

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2005)

Heft: 3: Psychologische Aspekte = Aspects psychologiques = Aspetti psicologici

Artikel: Communiquer avec les patients en soins palliatifs = Kommunizieren mit Krebspatienten (Zusammenfassung) = Come comunicare con i pazienti nelle cure palliative? (Riassunto)

Autor: Razavi, Darius

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091899>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

On s'accorde aujourd'hui à reconnaître que la communication fait partie des compétences cliniques de base. C'est la tâche quotidienne des médecins de communiquer de mauvaises nouvelles, d'informer les patients quant à des traitements de plus en plus pointus, de requérir leur consentement éclairé, et de prendre en charge l'anxiété et la dépression qui touchent les patients et leur entourage.

Prof. Darius Razavi

Communiquer avec les patients en soins palliatifs



Prof. Darius Razavi

On s'accorde aujourd'hui à reconnaître que la communication fait partie des compétences cliniques de base en médecine en général, et tout particulièrement dans les situations oncologiques et de soins palliatifs. En oncologie, la communication est rendue particulièrement délicate par la peur et la stigmatisation associée au diagnostic de cancer, par la complexité des informations médicales à transmettre, et par l'incertitude qui règne quant à l'évolution de la maladie. C'est la tâche quotidienne des médecins de communiquer de mauvaises nouvelles, d'informer les patients quant à des traitements de plus en plus pointus, de requérir leur consentement éclairé, et de prendre en charge l'anxiété et la dépression qui touchent les patients et leur entourage.

De plus, les modèles les plus modernes de prise en charge oncologique attribuent au médecin la responsabilité d'identifier les besoins du patient.

En théorie, si l'on veut que les patients prennent les décisions qui les concernent, se souviennent des informations qui leur ont été transmises, et se sentent satisfaits de la façon dont ils sont soignés, il faudrait que les soignants adaptent l'information qu'ils donnent aux besoins de chaque patient individuellement, ce qui signifie qu'ils prennent en compte différentes barrières à la communication aussi bien externes (liées au contexte) qu'internes (liées à des facteurs cognitifs et émotionnels). On attendrait donc d'eux qu'ils s'acquittent de tâches fort ardues sur le plan de la communication, alors qu'ils n'ont généralement reçu que peu de formation dans ce domaine. Or, il a été montré que de bonnes compétences en matière de communication influencent positivement le devenir des patients. Une revue récente arrive à la conclusion selon laquelle une bonne communication améliore la santé du patient sur les plans émotionnel et fonctionnel, et permet un meilleur contrôle des symptômes, en particulier de la douleur. Une bonne communication est également associée à une meilleure adaptation du patient à sa maladie, et a pour effets que les patients se souviennent mieux de l'information qui leur a été transmise, manifestent une meilleure observance thérapeutique, et se sentent plus satisfaits des soins. Ces dernières années enfin, la recherche a illustré toute l'importance d'intégrer les proches dans la prise en charge. Dans le cas du cancer du sein en particulier, une littérature toujours plus abondante identifie l'importance de

considérer comme un ensemble les femmes atteintes du cancer du sein et leur conjoint¹. Malheureusement, nous ne disposons que de peu d'études sur la formation des médecins en communication dans le contexte de consultations en présence d'un tiers.

