à la CIP (utilisation d'affiches, d'annonces radiophoniques et télévisées ; de rencontres entre deux personnes ; de différents niveaux de communication ; de CIP verbale et non verbale, attitudes, expressions, apparences - 12 diapositives de PCS/JHU).

Si les diapositives ne sont pas disponibles, discutez avec le groupe des différents niveaux de la communication et de l'importance de chacun. Montrez comment ils sont complémentaires.

Notes du formateur

Réponses possibles : évitez les malentendus et évitez de créer des mythes.

À la fin de l'exercice, demandez aux participants de se rapporter à «Donner aux clients une information claire de manière qu'ils comprennent» (Annexe #4).

Inscrivez la définition des participants sur le tableau, en utilisant leurs mots. Les participants continuent à proposer des éléments de la communication interpersonnelle jusqu'à ce que tous les aspects aient été mentionnés en utilisant les mots des participants. On peut également montrer une définition générale (Transparent #4).

Transparent 4

<p>Définition de la communication interpersonnelle (CIP)</p>

<p>La CIP est l'échange d'informations ou de pensées verbal et non verbal face-à-face entre deux personnes ou plus.</p>

Le facilitateur explique chaque diapositive. La dernière diapositive montre les différents niveaux de la communication. Demandez aux participants de se rapporter à l'Annexe #5 «Niveaux de communication.» Montrez que le niveau de communication interpersonnelle se trouve au point central. Parlez de l'impact et du rôle des différents modes de communication.

2. Compétences nécessaires pour une communication efficace (2 heures et demi)

Le formateur explique que les compétences présentées ensuite ne sont pas nouvelles. Parfois, elles sont ignorées à cause d'autres obligations ou l'on ne pense pas qu'elles sont importantes. Cette formation a deux objectifs : (1) offrir des techniques pour renforcer les compétences de Communication interpersonnelle et (2) voir comment les intégrer lors des consultations structurées données par des médecins égyptiens (Transparent #5 : objectifs).

La maîtrise des techniques présentées permet non seulement au clinicien d'acquérir un plus grand nombre de compétences mais fournit également le cadre de leur application. Les compétences sont présentées en trois parties : (1) Compétences de communication socioémotionnelle : Directives pour parler aux patients, (2) Compétences pour la résolution de problèmes, (3) Compétences liées au counseling, à l'éducation et l'information (Transparent #6). Toutefois, le formateur doit bien indiquer que, dans la réalité, une rencontre ne se fait pas toujours dans la même séquence. Ce qui compte, c'est que les compétences de communication interpersonnelles sont utilisées lors de la rencontre. Au début de la séance, les participants reçoivent une aide professionnelle. Chacun peut la remplir avec ses exemples préférés. L'Annexe #6 présente l'aide professionnelle qui peut être utilisée, découpée et pliée. (Nous vous en fournissons deux.)

Transparent 5

Objectifs de la formation

- (1) offrir des techniques pour renforcer les compétences de communication interpersonnelles ;
- (2) voir comment les intégrer lors des consultations structurées données par des médecins égyptiens ;
- (3) voir comment les renforcer pour permettre de meilleures relations professionnelles.

Transparent 6

Compétences de communication interpersonnelle

- (1) Compétences de communication socioémotionnelle : Directives pour parler aux patients,
- (2) Compétences pour la résolution de problème,
- (3) Compétences liées au counseling, à l'éducation et l'information.

A. Communication socioémotionnelle générale : Etablir le contact et répondre aux émotions des clients : Directives pour parler avec des patients (une heure et demi)

Mini-présentation : A l'aide de transparents (Tr. #7, #8), le formateur en chef (1) donne brièvement la définition de la communication socioémotionnelle et (2) explique 9 comportements qui renforcent le contact interpersonnel entre le client et le prestataire.

1. Définition de la communication socioémotionnelle : le prestataire établit et maintient un contact positif avec le client tout au long de la rencontre. Un regard positif signifie un ensemble de techniques aidant le prestataire à montrer qu'il est réceptif à ce que dit le patient et qu'il respecte ce dernier (Transparent #7).

Transparent 7

Définition de la communication socioémotionnelle

Le prestataire établit et maintient un contact positif avec le client tout au long de la rencontre.

2. Les neuf comportements suivants aideront le prestataire à atteindre son but, à savoir renforcer le contact interpersonnel entre lui-même et le patient.

Transparent 8

Comportements qui renforcent le contact interpersonnel entre le client et le prestataire

- ◆ Phrase de bienvenue
- ◆ Communication non verbale appropriée
- ◆ Demander ce que le patient ressent
- ◆ Féliciter le patient pour les efforts qu'il a faits
- ◆ Légitimation
- ◆ Empathie
- ◆ Réflexion (répétition)
- ◆ Soutien
- ◆ Phrase de réassurance

Compétences - Techniques

Phrase de bienvenue

Il s'agit de donner le ton de la rencontre afin de créer une atmosphère agréable où le patient peut partager du matériel émotionnel, des craintes, des préoccupations et des problèmes.

Demandez à deux participants de faire un jeu de rôle sur le début d'une rencontre : «Souhaitez la bienvenue au patient et donnez le ton de l'entretien.»

Demandez aux participants de donner des exemples de phrases de bienvenue personnalisées. Partagez des phrases avec le groupe.

Communication non verbale non appropriée

Discutez/faites une liste des comportements non verbaux. Analysez leur adéquation. Demandez à chaque prestataire de choisir 3 comportements non verbaux qui amélioreraient sa communication : (démontrer l'écoute active ; éviter les distractions ; maintenir le contact visuel ; faciliter la conversation en s'asseyant face à l'autre ; éviter d'être séparé par une table...).

Avec l'aide d'un transparent (*Tr. #8*) et avec les commentaires des participants, le formateur présente les 7 compétences restantes aux participants. Le but de cette partie de la rencontre, c'est que le prestataire fait de son mieux pour

Notes du formateur

Vérifiez que les deux acteurs souhaitent la bienvenue au patient. Le ton de l'entretien peut être donné par ce type de phrase : «*Bonjour, je suis le Dr _____, comment allez-vous aujourd'hui ? Qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ?...*

Utilisez des comportements de communication verbale et non verbale. Parlez de ce qui a été fait pendant la première partie de la formation. Demandez aux participants de garder leurs comportements non verbaux choisis et de les inscrire dans leur «aide professionnelle» à la fin de la séance.

Compétences - Techniques (cont.)

comprendre les sentiments du client et pour les partager avec celui-ci. Pour cela, il utilise les techniques suivantes :

Demander ce que le client ressent

Il est important de répondre aux sentiments d'un client pour que celui-ci voit que le prestataire est attentif et intéressé.

Féliciter le patient pour les efforts qu'il a fait

Ces phrases montrent au client qu'il est respecté, estimé ou approuvé.

Légitimation

Rassurez le client en lui montrant que ses réactions et sentiments sont normaux et qu'on peut s'attendre à de tels sentiments.

Empathie

L'empathie, c'est la capacité de ressentir les sentiments ou de comprendre les problèmes d'une autre personne, en partant d'un autre point de vue que le sien. Le prestataire doit montrer au client qu'il accepte ses émotions.

Réflexion (répétition)

La réflexion se rapporte à une intervention de la part du médecin qui met simplement par mots les émotions du client que le prestataire observe.

Soutien

Des expressions de soutien explicites peuvent renforcer la relation du client et du prestataire. Cela souligne l'engagement personnel du prestataire qui veut aider le client. Souvent, la meilleure manière d'exprimer ce soutien est par le ton de la voix plutôt qu'en utilisant des mots spécifiques.

Phrases de réassurance

Un grand nombre de clients viennent voir les médecins pour être rassurés. Mais il est important de ne pas les rassurer trop vite tant que le diagnostic n'est pas confirmé.

Notes du formateur

«Comment vous sentez-vous à ce propos ?»

«Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus à ce propos ?»

«Que pense votre époux de cela ?»

«Je suis heureux que vous soyez revenu pour votre rendez-vous, tel que prévu.»

«Vous avez fait de votre mieux pour votre enfant...»

«La plupart des personnes réagissent exactement comme vous à cette situation.»

«Vous devez savoir que vos réactions sont tout à fait normales vu les circonstances.»

«Je suis désolé de ce qui est arrivé...»

«Cela me fait mal pour vous...»

«Vous semblez beaucoup souffrir (préoccupations, stress, etc.)...»

«Je peux voir que cela vous chagrine énormément.»

«Dites-moi ce que je peux faire pour vous»

«N'hésitez pas à revenir me voir si vous avez besoin d'aide»

«Votre état n'a pas l'air grave ; si vous suivez mes instructions, vous avez de bonnes chances de vous sentir mieux.»

Exercice : Pratique des compétences de CIP (1 heure)

Les participants (1) écoutent la bande audio des rencontres locales ; (2) avec la transcription des rencontres tapée dans le pays (voir Annexe #7), les participants travaillent en groupes et voient comment on peut améliorer les rencontres en utilisant les (nouvelles) compétences qu'on vient de revoir (pour le moment, uniquement les compétences socioémotionnelles). Présentation du groupe en plénière, discussion et conclusion (1 heure).

DEUXIEME JOUR

Il est bon de commencer en passant en revue les compétences et techniques que les participants ont pratiquées la veille. Les participants discutent entre eux et échangent idées et pensées. Demandez-leur, par exemple, lesquelles, à leur avis, sont les plus utiles.

