



Quand les étudiants jou

L'art de communiquer reste le maillon faible des médecins. Pour pallier ce déficit relationnel, la formation médicale recourt désormais à des patients fictifs. En se mettant dans la peau d'un malade, ces derniers apprennent aux étudiants à exercer leur écoute au travers de jeux de rôle. Rassurant.

Ariane Destin, la cinquantaine, est bien mal en point. Elle consulte en urgence car elle a très mal au ventre. Elle est assise, penchée en avant, et se tient la partie droite de l'abdomen. Elle est visiblement inquiète. Entre alors une jeune femme en blouse blanche: «*Bonjour Madame, qu'est-ce qui vous amène?*» Ariane Destin ne répond pas. A la place, elle se tortille sur sa chaise et semble prise de nausée. Derrière un miroir sans tain, écouteurs sur les oreilles, l'enseignante note «*pas de phase sociale*» sur sa grille d'évaluation. Traduction: l'étudiante n'a pas pris le temps de mettre à l'aise sa patiente et ne s'est pas souciée de son confort.

Dans le rôle de l'infortunée Mme Destin, Noëlle et Solange ont joué la même partition au cours des entretiens organisés cette semaine-là. En se glissant dans la peau d'une personne malade le temps d'un jeu de rôle, elles servent une noble cause: développer les capacités relationnelles des aspirants médecins. Comme Solange, Noëlle exerce l'activité de «patient simulé» au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans le cadre de son travail, elle est

amenée à feindre de souffrir de calculs biliaires ou d'angine de poitrine, selon les besoins. «*Cela me plaît d'aider à former les médecins du futur, de leur apporter un plus dans leurs études*», confie cette comptable de métier.

Créer un climat de confiance

A Genève, le recours à des patients simulés dans l'enseignement de la médecine existe déjà depuis 1995. Cette approche constitue à la fois un outil de formation précieux et un moyen d'évaluation efficace. Car elle permet au superviseur, en suivant une consultation fictive, d'apprécier le savoir-faire acquis par l'élève (examen physique, diagnostic, choix du traitement).

Mais la grande nouveauté, c'est d'avoir introduit, en octobre dernier, la même exigence concernant le savoir-être: l'attitude du médecin, sa manière d'interagir, d'expliquer, etc. Une petite révolution qui signe un recul marqué, sinon définitif, d'un certain modèle paternaliste selon lequel, en médecine, il suffirait d'avoir la vocation pour que le reste suive automatiquement...



PHOTOS: MIREIAM BAMEL

C'est la première consultation de Jean, étudiant en médecine. Dans le rôle de la patiente, Noëlle se plaint de douleurs aiguës au ventre.

Derrière un miroir sans tain et munie d'écouteurs, la Dresse Florence Demaurex ne rate rien de la vraie-fausse consultation.

«On a longtemps pensé que l'aptitude à entrer en relation était innée, qu'elle ne s'apprenait pas. Cette croyance a créé de fortes résistances tant du côté des médecins que des étudiants», constate la doctresse Martine Louis-Simonet, responsable de l'enseignement des séminaires de relation médecin-malade à la Faculté de médecine et dans certains secteurs des HUG. «Ce sont

deuxième et troisième années. Auparavant, ils ont suivi des séminaires où leur ont été fournies les clés pour mieux communiquer. C'est donc le moment de passer de la théorie à la pratique. «Les élèves ont environ 23 ans et c'est la première fois qu'ils se retrouvent seuls avec un patient, explique la doctresse Florence Demaurex, de l'Unité de développement et recherche en éduca-

nt au docteur...

les patients qui ont changé la donne. Face à un manque d'écoute et de communication, ils expriment leur insatisfaction en changeant de médecin ou en ne prenant pas leur traitement. Aujourd'hui, les soignants sont beaucoup plus sensibilisés au fait qu'en instaurant un climat de confiance, ils pourront obtenir des informations plus pertinentes et être de meilleurs conseillers.»

Les jeux de rôle avec patients simulés sont déjà au programme des étudiants de

tion médicale (UDREM). Au cours de quatre situations cliniques différentes, ils vont apprendre qu'il ne suffit pas d'être gentil pour gagner la confiance de leur patient et mener à bien leur consultation. La difficulté pour eux est de garder le fil de leur pensée tout en tenant compte des aspects humains et émotionnels.»