La place des proches en oncologie

Un cinquième environ des consultations médicales en oncologie ont lieu en présence d'un proche. Dans une étude belge récente sur le point d'être publiée, sur 129 patientes atteintes d'un cancer du sein, la moitié étaient accompagnées d'un proche et un tiers par leur conjoint². Les proches sont directement impliqués dans la transmission de l'information, la prise de décision et les soins quotidiens au patient. Les proches qui accompagnent le patient sont le plus souvent le conjoint, suivi à égalité par les enfants, les parents ou les frères et sœurs. Ces mêmes études indiquent que les proches sont souvent présents lors de situations «difficiles» ou lorsque les patients sont «vulnérables». Il arrive plus souvent que des proches soient présents lorsque le patient est une personne âgée et que son indice de performance est diminué. Les proches sont également plus souvent présents à des moments particuliers de la prise en charge, c'est-à-dire lors de la première consultation, juste après une rechute, et en phase terminale de la maladie, et moins souvent présents lors des consultations de routine. Leur présence a pour objectifs principaux de soutenir le patient ou de jouer le rôle de représentant thérapeutique. Les proches qui accompagnent le patient aux consultations sont par ailleurs plus souvent ceux qui s'occupent le plus du patient à la maison; rôle qui les met dans une position privilégiée pour témoigner des difficultés ressenties par le patient qui doit faire face au cancer. S'informer de leur perception des symptômes physiques du patient, de son désarroi et de ses inquiétudes peut donc aider le médecin à cibler l'information et le soutien qu'il apporte au patient. Il faut également savoir que la pression croissante pour raccourcir les durées d'hospitalisation et l'accent mis sur la prise en charge ambulatoire, dans un contexte où l'espérance de vie des patients atteints de cancer a tendance à augmenter, accroissent la charge émotionnelle et la charge de travail tout court de nombreux proches. Les tâches dont ces derniers doivent s'acquitter, souvent complexes, représentent une surcharge considérable qui entraîne un stress important. Il a été montré que les proches de patients atteints de cancer présentent des signes d'anxiété et de dépression, sont contraints de réduire l'éventail de leurs rôles et activités habituels, et que la situation a souvent des répercussions néfastes sur leurs relations conjugales et leur santé physique. On estime que 10 à 30% des proches de patients atteints de cancer souffrent d'affections psychiatriques, un pourcentage d'autant plus élevé que la maladie progresse et que la prise en charge devient essentiellement palliative. Enfin, il faut tenir compte du fait que des troubles de l'adaptation chez les proches ont des répercussions négatives sur l'intégration sociale des patients et l'obser-

Prof. Darius Bazant

Kommunizieren mit Krebspatienten

vance thérapeutique, et sont associées à une plus grande souffrance psychique. Si les médecins communiquent de manière adéquate avec les proches, ils contribuent donc non seulement à les aider à s'adapter à la situation de maladie, mais à renforcer le soutien apporté aux patients et à améliorer la qualité de vie de ces derniers

Consultations en présence d'un tiers

En dépit de l'importance du rôle des proches en oncologie, nous ne savons que peu de choses des compétences des médecins en matière de communication dans le contexte de consultations en présence d'un tiers. Une étude évaluant une série de consultations initiales en médecine générale a montré que ni le contenu ni la qualité des interactions avec le médecin n'étaient modifiés par la présence d'un tiers. Cependant, les patients se comportaient différemment que dans les entretiens individuels: les patients âgés posaient moins de questions, étaient moins engagés dans le contact, s'exprimaient et s'affirmaient moins³.

Nous ne disposons que d'une seule étude qui a comparé les interactions du patient avec le médecin entre les entretiens individuels et les consultations où un proche était présent; cette étude a montré qu'en présence d'un proche les consultations duraient un peu plus longtemps (trois minutes de différence) et que les médecins donnaient davantage d'informations. Dans l'ensemble, il semble que les médecins disposent d'une capacité réduite à adapter leur mode de communication à la présence d'un tiers. Il semble soit que le proche prenne la place du patient dans la consultation, soit qu'il reste plus ou moins à l'écart. Or, dans l'idéal, les compétences du médecin en matière de communication devraient lui permettre d'évaluer, d'informer et de soutenir de manière adéquate à la fois les patients et leurs proches. Si plusieurs études soulignent l'utilité de former les médecins travaillant en oncologie en matière de communication, aucune étude n'a porté sur l'utilité spécifique d'une formation à la communication dans le cadre des consultations où les proches sont présents.

Impact des formations en matière de communication

Dans une étude récente, dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité d'une série de six ateliers de trois heures chacun après un module de formation de base de deux jours et demi à la communication lors d'entretiens avec les proches⁴, les médecins ayant reçu la formation de base étaient distribués au hasard entre les ateliers et l'inscription sur une liste d'attente. L'efficacité de la formation dispensée était évaluée sur la base d'enregistrements audio de consultations réelles ou simulées ayant eu lieu avant la formation, puis après les ateliers pour le groupe concerné, et cinq mois après la formation de base pour l'autre groupe. L'évaluation se basait sur le Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual. La perception du patient et de ses proches de la performance du médecin en ma-

nière de communication, ainsi que leur degré de satisfaction, étaient évalués par un questionnaire en 15 points. L'évaluation principale portait sur les bénéfices des ateliers quant aux compétences des médecins dans trois situations analysées séparément: lorsqu'ils s'adressent au patient, à ses proches, et à l'ensemble des deux. L'évaluation secondaire portait sur la perception que le médecin, le patient et les proches avaient des performances du médecin, et sur leur degré de satisfaction.