2. Compétences nécessaires pour une communication efficace (suite) (3 heures)

B. Compétences de résolution de problèmes : Collecte de données pour comprendre la situation et les problèmes des clients (1 heure, 30 minutes)

Le formateur présente aux participants les compétences liées à la résolution de problèmes (*Transparent #9*). Il introduit le thème en indiquant qu'un diagnostic exact dépend largement de la capacité des prestataires à obtenir l'information nécessaire d'un patient. La plupart des prestataires connaissent bien les processus de collecte de données nécessaires pour comprendre les problèmes du patient mais il pourrait y avoir certains problèmes au niveau du style de communication, par exemple, le fait d'interrompre le patient ou de sauter trop rapidement aux conclusions. Les prestataires peuvent devenir des interviewers plus efficaces s'ils utilisent les compétences techniques de collecte de données de manière plus systématique.

Compétences - Techniques

Ecoute efficace ou écoute attentive/active est une technique de communication non parlée qui aide à mettre à l'aise les patients. Le prestataire montre qu'il est intéressé en restant patient et en n'interrompant pas.

Transparent 9

Compétences de résolution de problème

- ◆ Ecoute efficace ou écoute attentive/active
- ◆ Encourager le dialogue
- ◆ Eviter les interruptions
- ◆ Eviter les diagnostics prématurés
- ◆ Résister au suivi immédiat
- ◆ Obtenir plus d'informations
- ◆ Demander au patient ce qui semble être la cause des problèmes.

Notes du formateur

L'écoute active peut être complétée par une certaine intervention «verbale» qui encourage le patient à continuer à parler. Utilisez des compétences de communication verbale et non verbale : «*hum, je vois, dites-m'en davantage,*» etc., hochements de tête, contacts visuels...

Compétences - Techniques

Encourager le dialogue.

On encourage le dialogue en posant des questions demandant au patient de donner une réponse plus complète qu'un simple «oui» ou «non». Ainsi, le patient a l'occasion de révéler plus librement les problèmes. Ce sont les «questions ouvertes» opposées aux «questions fermées». Une fois que le patient a raconté son problème, le prestataire peut se concentrer davantage sur tel ou tel aspect pour arriver à un diagnostic spécifique et terminer le dialogue par quelques questions fermées.

Eviter les interruptions.

Le prestataire laisse le patient expliquer ses problèmes.

Eviter le diagnostic prématuré. (=Résister au suivi immédiat.)

Le prestataire évite de sauter aux conclusions lorsque le patient parle d'un problème.

Obtenir plus d'informations.

Le prestataire pose des questions ouvertes au patient pour que celui-ci ait l'occasion d'expliquer tout ce qui le préoccupe. En posant ces questions approfondies, le prestataire examine, explore toutes les possibilités.

Demandez au patient : qu'est-ce qui semble être la cause des problèmes, quelles sont les difficultés, d'autres soucis ?

Notes du formateur

«Questions ouvertes» sur la plainte d'un patient :
«Parlez-moi de la première fois où vous avez remarqué ces symptômes de douleur.» «Décrivez-moi la situation quand votre enfant a commencé à manger moins.»

Une étude réalisée en 1984 aux Etats-Unis par Beckman & Frankel sur l'effet qu'avait le comportement des médecins sur la collecte de données constatait que la plupart des patients étaient interrompus dans les 18 secondes suivant leur présentation du problème, car le médecin dirigeait des questions vers un problème spécifique. Cela signifiait que les médecins passent probablement du temps sur des problèmes qui risquent de ne pas être les plus importants pour le patient. Les mêmes chercheurs ont constaté qu'aucun patient n'utilisait plus de 150 secondes pour terminer un exposé entier.

Ecoutez bien avant de recommander une solution ou un traitement. NE PAS DIRE : «Pour les maux de tête que vous venez de mentionner, prenez une aspirine chaque fois que vous avez mal.»

«Y a-t-il des soucis dont vous aimeriez me faire part ?»

«Pouvez-vous me parler davantage de la perte d'appétit de votre enfant ?»

«Dites-moi comment vous vous sentez le matin quand vous vous réveillez»

Le prestataire utilisera des «questions ouvertes» pour étudier les causes du problème et faire un diagnostic : «A votre avis... Pourquoi y a-t-il des problèmes à la maison ?» Les questions peuvent devenir des questions fermées pour mieux se concentrer sur le problème.

Exercice : Pratique des compétences de CIP (1 heure)

Les participants forment des paires «A et B» pour faire un jeu de rôle d'un scénario. (*Se rapporter à l'Annexe #8*). Le texte indique aux patients («participants A») de ne dire au médecin que ce qu'il veut savoir. Les prestataires («participants B») doivent trouver en 5 minutes tout ce qu'ils peuvent en utilisant les nouvelles compétences. Ensuite, les membres de la paire changent de rôle et prennent un nouveau scénario (*Annexe #9*). Discutez de l'expérience et rapportez-la à la pratique effective.

Attention : Lorsque vous donnez les instructions (Guide de simulation) NE donnez PAS toute l'Annexe 8 et, ensuite, l'Annexe 9 à tous les participants ; d'abord, coupez l'Annexe : la moitié pour les participants A, l'autre moitié pour les participants B, car ils ne sont pas supposés connaître les problèmes des patients.

C. Counseling et information/éducation (1 heure, 30 minutes)

Les participants font un brainstorm de «Qu'est le counseling ?» et arrivent à leur propre définition. Montrez le Transparent #10.

Les techniques pour mieux donner le counseling et l'information sont introduites en montrant une vidéo aux participants ou en faisant un jeu de rôle d'une séance de counseling (*voir Annexe #10*). Les participants travaillent en groupe ou en plénière, discutant des compétences ou techniques qu'ils ont notées. Les participants devraient ensuite voir si elles conviennent dans leur propre environnement. Demandez-leur comment ils les adapteraient ou comment ils donneraient des conseils aux clients. Chaque participant fait une «répétition mentale» : décrire un client et un diagnostic (*voir Annexe #11*). Chaque participant imagine qu'il donne un counseling. Les participants notent comment ils ont abordé mentalement le counseling. Partagez en plénière (30 minutes). Montrez la liste de compétences qui aidera le prestataire à donner un bon counseling (*Transparent #11*). Chaque compétence est discutée et des exemples concrets sont donnés pour chacune.

Transparent 10

Définition du counseling

Une interaction personne-à-personne dans le cadre de laquelle le prestataire fournit une information adéquate qui permettra au client de prendre une décision éclairée sur sa santé. Le counseling aide le client à comprendre ses sentiments et à faire face à ses préoccupations personnelles particulières. Un counseling efficace donne au client le pouvoir nécessaire pour prendre ses propres décisions.

Transparent 11

Counseling et information/éducation

- ◆ Voir si le client comprend la maladie.
- ◆ Corriger les mauvaises compréhensions de faits.
- ◆ Utiliser le vocabulaire approprié.
- ◆ Présenter/expliquer ce que les clients doivent savoir/faire pour se sentir mieux (en blocs).
- ◆ Voir si le client comprend la maladie, corriger les mauvaises compréhensions.
- ◆ Discuter/prescrire des changements comportementaux concrets que le client peut faire.
- ◆ Répéter, récapituler l'information-clé.
- ◆ Convaincre/motiver le client.
- ◆ Vérifier l'acceptabilité/mutualité de la prise de décisions.
- ◆ Clore.

Compétences - Techniques

Voir si le client comprend la maladie.

Avant que le patient n'écoute le diagnostic du prestataire, celui-ci verra qu'il est utile d'écouter les propres pensées du client quant aux causes de la maladie. Les clients peuvent révéler des informations et des émotions qui aident les prestataires à déterminer le diagnostic clinique ou à mieux faire comprendre aux patients leur problème.

Corriger les mauvaises compréhensions de faits et fournir information et éducation sur les questions importantes.

Utiliser le vocabulaire approprié et évaluer le niveau de compréhension du patient avant de choisir la manière d'expliquer le diagnostic.

Présenter/expliquer ce que les clients doivent savoir/faire pour se sentir mieux (en blocs).

Utilisez de petites phrases dont on peut se souvenir facilement. Faites souvent des pauses et répétez les détails-clés.

Voir si le client comprend la maladie, corriger les mauvaises compréhensions.

Lorsque le prestataire est satisfait de l'information présentée et de tous les détails fournis, il peut voir si le patient a compris. Seul le client peut confirmer ce qu'il a compris. La meilleure manière de le faire est de poser des questions ouvertes.

Discuter/prescrire des changements comportementaux concrets que le client peut faire.

Le prestataire ne demande pas au client de faire quelque chose que lui-même trouve impossible à accomplir.

Notes du formateur

«Dites-moi ce que vous savez de votre état»

«Qu'est-ce qui en est la cause ?» «Comment peut-il être guéri ?»

«D'après ce que nous savons de la diarrhée, il est probable qu'elle a été causée par une eau contaminée ou par une nourriture contaminée...»

«Lorsque vous rentrez à la maison, donnez une petite cuillerée du médicament à votre enfant et une autre au moment d'aller au lit. Demain matin, il ne faut rien lui donner à manger avant d'aller au laboratoire pour le test sanguin. Pourriez-vous revenir me voir lundi prochain à 9h00. J'aurai les résultats du laboratoire.»

«J'aimerais bien vérifier que j'ai tout expliqué clairement. Pourriez-vous me dire comment et quand vous avez donné le médicament à votre enfant ?» «Quelles sont les choses les plus importantes que vous devez faire lorsque vous rentrez chez vous...» (les participants peuvent s'exercer avec les Annexes #8 et #9).

«Donc, d'après ce dont nous avons discuté, vous irez marcher pendant 20 minutes tous les jours.» (NE PAS dire : «Essayez de faire du sport tous les jours»). Ou, «Présentez à votre enfant le dîner que vous avez préparé pour la famille.» (NON PAS : «Votre enfant devrait manger plus tous les jours.») Mais, «Vous m'avez dit que votre enfant aime les bananes, alors vous pouvez lui en donner une tous les jours.»