Pour établir un bon contact, il y a des étapes à respecter. A l'instar de la «phase sociale», incontournable et pourtant si >

Le malade, cet expert

«Patient-Partner» est un programme d'enseignement utilisant de vrais patients chroniques. Un engagement généreux bénéfique pour tout le monde. Témoignage.

Le but est toujours d'exercer les compétences à la fois cliniques et relationnelles des apprentis médecins. Mais, cette fois, le rôle du patient n'est pas simulé. Il est incarné par une personne vraiment atteinte dans sa santé. Celle-ci possède un savoir qu'aucun cours académique ni aucun acteur ne peut transmettre: l'expérience de la maladie et ses retentissements sur la qualité de la vie.

Isabelle, 46 ans, se prête à l'exercice depuis le début du programme, mis en place il y a quatre ans à Genève. Cela fait plus de vingt ans que cette Genevoise souffre de polyarthrite rhumatoïde, une maladie au long cours qui détruit peu à peu les articulations. Experte en polyarthrite par nécessité, elle guide les étudiants en médecine de troisième année le temps d'une consultation.

L'enjeu? «Nous sommes leurs premiers vrais patients. Ils sont donc encore très réceptifs. Le but est de les sensibiliser aux différents aspects d'une affection chronique. Pendant une heure, nous essayons de leur montrer le tableau complet, en les rendant attentifs aux répercussions familiales, personnelles et sociales liées à la maladie. Nous les corrigeons aussi lorsque c'est nécessaire.»

L'envie de réparer certaines mauvaises expériences médicales a motivé Isabelle à devenir «patient instructeur». «Au début de ma maladie, j'ai été très déçue par les médecins. J'avais l'impression de n'être qu'un corps. Je me sentais exclue de mon propre traitement. Je sortais frustrée des entretiens et le moral à zéro. Cela m'a donné envie d'améliorer les choses, d'éviter à d'autres ce que j'ai vécu. Grâce à ma modeste contribution, je peux faire passer un message aux futurs médecins: les patients sont un tout, on ne peut pas les dissocier et, surtout, il faut les écouter. Ne pas le faire, c'est prendre le risque de passer à côté des besoins de la personne, mais aussi, dans certains cas, de rater le diagnostic lui-même.»

De se retrouver dans le rôle de l'enseignant a rendu Isabelle plus exigeante face au monde médical. «Aujourd'hui, j'ose poser des questions. Je suis peut-être ignorante mais pas bête! En comprenant mieux ce qui m'arrive, j'ai l'impression de participer à ma guérison. C'est peut-être illusoire, mais c'est ma manière à moi de me battre contre la maladie.» Autre bénéfice secondaire: «A force de parler de ma maladie, j'ai pris encore plus de recul avec mon vécu. Et puis, participer à la formation des futurs médecins me donne un sentiment d'utilité.»

S. SO.

souvent bâclée. Ces quelques minutes prises au début de la consultation servent à détendre l'atmosphère, à trouver une longueur d'onde commune entre médecin et patient: «*Bonjour Madame Destin. Vous n'avez pas trop attendu?», «Vous êtes bien installée?»* Ingrédient tout aussi essentiel à une bonne relation, l'empathie: «*Vous n'avez pas l'air bien», «Je vois que vous êtes inquiète, voulez-vous m'en parler?»*

Une confrontation bénéfique

«*Les étudiants ne comprennent pas tout de suite l'importance de nous mettre à l'aise, d'être attentifs à nos émotions ou encore d'éviter le jargon médical, rapporte Solange, démonstratrice de profession. On se charge de leur faire passer le message en les empêchant d'avancer dans leur examen médical.*» Car, autre innovation, les patients-acteurs sont désormais habilités à corriger le novice in vivo. «*Nous les formons à donner un feedback immédiat, poursuit la doctresse Florence Demaurex. Si l'étudiant ne fait pas ce que l'on attend de lui, le patient manifeste son désaccord en faisant de l'obstruction. Par exemple, il ne répond pas ou fait semblant de ne pas comprendre. A l'inverse, lorsque l'étudiant fait preuve d'empathie et d'écoute, il le gratifie en se montrant coopératif.*»

Cette participation active n'a rien pour déplaire à Solange. «*Notre rôle est devenu encore plus intéressant. Je connais tellement de gens qui ressortent frustrés de chez leur médecin. En agissant à la base, j'ai l'impression de contribuer à ce que les choses s'améliorent.*» A force de ne rien laisser passer aux étudiants, Noëlle



C'est le moment de l'auscultation pour Jean. Saura-t-il trouver l'origine de la douleur de Noëlle, à savoir des calculs rénaux?