Compétences - Techniques

Notes du formateur

Répéter, récapituler l'information-clé.

Le prestataire vérifie que les points essentiels sont bien clairs pour le client.

«J'aimerais vous rappeler les 3 choses dont nous avons parlées» : (1)..., (2)..., (3)...

Convaincre ou motiver le client.

Le prestataire convainc le client que, s'il fait ce dont ils ont décidé, la situation s'améliorera rapidement.

«Vous allez faire des progrès rapidement si vous suivez ces instructions.»

Vérifier l'acceptabilité/mutualité de la prise de décisions.

Le prestataire vérifie que le client comprend les décisions prises et acceptées.

«Nous allons travailler ensemble pour que votre enfant se rétablisse.»

Clore.

Le prestataire demande au client s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir. Le prestataire félicite et remercie le client d'être venu. Le prestataire indique bien au client quand il faut revenir.

«Y a-t-il autre chose que vous aimeriez savoir ? Je vous verrai donc... ; je vous remercie d'être venu.»

3. Orientation pour l'exercice pratique (la durée dépend de l'option)

A. Si un enregistrement sur bande a été fait avant la séance

- (1) Les participants s'exercent en groupes à appliquer les [nouvelles] techniques et compétences qu'on vient de revoir en écoutant les enregistrements des rencontres entre les prestataires de santé et les clients.
- (2) Les volontaires qui vont enregistrer lors de l'exercice pratique de l'après-midi doivent avoir un magnétophone, savoir comment enregistrer et avoir une cassette pour l'enregistrement. Si c'est possible, les volontaires doivent enregistrer deux rencontres et, ensuite, écouter les cassettes. Ils devraient revenir pour le «Troisième jour» avec des commentaires sur leur propre performance.

B. S'il n'est pas possible de faire des enregistrements

Les participants forment des groupes et s'exercent à appliquer les [nouvelles] compétences et techniques. Utilisez les transcriptions de la rencontre (*Annexe #7*), se concentrant cette fois-ci sur les compétences pour la collecte de données et les compétences de counseling/information. Chaque groupe présente ses résultats en plénière. Terminez en demandant qui, parmi les participants, est volontaire pour enregistrer une ou deux rencontres. Les volontaires qui vont faire l'enregistrement doivent avoir un magnétophone, une cassette et savoir comment enregistrer. Les volontaires devraient revenir le «Troisième jour» avec des commentaires sur leur propre performance.

Si les participants ont enregistré leurs rencontres, démarrez le «Troisième jour» en écoutant les cassettes. D'abord, on demande à celui qui a joué le rôle de parler de son expérience puis, en plénière, on revoit les techniques. Le formateur insiste sur les aspects positifs.

TROISIEME JOUR

Compétences de communication interpersonnelle entre prestataires de santé (4 heures)

Contenu

- ◆ Aspects à l'origine de difficultés dans le contexte de travail
- ◆ Rôle des compétences en CIP dans le contexte professionnel
- ◆ Evaluation de l'atelier par les participants (10 minutes)
- ◆ Recommandations sur la future formation en CIP en Egypte, en plénière (15 minutes)
- ◆ Séance de clôture (certificats, 10 minutes).

Introduction

Les objectifs du troisième jour sont de montrer combien les compétences de CIP jouent un rôle important dans notre contexte quotidien de travail et combien elles sont liées aux différents aspects faisant partie de notre travail.

Aujourd'hui, les participants n'ont pas besoin de recevoir beaucoup de nouvelles informations qu'ils doivent apprendre. Il est bien plus important de leur donner l'occasion d'échanger idées, sentiments et expériences. Cette journée sera organisée essentiellement par les participants qui, après les exercices de brainstorming et de groupe, décident de la question ou du problème sur lequel ils veulent se concentrer.

Sujet - Activités

On commence cette journée en demandant aux participants si, à leur avis, les compétences de CIP examinées les deux dernières journées peuvent être appliquées dans leurs relations professionnelles quotidiennes avec leurs collègues.

Aspects à l'origine de difficultés dans le contexte de travail.

Demandez aux participants de travailler en groupes sur les différents aspects/dimensions qui, à leur avis, sont à l'origine de certaines difficultés qu'ils rencontrent dans leur contexte de travail. Identifiez le(s) problème(s). Chaque groupe présente son travail. Les grandes lignes sont inscrites sur le tableau.

Notes du formateur

La réponse est oui. Les participants font un brainstorm des idées.

Réponses possibles

- ◆ manque de leadership,
- ◆ mauvaise (ou manque de) supervision,
- ◆ manque de dynamique de groupe,
- ◆ mauvaise (ou pas de) structure,
- ◆ manque de fournitures,
- ◆ mauvaise (ou pas de) formation,
- ◆ pas de feed-back.

Sujet - Activités

Le rôle des compétences de CIP dans le contexte de travail.

On revoit les principes fondamentaux et les variantes possibles pour chaque dimension par le biais de mini-études de cas (préparées en Egypte en fonction de la situation existante). On demande aux participants de présenter (1) les principes fondamentaux ou caractéristiques essentielles de chaque dimension/domaine qu'ils présentent ; (2) les compétences en CIP ou variantes qui amélioreront la situation.

Une fois les problèmes discutés, demandez à chaque groupe de se concentrer sur un aspect donné. Les groupes travaillent sur les problèmes identifiés et recherchent les solutions : Comment pouvons-nous «régler» ces problèmes en utilisant les compétences de communication interpersonnelles que nous venons juste d'apprendre ?»

Notes du formateur

Attention : Si les réponses traitent du manque de structure, d'une structure inadéquate, du manque de personnel, faites remarquer aux participants que la CIP ne pourra pas faire beaucoup. Demandez-leur de se concentrer sur des domaines où la CIP peut jouer un rôle positif. Demandez aux participants de travailler en groupes avec l'Annexe 11 : Mini-études de cas : dynamique de groupe, leadership, supervision.

On encourage les articles et lectures supplémentaires. Ils devraient traiter des thèmes suivants :

- ◆ Questions liées au processus et à la prise de décisions en groupe
- ◆ Travail d'équipe synergique
- ◆ Leadership
- ◆ Comment être un superviseur efficace.

Evaluation

Chaque participant reçoit un formulaire d'évaluation (Annexe 13, 10 minutes).

Recommandations

Le formateur demande, en plénière, aux participants de faire un «brainstorm» sur de futures activités de formation analogues en Egypte : Pensez-vous que c'est nécessaire ? A qui faudrait-il le dispenser ? Les groupes devraient-ils être mixtes (médecins, infirmiers, sages-femmes) ?

Séance de clôture

- ◆ Chaque participant reçoit un certificat.
- ◆ Remarques de clôture par les facilitateurs.

Liste des Transparents

<i>Transparent #1</i>	Objectifs de la formation en communication interpersonnelle (CIP)
<i>Transparent #2</i>	Liste des valeurs - Résultats du groupe
<i>Transparent #3</i>	Efficacité du langage - l'utilisation d'un langage simple
<i>Transparent #4</i>	Définition de la communication interpersonnelle (CIP)
<i>Transparent #5</i>	Objectifs de la formation
<i>Transparent #6</i>	Compétences en communication interpersonnelle
<i>Transparent #7</i>	Définition de la communication socioémotionnelle
<i>Transparent #8</i>	Comportements qui renforcent le contact interpersonnel entre le client et le prestataire
<i>Transparent #9</i>	Compétences de résolution de problème
<i>Transparent #10</i>	Définition du counseling
<i>Transparent #11</i>	Counseling et information/éducation

Liste des Annexes

<i>Annexe #1</i>	Liste des valeurs (Participant)
<i>Annexe #1 bis</i>	Liste des valeurs (Cofacilitateur)
<i>Annexe #2</i>	Autoévaluation des compétences d'écoute
<i>Annexe #3</i>	Traduction - Efficacité du langage
<i>Annexe #4</i>	Donner aux clients une information claire de manière qu'ils comprennent
<i>Annexe #5</i>	Niveaux de communication
<i>Annexe #6</i>	Aide professionnelle (fournie deux fois)
<i>Annexe #7</i>	Transcriptions d'une rencontre (dans le pays)
<i>Annexe #8</i>	Compétences de résolution de problèmes : réunir des données pour comprendre la situation et les problèmes des clients (Simulation)
<i>Annexe #9</i>	Compétences de résolution de problèmes : réunir des données pour comprendre la situation et les problèmes des clients (Simulation)
<i>Annexe #10</i>	Jeu de rôle : Un bon counseling
<i>Annexe #11</i>	Counseling et information/éducation - «répétition mentale»
<i>Annexe #12</i>	Mini-études de cas
<i>Annexe #13</i>	Evaluation du stage

ANNEXE #1 - Liste du participant

Liste des valeurs

INSTRUCTIONS :

Clarifiez les mots suivants par ordre d'importance : 1 - 14.

Donnez la note 1 à celui qui est le plus important pour vous et 14 à celui qui est le moins important.

- _____ Bonne santé physique
- _____ Sécurité financière
- _____ Intelligence
- _____ Education
- _____ Propreté
- _____ Mariage
- _____ Enfants
- _____ Réussite
- _____ Bonheur
- _____ Religion
- _____ Amis
- _____ Réputation familiale
- _____ Citoyenneté
- _____ S'occuper de sa famille

ANNEXE #1 - Liste pour le cofacilitateur

Liste des valeurs

RESULTATS DU GROUPE : (Liste pour le cofacilitateur : codage. Incrire les résultats sur un transparent (Tr. #2) avec cette liste de valeurs. Montrez-les en plénière lorsque les résultats ont été compliqués. Expliquez les résultats au groupe)

	TOTAL	TAUX MOYEN	CLARIFICATION DU GROUPE
Bonne santé physique	_____	_____	_____
Sécurité financière	_____	_____	_____
Intelligence	_____	_____	_____
Education	_____	_____	_____
Propreté	_____	_____	_____
Mariage	_____	_____	_____
Enfants	_____	_____	_____
Réussite	_____	_____	_____
Bonheur	_____	_____	_____
Religion	_____	_____	_____
Amis	_____	_____	_____
Réputation familiale	_____	_____	_____
Citoyenneté	_____	_____	_____
S'occuper de sa famille	_____	_____	_____

ANNEXE #2

Autoévaluation des compétences d'écoute

Prière de vous évaluer vous-même :

Marquez, pour les phrases suivantes, si cela vous arrive souvent :

Habitudes d'écoute	Cela m'arrive			
	Toujours	Parfois	Rarement	Jamais
Je suis affairé à faire quelque chose, par exemple, j'écris pendant que quelqu'un parle	_____	_____	_____	_____
Je prétends faire attention à celui qui parle alors que je pense à quelque chose d'autre	_____	_____	_____	_____
Je pense uniquement à ce que je vais dire ensuite ; je n'écoute pas	_____	_____	_____	_____
Je ne me concentre pas (je rêve) pendant que quelqu'un d'autre parle	_____	_____	_____	_____
J'interromps celui qui parle	_____	_____	_____	_____
Je recherche les erreurs (détails) de celui qui parle (je ne me concentre pas)	_____	_____	_____	_____

ANNEXE #3

Efficacité du langage
«Traduire l'information médicale»

Lire les exemples suivants de terminologie médicale et donner des exemples de la manière dont les agents de santé devraient communiquer l'information au client :

A. Le spectre clinique du choléra est vaste, allant de l'infection non apparente à un choléra grave, pouvant être mortel en peu de temps. Après une période d'incubation de 6 à 48 heures, la diarrhée aqueuse se déclenche. Les vomissements suivent souvent tout au début de la maladie. La cyanose, la tachycardie, l'hypotension et la tachypnée sont des signes de gravité. Les symptômes et les signes du choléra sont entièrement dus à la perte de volumes importants de liquide isotonique et à la déplétion subséquente du liquide intravasculaire et intracellulaire, de l'acidose métabolique et de l'hypokaliémie.

(A)

B. Les notes médicales se rapportant à la grossesse sont plus importantes pour les adolescentes, c'est-à-dire les femmes de moins de 20 ans. Les principaux problèmes concernent les bébés prématurés avec une insuffisance pondérale à la naissance, la mortalité maternelle et infantile, l'anémie et le syndrome vasculaire-rénal de grossesse.

(B)

C. Autres explications médicales que vous avez entendues ou lues :

(C)

D. Comment pourriez-vous reformuler votre exemple médical en mots que le client moyen peut comprendre ?

(D)

ANNEXE #4

**Donner aux clients une information claire de
manière qu'ils comprennent**

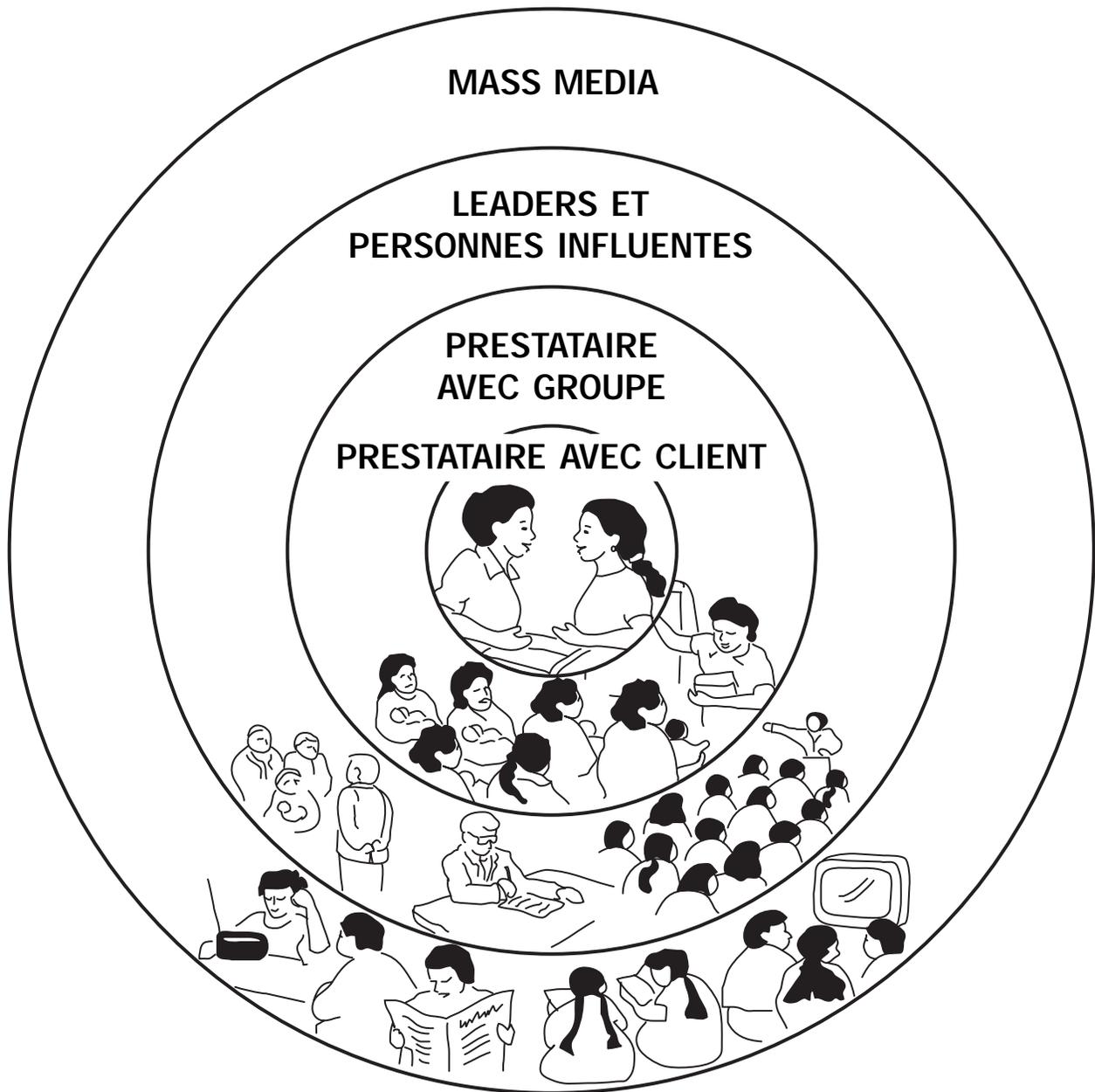
L'information que vous donnez aux clients doit être correcte et claire.

Pour être sûr que votre information est claire :

- ◆ utilisez des mots succincts et des phrases courtes ;
- ◆ utilisez des mots que vos clients comprennent ;
- ◆ utilisez, si possible, des images et du matériel imprimé ;
- ◆ arrêtez-vous, de temps en temps, et demandez aux clients s'ils comprennent ;
- ◆ demandez-leur s'ils ont des questions ;
- ◆ lorsque vous mentionnez une partie du corps, montrez-la ;
- ◆ répétez les instructions ;
- ◆ demandez aux clients de répéter les instructions.

de : JHU/Popline, 1987, Population Reports, Séries J., No. 36

Niveaux de communication



Source : JHU/Popline, Population Reports, Séries J., No. 36, Déc. 1987 «Pourquoi le counseling compte !»

ANNEXE #6

Aide professionnelle



Counseling—Education

- ◆ Voir comment le client perçoit la maladie
- ◆ Corriger les mauvaises conceptions des faits
- ◆ Utiliser le vocabulaire adéquat
- ◆ Expliquer de manière organisée ce qu'il faut savoir/faire ensuite (en blocs)
- ◆ Vérifier si le client comprend la maladie
- ◆ Recommander des comportements concrets au client
- ◆ Motiver le client à suivre le traitement
- ◆ Vérifier que le client accepte le traitement

Terminer

- ◆ Vérifier que le client sait quand il doit revenir
- ◆ Demander au client s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir

Compétences nécessaires pour une communication interpersonnelle efficace

Liste de vérification pour l'autoévaluation

Communication socioémotionnelle générale

- ◆ Souhaiter la bienvenue au patient
- ◆ Utiliser des comportements verbaux et non verbaux

CHS/PAQ, JHU, AED, 1993



Counseling—Education

- ◆ Voir comment le client perçoit la maladie
- ◆ Corriger les mauvaises conceptions des faits
- ◆ Utiliser le vocabulaire adéquat
- ◆ Expliquer de manière organisée ce qu'il faut savoir/faire ensuite (en blocs)
- ◆ Vérifier si le client comprend la maladie
- ◆ Recommander des comportements concrets au client
- ◆ Motiver le client à suivre le traitement
- ◆ Vérifier que le client accepte le traitement

Terminer

- ◆ Vérifier que le client sait quand il doit revenir
- ◆ Demander au client s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir

Compétences nécessaires pour une communication interpersonnelle efficace

Liste de vérification pour l'autoévaluation

Communication socioémotionnelle générale

- ◆ Souhaiter la bienvenue au patient
- ◆ Utiliser des comportements verbaux et non verbaux

CHS/PAQ, JHU, AED, 1993

Aide professionnelle



Directives pour parler avec le patient - Dialogue

- ◆ Demander ce qu'il ressent
- ◆ Féliciter le patient pour ses efforts
- ◆ Renforcer les sentiments normaux et compréhensibles
- ◆ Refléter les émotions du patient
 - répéter ce que le patient a dit
 - l'inviter à parler davantage
- ◆ Démontrer l'empathie
- ◆ Démontrer le soutien/collaboration
- ◆ Aider le patient à ne pas se préoccuper

Compétences pour la résolution de problème - Collecte de données

- ◆ Ecouter efficacement
- ◆ Encourager le dialogue : poser des questions ouvertes
- ◆ Eviter les interruptions
- ◆ Eviter le diagnostic prématuré
- ◆ Résister au suivi immédiat
- ◆ Sonder (explorer) pour obtenir plus d'informations
- ◆ Demander quelles sont les causes, les difficultés et les préoccupations liées au problème.