Le jeu de rôle est terminé: l'examinatrice livre ses commentaires à l'apprenti médecin. La façon de communiquer est aussi importante que le raisonnement médical.

est devenue plus vigilante: «*J'ai beaucoup changé dans mes rapports avec les médecins. Je leur pose beaucoup plus de questions.*»

Mais ce n'est pas tout. Une fois le jeu de rôle terminé, le superviseur, qui a suivi toute la scène derrière le miroir sans tain, invite l'étu-

diant à le rejoindre pour analyser ensemble son comportement. Selon Florence Demaurex, ce moment d'évaluation est très formateur, car il permet de rectifier le tir tout de suite. «*Certains, par exemple, ne se rendent pas compte qu'ils font bouger les patients dans tous les sens ou qu'ils les obligent à répéter plusieurs fois qu'ils sont soucieux avant de leur demander pour quoi.*»

Un combat de pionnier

On le voit, l'apprentissage de la médecine ne se fait plus sans les patients. Longtemps parent pauvre de la formation médicale, l'importance de la relation commence à être reconnue. Son enseignement débute tôt et des piqûres de rappel sont prévues tout au long des études et même après l'obtention du diplôme. «*L'enjeu de l'enseignement des compétences relationnelles est l'instauration d'un partenariat entre soignants et soignés, estime Martine Louis-Simonet. Mais cela reste encore un combat de pionnier. A l'heure actuelle, ces types d'aptitudes ne sont toujours pas évalués formellement aux examens finaux de médecine.*» Comme si l'on pouvait soigner les maladies sans les malades.

Suzy Soumaille

Testez votre médecin

A votre tour d'évaluer la qualité de la relation avec votre médecin.

- Au début de l'entretien, le médecin vous accueille et vous met à l'aise. Il se préoccupe de votre confort.
- Le médecin vous explique ce qu'il compte faire et vous demande si vous êtes d'accord avec son programme.
- Il vous demande si vous avez d'autres préoccupations que celle pour laquelle vous êtes venu consulter.
- Il manifeste de l'empathie à votre égard, c'est-à-dire qu'il est capable de reconnaître vos émotions («Je vois à quel point c'est difficile pour vous») et de les légitimer («C'est normal de réagir comme cela dans votre situation»).
- Il utilise un langage compréhensible.
- Il vérifie que vous avez compris les enjeux du traitement.
- Vers la fin de l'entretien, il résume ce qui a été dit, vous explique le plan pour la suite. Il vérifie que c'est OK pour vous et vous demande si vous n'avez pas d'autre question.
- Au moment de prendre congé, il sait vous rendre à votre vie de «non-patient» («Bonne chance pour votre entretien d'embauche!»).

La charte du patient

La notion de partenariat entre soignés et soignants gagne du terrain. La preuve par la Charte du patient qui vient de voir le jour aux HUG. Ce document d'une page est dorénavant remis à tous les patients au début de leur séjour hospitalier.

Le personnel soignant a souhaité écrire noir sur blanc les valeurs guidant leur travail quotidien. Une façon de s'engager et de reconnaître officiellement les patients comme acteurs dans les soins. Les points forts de cette charte:

Philosophie générale: on remet l'humain au centre des soins.

Fil rouge: pour garantir le suivi de l'information et l'accès au dossier, les noms d'un médecin responsable et d'une infirmière de référence sont communiqués au patient dès son arrivée.

Information: les discussions avec les référents sont complètes, loyales et évitent les non-dits.

Partenariat: la participation active du patient (et de ses proches) est requise lors de toutes les décisions le concernant.

Intimité: les croyances, la culture et la sphère privée sont respectées.

Satisfaction: le patient est encouragé à exprimer son opinion sur la qualité de sa prise en charge et de son séjour, et à utiliser les voies de recours en cas de plaintes.