Directives pour parler avec le patient - Dialogue

- ◆ Demander ce qu'il ressent
- ◆ Féliciter le patient pour ses efforts
- ◆ Renforcer les sentiments normaux et compréhensibles
- ◆ Refléter les émotions du patient
 - répéter ce que le patient a dit
 - l'inviter à parler davantage
- ◆ Démontrer l'empathie
- ◆ Démontrer le soutien/collaboration
- ◆ Aider le patient à ne pas se préoccuper

Compétences pour la résolution de problème - Collecte de données

- ◆ Ecouter efficacement
- ◆ Encourager le dialogue : poser des questions ouvertes
- ◆ Eviter les interruptions
- ◆ Eviter le diagnostic prématuré
- ◆ Résister au suivi immédiat
- ◆ Sonder (explorer) pour obtenir plus d'informations
- ◆ Demander quelles sont les causes, les difficultés et les préoccupations liées au problème.

ANNEXE #7

Transcriptions d'une rencontre

*(A faire dans le pays :
Enregistrer anonymement une rencontre ou deux et, ensuite, la transcrire telle quelle.)*

ANNEXE #8

Compétences de résolution de problèmes : réunir des données pour comprendre la situation et les problèmes des clients

Guide de simulation

Instructions : Au participant «A» (le client)

Prière de lire le paragraphe suivant. Donnez UNIQUEMENT l'information que vous demande le médecin (5 minutes de simulation).

Vous êtes malade, vous avez très mal à la tête, vous vous sentez fatigué et faible ; vous transpirez, vous urinez beaucoup et votre urine est très claire. Vous mangez bien et vous avez toujours soif mais vous remarquez que vous perdez du poids. Votre mère et votre frère sont diabétiques. Vous prenez de l'aspirine pour vos maux de tête mais cela ne vous aide pas ! Vous ne savez pas quoi manger ; votre ami vous dit que vous devriez boire du jus d'orange et manger des bananes.



Instructions : Au participant «B» (le prestataire de services)

Vous êtes le médecin (ou le prestataire de services). La personne devant vous vient pour une consultation médicale. Utilisez les compétences de communication interpersonnelles que nous avons revues aujourd'hui, essayez de faire un diagnostic en 5 minutes, indiquant ce dont souffre cette femme (ou cet homme) et quelles devraient être les mesures suivantes (tests de laboratoire, régime, médicaments, changements de comportement).

ANNEXE #9

Compétences de résolution de problèmes : réunir des données pour comprendre la situation et les problèmes des clients

Guide de simulation

Instructions : Au participant «A» (le client)

Prière de lire le paragraphe suivant. Donnez UNIQUEMENT l'information que vous demande le médecin (5 minutes de simulation).

Il y a deux semaines, vous avez commencé à donner des aliments complémentaires à votre bébé de quatre mois parce que vous pensiez ne pas avoir assez de lait. Mais depuis une semaine, votre bébé ne dort pas bien car il a un refroidissement (le nez qui coule). Il ne semble pas aimer la nourriture que vous lui donnez et depuis hier, il a la diarrhée. Nous êtes très nerveuse et vous ne savez pas quoi faire. Vous savez que votre lait diminue. Vous ne travaillez pas et votre mère vit avec vous.



Instructions : Au participant (B) (le prestataire de services)

Vous êtes le médecin (ou le prestataire de services). La personne devant vous vient pour une consultation médicale. Utilisez les compétences de communication interpersonnelle que nous avons revues aujourd'hui, essayez de faire un diagnostic en 5 minutes, indiquant ce dont souffre cette femme (ou cet homme) et quelles devraient être les mesures suivantes (tests de laboratoire, régime, médicaments, changements de comportement).

ANNEXE #10

Jeu de rôle : Un bon counseling

(A donner à l'avance à deux participants pour qu'ils puissent se préparer)

SKETCH DE SANTE

Un bon exemple de counseling : lieu = centre

Personnages : infirmier du centre
Mary (cliente)

Mary [entre dans le centre - l'infirmier sourit]

Infirmier : Bonjour - entrez donc et asseyez-vous.

Mary : J'ai quatre enfants. J'aimerais pouvoir les nourrir convenablement et, si Dieu le veut, les envoyer à l'école secondaire. L'aîné a seulement six ans. Mon mari se plaint parce qu'ils font trop de bruit. Je suis fatiguée.

Infirmier : Votre mari et vous-mêmes êtes fatigués parce que vos enfants sont petits. Vous aimeriez bien pouvoir vous en occuper et vous ne voulez pas d'un autre bébé. Vous songez à utiliser une méthode contraceptive ?

Mary : Oui, j'aimerais bien prendre la pilule mais j'ai peur parce que les gens m'ont dit que cela vous affaiblit et que vous pouvez tomber enceinte même si vous la prenez.

Infirmier : Donc, vous avez peur que la pilule ne soit pas une méthode efficace et que le fait de la prendre va vous fatiguer.

Mary : Oui.

Infirmier : Quoi d'autre avez-vous entendu sur la pilule ?

Mary : Ils disent également qu'elle peut vous donner le cancer mais je ne suis pas sûre.

Infirmier : Beaucoup de personnes ont peur de cela. Mais vous devez savoir qu'aucune raison médicale ne vient justifier ces craintes. La pilule est l'une des méthodes les plus efficaces dont nous disposons. Si vous prenez votre pilule tous les jours, vous ne pouvez pas tomber enceinte. Parfois, les personnes oublient de la prendre ou elles ne la prennent que lorsque c'est nécessaire, pas tous les jours. Et, bien sûr, elles vont tomber enceintes. Parfois, les femmes qui prennent la pilule peuvent être fatiguées pour d'autres raisons (elles ont trop d'enfants), mais elles ne pensent pas à la véritable raison de leur fatigue et elles blâment la pilule. Et la pilule ne donne pas le cancer - elle peut même vous protéger contre certains cancers. Mais nous avons également d'autres méthodes que la pilule dont je pourrais vous parler. Pourquoi vous voulez essayer la pilule ?

Mary : Et bien, on va parler du stérilet. On m'a dit qu'il fallait le mettre à l'intérieur de mon corps et qu'il pouvait aller de mon estomac jusqu'au cœur, aussi, j'ai peur.

Infirmier : Je suis bien content qu'on vous ait parlé du stérilet car, ainsi, la pilule n'est pas le seul choix que vous avez. Vous avez tout à fait raison - on l'insère effectivement dans le corps [il lui en montre un] mais je peux vous rassurer que là où on le met, c'est tout à fait fermé.

Le DIU ne peut pas se déplacer, c'est impossible. (L'infirmier montre un diagramme du système reproductif de la femme indiquant l'utérus et la position du DIU.)

Mary : [hoche la tête]

Infirmier : Avez-vous entendu parler d'autres méthodes ?

Mary : Non, ce sont les seules.

Infirmier : Nous avons plusieurs autres méthodes que je vais vous expliquer. Mais, puisque les méthodes ne conviennent pas à toutes les femmes, je vais vous poser quelques questions qui vous aideront à choisir celle qui vous convient le mieux. [L'infirmier montre à la cliente les différentes méthodes : condom, tablettes de mousse, implants, injectables, etc. L'infirmier explique également les procédures de stérilisation chirurgicale volontaire : la ligature des trompes et la vasectomie.]

Mary : J'aimerais bien que vous me parliez de la contraception chirurgicale volontaire. Beaucoup de femmes l'appellent simplement la LT.

Infirmier : Oui. La LT est la forme raccourcie de Ligature des Trompes, qui signifie qu'on noue les trompes de Fallope pour éviter que l'ovule venant de l'ovaire par les trompes de Fallope ne rencontre le spermatozoïde masculin dans l'utérus. Si aucun ovule ne rencontre le spermatozoïde, il n'y a pas conception.

Mary : [hoche de la tête en signe d'accord]

Infirmier : Pourquoi aimeriez-vous la LT ? Vous m'avez indiqué auparavant que vous souhaitiez la pilule...

Mary : Parce que je ne veux plus d'enfant. A vrai dire, mon mari et moi, nous ne pouvons pas nous permettre une grande famille. Nous voulons éviter tout risque de grossesse à l'avenir.

Infirmier : Je suis heureux de vous entendre dire "mon mari et moi". C'est une décision commune. Peut-être pourriez-vous consulter votre mari et voir quel est son avis et s'il vous soutient avant de confirmer votre décision.

Mary : Je sais que vous avez raison et je sais que mon mari me soutiendra.

Infirmier : A présent que nous avons choisi la méthode, je vais vous expliquer comment elle fonctionne. [L'infirmier explique en utilisant un diagramme comment la procédure est réalisée, comment elle évite la conception.]

Mary : Merci - plus vous me l'expliquez, plus je sens que c'est la bonne méthode pour moi.

Infirmier : Mais n'oubliez pas de parler à votre mari. Je vais vous donner des condoms que vous pouvez utiliser avec votre mari avant de prendre une décision. Peut-être pourrions-nous nous rencontrer dans une semaine, disons... jeudi de la semaine prochaine à 14h00, cela vous va ?

Mary : Très bien. Merci et au revoir.

Infirmier : Au revoir, Mary.

Note : Cette séance de counseling s'inspire du modèle BERCER de JHU/PCS, Population Report, Séries A, No. 8, mai 1990.

Counseling et information/éducation — «Répétition mentale»

Guide de simulation :

Lire le scénario suivant et imaginer que vous devez donner counseling et information à la patiente. Prière d'écrire comment vous utiliseriez les compétences de counseling revues.

Une jeune femme arrive très nerveuse à l'hôpital avec un petit garçon de 4 ans. Elle dit que depuis hier, il a de la fièvre, 39,5°C, que sa gorge lui fait mal et qu'il a vomi deux fois et ne veut rien prendre. Lorsque vous examinez l'enfant, vous notez qu'il a une gorge rouge avec des tâches blanches, les bruits de la respiration sont normaux bien que l'enfant ait une légère difficulté à respirer (fréquence de 30 respirations/minute). La jeune mère est agitée ; elle dit que son mari est également malade et elle ne sait pas quoi faire lorsqu'il pleure la nuit.

Lire le scénario suivant et imaginer que vous devez donner counseling et information à la patiente. Prière d'écrire comment vous utiliseriez les compétences de counseling revues.

Après trois jours et une longue conversation avec son BINT CHAAL, Um Ashraf, une jeune femme baladi de 25 ans décide d'amener son bébé de 10 mois voir un médecin dans une clinique privée baladi au Caire. Le bébé a de la fièvre et touse et il ne respire pas normalement. Depuis trois jours, il a un refroidissement. A la maison, Um Ashraf a donné du thé à son bébé et des médicaments dont elle ne se souvient pas du nom. L'état du bébé s'empire, dit la mère, car il respire très rapidement. Après avoir examiné l'enfant, vous constatez qu'il n'a pas de symptômes graves (cyanose, gémissements) et que sa fréquence respiratoire est de 38/minute mais il est agité et il a de la fièvre, 38,7°C.

ANNEXE #12

Mini-études de cas

Les mini-études de cas suivantes ont été écrites en Egypte en fonction de problèmes réels. Elles sont présentées ici à simple titre d'information.

Prière de lire chaque mini-étude de cas. Identifiez pour chacune UN problème important, par exemple, le manque de leadership, le manque de formation en CIP, le manque de supervision, le manque de dynamique ou la mauvaise dynamique de groupe (travail en équipe), le manque de feed-back...). Ensuite, chaque groupe travaille avec UNE étude de cas et voit quelles sont les solutions au niveau de la communication interpersonnelle qui peuvent résoudre (partiellement) les problèmes.

Mini-étude de cas #1 :

Le Dr Ahmed est le directeur de l'hôpital Shobra au Caire. Il demande que seul le Dr Mohamed, son directeur exécutif, lui rende compte des problèmes. Seul lui, le Dr Ahmed, peut prendre les décisions, quels que soient les problèmes. Un jour, le Dr Mohamed signale au Dr Ahmed que le personnel de nuit du service d'urgence part tôt le matin, avant même de faire le compte rendu de ce qui s'est passé la nuit au personnel du matin, d'où une grande confusion tout au long de la journée. Le Dr Ahmed décide d'enlever 15 jours de salaire pour chaque membre des deux personnels, jour et nuit.

Mini-étude de cas #2 :

Le principal hôpital d'Alexandrie est en train d'être rénové, aussi le service pédiatrique est fermé temporairement. Ce service est réparti sur les quatre étages. Depuis cela, les membres de l'équipe ne se sont pas rencontrés. Certains d'entre eux viennent juste d'apprendre que le chef du département, le Dr Salam, est en vacances. Mme Mona, l'infirmière, à laquelle on a confié le troisième étage avec deux autres infirmières, est très découragée. Elle a l'impression qu'elle est la seule à travailler l'après-midi. Elle ne voit jamais de pédiatre. Elle est prête à démissionner. Elle raconte tout cela à une infirmière qu'elle rencontre tous les jours à l'heure du déjeuner à la cafétéria.

Mini-étude de cas #3 :

La distribution des médicaments est faite par le nouveau pharmacien, Mohammed Raouf, à l'hôpital Maady du Caire. Le chef de Mohamed, Mme Al Azhar, lui a dit de vérifier que chaque patient savait exactement comment prendre ses médicaments et savait quand il devait revenir au centre. Après un mois de travail de Mohammed, Mme Al Azhar réalise qu'un grand nombre de patients ne reviennent pas à l'hôpital, comme ils devraient le faire. Elle appelle Mohammed qui est très surpris. Il lui montre que, selon ses dossiers, tous les patients savaient quand ils devaient revenir et ont dit qu'ils savaient comment prendre leur médicament.

Mini-étude de cas #4 :

En route pour son travail, le Dr Sami Shalaan est nerveux et effrayé. Son superviseur, le Dr H. Makhoulf rend visite à son département de l'hôpital. La dernière fois que le Dr Makhoulf est venu au centre de santé, c'était terrible. Selon le Dr Makhoulf, le Dr Shalaan devait être renvoyé ! Le Dr Makhoulf a critiqué le travail du Dr Shalaan et lui a signalé le manque de soins donnés au peu de matériel disponible. Sami Shalaan voulait lui dire que deux membres du personnel avaient quitté le centre et que lui-même pensait qu'il devait recevoir un recyclage après avoir travaillé 15 ans dans ce centre. Mais Shalaan n'a pas pu dire un mot, aussi le Dr Makhoulf est parti ! Cette fois-ci, Sami a préparé une liste des choses qu'il veut dire à son superviseur.

Groupe A : Mini-étude de cas #1 (mauvais leadership)

Groupe B : Mini-étude de cas #2 (mauvaise dynamique de groupe)

Groupe C : Mini-étude de cas #3 (mauvaises compétences de communication interpersonnelle)

Groupe D : Mini-étude de cas #4 (mauvaise supervision)

ANNEXE #13

Evaluation de l'atelier sur la communication interpersonnelle

Caire, Egypte

Juillet 1994

Les questions suivantes aideront à évaluer l'atelier auquel vous avez assisté. Prière de répondre à chaque question. Cette évaluation est anonyme.

1. Prière d'indiquer ce que vous avez le plus apprécié pendant cet atelier et de donner les raisons.

2. Prière d'indiquer ce que vous avez le moins apprécié pendant cet atelier et de donner les raisons.

3. Prière de noter chaque séance en fonction du niveau d'appréciation :

5 = ai beaucoup aimé ; 1 = n'ai pas aimé du tout.

- ___ concepts fondamentaux de la communication interpersonnelle (CIP)
- ___ utilisation de la communication non verbale
- ___ directives pour parler à un client
- ___ renforcer le dialogue
- ___ counseling/information

4. Prière de noter chaque méthode utilisée en fonction du niveau d'appréciation :

5 = ai beaucoup aimé ; 1 = n'ai pas aimé du tout.

- ___ jeu de rôle/exercices de simulation
- ___ enregistrer la pratique
- ___ exercice avec les transcriptions des rencontres
- ___ utilisation de vidéo
- ___ présentation de diapositives
- ___ discussion de groupe en plénière
- ___ travail en petits groupes

5. Est-ce que vous recommanderiez cet atelier à vos collègues ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

___ Oui ___ Non

6. Prière de noter chaque compétence en fonction de l'utilité qu'elle aura pour vous à l'avenir :
très utile = 5 ; pas utile du tout = 1.

- _____ souhaiter la bienvenue au patient
- _____ féliciter le client pour les efforts qu'il a faits
- _____ utilisation de la communication non verbale
- _____ refléter/répéter ce que le client a dit
- _____ compétence d'écoute
- _____ montrer de l'empathie
- _____ encourager le dialogue (questions ouvertes)
- _____ éviter les interruptions
- _____ éviter le diagnostic prématuré
- _____ résister au suivi immédiat
- _____ explorer pour trouver plus d'informations
- _____ voir comment les clients perçoivent la maladie
- _____ corriger la conception erronée de faits
- _____ utiliser le vocabulaire approprié
- _____ expliquer l'information de manière organisée
- _____ vérifier si le client a compris la maladie
- _____ vérifier que le client sait quand il faut revenir
- _____ recommander des comportements concrets au client
- _____ motiver le client à suivre le traitement

7. Pensez-vous que le même atelier de formation devrait être dispensé pour plus de personnes, par exemple : les infirmiers, les sages-femmes, les assistantes sociales, autres (spécifier) ?

8. Prière de faire des commentaires ou des suggestions sur la manière d'accroître la qualité de cet atelier. (être spécifique)

9. Autres commentaires ? (utiliser l'autre côté si nécessaire)

Outils de collecte de données



Instruments utilisés pour évaluer le stage de formation en communication interpersonnelle (CIP)



Projet d'assurance de qualité

Centre pour les services humains

en collaboration avec

l'Académie pour le développement de l'éducation

et

l'Université Johns Hopkins

Contrat USAID No. DPE-5992-A-00-0050-00

Introduction

Instrument 1 :

Le Système d'Analyse d'Interaction de Roter (SAIR)

Instrument 2 :

Liste de vérification pour l'observation des prestataires de santé

Instrument 3 :

Questionnaire pour les médecins

Instrument 4 :

Interview à la sortie avec les patients (Trinité et Egypte)

Introduction

Coder les comportements de communication

Dans chacune des trois études de cas, une méthode d'observation a été utilisée. A la Trinité et au Honduras, une cassette a été enregistrée avec des visites médicales et analysée en utilisant une méthode bien établie d'analyse de l'interaction. Le système code chaque phrase ou pensée complète soit par le patient, soit par le médecin, dans une des 34 catégories mutuellement exclusives et exhaustives. Le codage est fait directement à partir des cassettes avec une fiabilité adéquate intercodeur. Les coefficients de fiabilité pour les catégories de médecins s'élèvent en moyenne à 0,76 (fourchette 0,58-0,90) et, pour les catégories de patients, elles s'élèvent en moyenne à 0,81 (fourchette 0,71-0,99), en fonction du double codage d'un exemple aléatoire de 10 % des cassettes.

Aux fins de simplicité, le grand nombre de catégories de codage individuel sont réduites en un nombre significatif de composites entrant dans trois des groupements fonctionnels d'interaction liés au contenu, à la dimension émotionnelle et au processus. L'Instrument 1 présente les composites du contenu, les catégories de codes individuels faisant partie des composites et des exemples de dialogue de la catégorie.

En Egypte, il n'a pas été possible de faire une analyse des cassettes, aussi a-t-on mis au point une autre méthode d'observation avec utilisation d'une liste de vérification. L'activité a été réalisée avec un formulaire déterminé à l'avance (liste de vérification «pratique» de l'observation) avec des habitudes comportementales codées que nous souhaitions voir lors d'une rencontre entre un prestataire de services et un patient. Ces comportements observés codés reflètent les compétences de communication interpersonnelle (CIP) présentées au médecin lors de la formation.

Questionnaire des médecins

Des questionnaires autoadministrés pour les médecins ont été inclus dans les études de cas. Ils comprennent des questions ouvertes et fermées avec une évaluation des besoins préalables à la formation et une notation donnée par les médecins aux méthodes et au contenu de l'atelier. Les questionnaires ont été administrés juste après la consultation des médecins et des patients.

Interview avec les patients à la sortie

Chacun des trois études de cas utilisait des questionnaires analogues, mais chacune a été modifiée en fonction des besoins locaux. Le même questionnaire a été utilisé à la Trinité et en Egypte, avec quelques changements seulement portés à l'ordre des questions. Au Honduras, le questionnaire est structuré de la même manière mais la sélection des articles

pour les échelles était différente, reflétant différents modes de réponse. Partout, nous avons inclus une mesure de satisfaction générale. Les interviews à la sortie ont été réalisées par la même personne qui a observé la consultation clinique ou par un autre professionnel formé, par exemple, un médecin ou un infirmier qui avait reçu une formation en CIP.

Ces différences comportaient des implications pour l'analyse ultérieure. Au Honduras, nos mesures de la satisfaction reflétaient trois aspects assez indépendants de satisfaction et nous ont donné trois sous-échelles : satisfaction face aux comportements d'information, comportements positifs et comportements négatifs. Mais, à la Trinité, un ensemble analogue a démontré moins de variation et nous n'avons pu tirer qu'une sous-échelle de 9 articles sur la satisfaction générale.

INSTRUMENT 1

Le Système d'Analyse d'Interaction de Roter (SAIR)

Groupe ment fonctionnel	Comportement de communication	Exemples
Catégories de contenu	Poser des questions (sur la condition médicale, le protocole thérapeutique, les thèmes psychosociaux)	
	(ouvertes)	Parlez-moi davantage de la douleur que vous avez ? Comment avez-vous réagi aux pilules ? Qu'est-ce qui est arrivé à votre fils ?
	(fermées)	Cela fait mal lorsque vous vous penchez ? La piqûre a-t-elle aidé ? Dormez-vous mieux ?
	Information biomédicale (sur la condition médicale, le protocole thérapeutique)	Les pilules vous rendront somnolent. Il faudra prendre les antibiotiques chaque jour pendant 10 jours.
	Echanges psychosociaux (sur les problèmes de tous les jours, les aspects des relations sociales ainsi que les sentiments et les émotions)	Il est important de sortir et de faire quelque chose tous les jours. Le Centre des personnes âgées est un lieu agréable où vous pouvez trouver de la compagnie et ils servent également de bons repas.
Catégories affectives	Causerie positive (accords, rires/plaisanteries)	Vous avez une mine superbe. Vous faites de bons progrès.
	Causerie négative (désaccords, désapprobation)	Je pense que vous avez tort. Vous n'avez pas fait très attention.
	Causerie sociale (bavardage non médical)	Qui est-ce qui a gagné le match de baseball hier soir ?
	Causerie émotionnelle (préoccupations, réassurance, empathie, soutien)	Je sais que vous vous faites du souci à cause de votre cœur. Ne vous en faites pas - nous en prendrons soin.
Catégories de processus	Facilitation (demander l'opinion du patient, la compréhension du patient, récapituler)	A votre avis, de quoi s'agit-il ? Est-ce que vous me suivez ? J'aimerais être sûr que j'ai bien compris - vous dites que la douleur est moins vive qu'auparavant mais vous avez quand même encore mal.
	Orientation (directions/instructions)	Mettez-vous sur la table, respirez profondément.

Formulaire de résumé de la cassette

Code d'interview _____ Sexe du prestataire _____
 Date de codage _____ Sexe du patient _____
 Identification du codeur _____

1. Notations émotionnelles générales (pour interview complète)

	Prestataire	Patient
Colère/irritation	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Angoisse/nervosité	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Domination/de manière autoritaire	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Intérêt/préoccupation	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Amical/préoccupé	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Attentif	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Sympathique/empathique	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Dépression	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
Angoisse émotionnelle	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

2. Rencontre # Début _____ Fin _____

3. Y a-t-il eu des interruptions ?

- Interruption d'une autre personne
- Téléphone
- Médecin/patient quitte la pièce
- Personnel clinique participe

4. Qualité générale de la cassette

- Bonne
- Moyenne (un peu difficile à comprendre)
- Contient des sections inaudibles
- Mauvaise (expliquer)

5. Le protocole de traitement est discuté sur la cassette (cocher tout ce qui s'applique) :

- Ordonnances
- Régime alimentaire
- _____ continues Exercice
- _____ changées Stress
- _____ nouvelles Médicaments ou remèdes pouvant être obtenus sans ordonnance

	Médicament	Régime alimentaire	Exercice	Test
I. Evaluation-interrogation				
a. Indirecte ou réthorique (par exemple, pas de problème ?)	_____	_____	_____	_____
b. Simple et directe (par exemple, avez-vous pris votre pilule après avoir mangé, etc ?)	_____	_____	_____	_____
c. Recherche intense d'information-Détaillée (par exemple, quand avez-vous pris la dernière ? Combien de cachets avez-vous pris ?)	_____	_____	_____	_____
d. Pas d'évaluation	_____	_____	_____	_____
II. Identification de problème concernant l'adhésion (a permis de noter qu'il existait un problème au niveau de l'adhésion et comprend ses dimensions, par exemple, coût des médicaments, effets secondaires, ne comprend pas la posologie)				
	Médicament	Régime alimentaire	Exercice	Test
a. Pas de problème d'adhésion, tout est bon.	_____	_____	_____	_____
b. Identification d'un problème d'adhésion partielle (ne suppose que fin partielle de la discussion)	_____	_____	_____	_____
c. Identification d'un problème complet (suppose fin de la discussion)	_____	_____	_____	_____
d. Problème implicite mais non explicite	_____	_____	_____	_____
e. Problème de disponibilité	_____	_____	_____	_____
III. Résolution				
a. Acceptation entière ou passive (les deux types d'adhésion)	_____	_____	_____	_____
b. Rejet (de l'une ou de l'autre)	_____	_____	_____	_____
c. Conflit possible, a suggéré non-adhésion (personnelle)	_____	_____	_____	_____
d. Au milieu du compromis, en train de négocier - question de disponibilité	_____	_____	_____	_____
e. La résolution de problèmes n'est pas discutée (les deux)	_____	_____	_____	_____

Code de l'interview _____ Date de codage _____ Identification du codeur _____

Durée de l'interview _____

PRESTATAIRE

PATIENT

personnel

rires

approuve

adhère

accord

BC

vérifie

empathie

préoccupé

R/O

légit

partenaire

autodis

disapprouve

crit

?rassure

trans

orient

?bid

?comprend

?opinion

(?)med

(?)théra

(?) tls

(?)l/s

(?)p/s-f

(?)autre

?med

?théra

?tls

?l/s

?p/s-f

?autre

donne-méd

donne-théra

donne-tls

donne-ls

donne-autre

C-méd/théra

C-mt;ls

C-l/s,p/s

unintell

personnel

rires

approuve

adhère

accord

vérifie

empathie

préoccupé

R/O

légit

disapprouve

crit

?rassure

trans

orient

?bid

?comprend

?med

?théra

?tls

?l/s

?p/s-f

?autre

donne-méd

donne-théra

donne-tls

donne-ls

donne-p/s-f

donne-autre

? service

unintell

INSTRUMENT 2
Liste de vérification
pour l'observation des prestataires de santé

PROJET D'ASSURANCE DE LA QUALITE

Caire, Egypte

Novembre 1994 - Janvier 1995

La liste suivante est utilisée pour noter l'observation faite lors d'une consultation entre un médecin (prestataire de santé) et un patient.

Date _____

Nom de l'interviewer/Numéro _____ # _____

Nom/Numéro de l'hôpital _____ # _____

Numéro d'identification du prestataire _____ # _____

Formé en CIP oui
 non

Sexe du patient féminin
 masculin

Les comportements suivants sont présentés en ordre spécifique et répartis sous trois dimensions. C'était l'ordre et la manière dont la formation a été présentée aux participants.

NOTER QUE LA CONSULTATION PEUT SE DEROULER DANS UN ORDRE TOUT A FAIT DIFFERENT, CELA NE FAIT RIEN, NOUS SOUHAITONS OBSERVER TEL OU TEL COMPORTEMENT MAIS PEU IMPORTE DANS QUEL ORDRE IL SE PRESENTE.

Liste de vérification pour l'analyse de l'observation des prestataires de santé

COMPETENCE	OUI (fréquence)	NON	COMMENTAIRE (intensité)
A. Socioémotionnel			
Souhaite la bienvenue au patient			
Utilise une communication positive non verbale			
Répète ce que le patient a dit			
Empathique			
B. Résolution de problèmes			
Encourage le dialogue (questions ouvertes)			
Demande ce qui cause le problème			
Evite le dialogue prématuré			
Cherche à obtenir plus d'informations			
Ecoute attentivement			
C. Counseling et information			
Présente l'information en un bloc			
Utilise un vocabulaire approprié			
Fait des recommandations comportementales spécifiques			
Voit si le traitement est acceptable			

Commentaires généraux

Durée enregistrée de la rencontre : _____ minutes

INSTRUMENT 3
Questionnaire pour les médecins

PROJET D'ASSURANCE DE LA QUALITE

Caire, Egypte

Novembre 1994 - janvier 1995

Le questionnaire suivant se destine aux médecins de l'hôpital du 15 Mai au Caire qui ont participé à l'exercice de la liste de vérification des observations. Ce questionnaire accompagne l'interview à la sortie qui se destine au patient qui sera interviewé lorsqu'il sort du cabinet du médecin.

Date _____

Nom/Numéro de l'hôpital _____ # _____

Numéro d'identification du prestataire _____ # _____

Formé en CIP [] oui [] non

- ♦ Qu'est-ce qui rend la communication difficile avec vos patients ?

- ♦ Quelles sont les trois choses qui vous aideraient à mieux faire votre travail ?

- ♦ Qu'est-ce qui fait que les patients ont du mal à adhérer au traitement que vous prescrivez ?

LE QUESTIONNAIRE S'ARRETE ICI POUR LES MEDECINS QUI N'ONT PAS SUIVI L'ATELIER
SUR LA CIP EN JUILLET DERNIER.

Prière de tourner (pour les médecins formés en CIP).

(Egypte)

- ◆ Quelles sont les compétences les plus utiles de l'atelier sur la communication interpersonnelle (CIP) auquel vous avez assisté en juillet dernier et que vous appliquez lors de la consultation avec le patient ?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

- ◆ Est-ce que vous utilisez l'«aide professionnelle»/le guide de poche dont vous vous êtes servi pendant l'atelier ?

Oui [] Non []

Dans l'affirmative, est-il utile ? Oui [] Non []

Pourquoi ?

- ◆ Dites-nous pourquoi vous recommanderiez un atelier sur la CIP aux collègues (ou pourquoi vous NE le recommanderiez PAS) ?

Commentaires supplémentaires :

MERCI.

INSTRUMENT 4

Interview à la sortie avec les patients**PROJET D'ASSURANCE DE LA QUALITE**

Nom de l'interviewer/Numéro _____ # _____

Nom/Numéro de l'hôpital _____ # _____

1. Numéro d'identification du prestataire _____ # _____

2. Date ____ / ____ / ____
 jour mois année

3. Sexe du patient []¹ Masculin

 []² Féminin

Nous aimerions vous poser quelques questions à propos de votre visite chez le médecin aujourd'hui. Il n'y a pas de réponse juste ou fausse. Nous voulons simplement votre opinion. Personne à l'hôpital ne saura comment vous avez répondu à ces questions.

4. Quelle est la maladie qui vous a poussé à venir à l'hôpital aujourd'hui ?

5. Est-ce que c'était la première fois aujourd'hui que vous avez été traité par ce médecin ?

[]¹ Oui

[]² Non

6. **En général, étiez-vous satisfait** de la manière dont il vous a traité aujourd'hui ?

Dans quelle mesure diriez-vous que vous étiez très satisfait, plus ou moins satisfait, légèrement satisfait ou pas satisfait du tout ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

7. Dans quelle mesure le médecin qui vous a traité était-il **intéressé** par votre problème de santé - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

8. Avez-vous été traité **avec respect** aujourd'hui par le médecin - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

9. Le médecin **se souciait-il** de votre état - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

10. A votre avis, le médecin était-il **pressé** aujourd'hui - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

11. Dans quelle mesure le médecin vous a-t-il **grondé** aujourd'hui?- très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

12. Le médecin vous a-t-il **accueilli chaleureusement** aujourd'hui - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

13. Dans quelle mesure le médecin vous a-t-il **rabaisé** aujourd'hui - diriez-vous très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

14. Le médecin a-t-il écouté **attentivement** pendant la consultation - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

- ¹ très
- ² plus ou moins
- ³ légèrement
- ⁴ pas du tout
- ⁹ ne sait pas

15. Avez-vous été **interrompu** pendant votre consultation - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

-]¹ très
-]² plus ou moins
-]³ légèrement
-]⁴ pas du tout
-]⁹ ne sait pas

16. Pendant votre visite, **qui a le plus parlé à votre avis**, vous ou le médecin ?

-]¹ médecin
-]² patient
-]³ environ la même chose
-]⁹ ne sait pas

17. A votre avis, le médecin vous a-t-il souvent **coupé la parole** - très souvent, plus ou moins souvent, quelquefois ou pas du tout ?

-]¹ très souvent
-]² plus ou moins souvent
-]³ quelquefois
-]⁴ pas du tout
-]⁹ ne sait pas

18. A votre avis, dans quelle mesure le médecin a-t-il **apprécié ce que vous faites** pour vous occuper de vous-même - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

-]¹ très
-]² plus ou moins
-]³ légèrement
-]⁴ pas du tout
-]⁹ ne sait pas

19. Qu'est-ce que le médecin **vous a recommandé de faire** pour prendre soin de vous ?
[NE PAS LIRE LES REPONSES, PLUS D'UNE REPONSE EST POSSIBLE]

-]¹ médicament
-]² régime alimentaire
-]³ exercice/forme (diminué ou augmenté)
-]⁴ réduction du stress
-]⁵ diminution de travail _____
-]⁶ autre (spécifier)
-]⁹ ne sait pas

20. A votre avis, le médecin a-t-il réussi à vous **encourager à suivre votre traitement** - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

-]¹ très
-]² plus ou moins
-]³ légèrement
-]⁴ pas du tout
-]⁹ ne sait pas

21. Faites-vous **confiance** au médecin qui vous a traité aujourd'hui - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

-]¹ très
-]² plus ou moins
-]³ légèrement
-]⁴ pas du tout
-]⁹ ne sait pas

22. A votre avis, est-il important que vous-même et le médecin **décidiez ensemble** du traitement - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

-]¹ très
-]² plus ou moins
-]³ légèrement
-]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

23. Est-il important que le médecin **s'intéresse à ce que vous dites** ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

24. Est-il important que le médecin vous pose des questions sur **tous** vos problèmes de santé, plaintes et préoccupations - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

25. Est-il important pour vous que le médecin **remarque ce que vous ressentez**, surtout si vous êtes triste ou préoccupé ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

26. Est-il important que vous **compreniez** tout ce que le médecin vous dit - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

27. Est-il important que le médecin **vous donne autant de temps que nécessaire** pour parler du problème de santé - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

28. Est-il important que vous ayez un cadre **privé** pendant que vous parlez avec votre médecin - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

29. Dans quelle mesure pensez-vous que le médecin **a tenu compte de vos problèmes médicaux précédents** en vous traitant aujourd'hui - très, plus ou moins, légèrement ou pas du tout ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ légèrement

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

30. Y a-t-il beaucoup de choses dont vous **n'avez pas pu discuter** avec votre médecin aujourd'hui, dont vous auriez aimé parler ? Diriez-vous beaucoup, quelques-unes, deux ou trois ou pas du tout ?

[]¹ beaucoup

[]² quelques-unes

[]³ deux ou trois

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

31. Vous est-il facile de comprendre les mots que votre médecin a utilisés ?

[]¹ très

[]² plus ou moins

[]³ à peine

[]⁴ pas du tout

[]⁹ ne sait pas

32. Est-ce que le médecin que vous avez vu aujourd'hui vous a posé des questions sur le traitement recommandé ?

[]¹ oui

[]² non

[]⁹ ne sait pas

33. Est-ce que le médecin vous a expliqué ce que vous n'aviez pas compris ?

[]¹ oui

[]² non

[]⁹ ne sait pas

34. Est-ce que le médecin vous a demandé si vous vous sentiez capable de suivre le traitement qu'il a recommandé ?

[]¹ oui

[]² non

[]⁹ ne sait pas

35. Est-ce que le médecin vous a expliqué les étapes à prendre pour suivre ses recommandations et traitements ?

[]¹ oui

[]² non

[]⁹ ne sait pas

40. Est-il probable ou peu probable que vous irez acheter les médicaments que le médecin a prescrits ?

[]¹ probable

[]² peu probable

[]⁹ ni l'un ni l'autre/ne sait pas

41. Est-il probable ou peu probable que vous allez arrêter votre traitement lorsque vous **sentirez mieux** ?

[]¹ probable

[]² peu probable

[]⁹ ni l'un ni l'autre/ne sait pas

Merci beaucoup de votre temps. Nous apprécions votre assistance.