Un total de 63 médecins avaient reçu la formation de base. Avant la formation, lors des entretiens à trois personnes, ils s'adressaient 66% du temps au patient seul, 13% du temps au proche seul, et 13% du temps à l'ensemble des deux. Cette répartition ne se modifie pas après la formation. Par rapport aux médecins n'ayant reçu que la formation de base, les médecins bénéficiant des ateliers, lorsqu'ils s'adressaient au patient, employaient des questions plus ouvertes, voire ouvertes/directives, employaient davantage de questions de dépistage et s'attachaient plus à faire exprimer et à clarifier les doléances d'ordre psychologique. Lorsqu'ils s'adressaient au proche, les médecins ayant bénéficié des ateliers leur donnaient des informations de manière plus précoce au cours des consultations réelles et simulées. Lorsqu'ils s'adressaient simultanément au patient et au proche, les médecins ayant bénéficié des ateliers utilisaient davantage les outils de communication tels qu'une attitude empathique, des suppositions basées sur l'expérience, un souci de sensibiliser ses interlocuteurs à la réalité des faits et de les y confronter, la négociation, et un résumé de l'entretien, à la fois au cours des consultations réelles et simulées. Enfin, les patients ayant eu des consultations avec les médecins ayant bénéficié des ateliers manifestaient dans l'ensemble une plus grande satisfaction (mais ce n'était pas le cas de leurs proches).

Dans les consultations réunissant trois personnes, qu'elles soient réelles ou factices, les changements observés reflètent donc une plus grande attention portée par les médecins aux inquiétudes et aux besoins des patients et de leurs proches. Les compétences acquises par la formation sont donc directement mises en œuvre dans la pratique clinique. Par ailleurs, les changements observés dans la relation de communication avec les proches sont plus marqués dans les consultations simulées que dans les consultations réelles. Enfin, les patients ayant à faire aux médecins ayant bénéficié des ateliers perçoivent la performance des médecins comme meilleure et expriment un degré de satisfaction plus élevé; cette satisfaction plus grande n'est toutefois pas retrouvée chez les proches, ce qui s'explique peut-être par le peu de changements observés dans l'interaction des médecins avec les proches. Pour résumer les résultats de cette étude, nous dirons que les compétences en matière de communication avec les patients et leurs proches ont été améliorées par une formation incluant un module de base de deux jours et demi suivi par six ateliers bimensuels de trois heures. Ce type de formation représente donc sans aucun doute un moyen d'améliorer l'effi-

capacité de la communication des médecins, même si l'amélioration des compétences reste limitée en ce qui concerne la communication avec les proches.

Conclusion

Il serait souhaitable que les médecins prennent davantage conscience de la difficulté qui existe à communiquer efficacement avec un patient et ses proches, et que l'on reconnaisse la spécificité de la situation, fréquente en oncologie, où la consultation a lieu en présence d'une tierce personne (agendas différents du patient et de ses proches, influence sur la durée de la consultation et spécificité des compétences requises). L'entraînement à de telles situations devrait idéalement débiter durant les études de médecine et se poursuivre par des modules spécifiques ciblant en particulier les difficultés à communiquer avec les proches. Afin que les compétences théoriques acquises se traduisent par des changements dans la pratique clinique, il serait utile de proposer aux médecins de mettre en pratique certaines compétences spécifiques entre les modules de formation. Enfin, le fait que les consultations en présence d'une tierce personne prennent plus de temps devrait être reconnu afin que les médecins puissent prendre davantage en compte les inquiétudes et les besoins des proches. Le fait que ce soit cet aspect qui soit le moins influencé par la formation doit nous encourager à consacrer certains des ateliers à la situation spécifique des consultations à trois. Si les ateliers prennent du temps et consomment des ressources, ils n'en restent probablement pas moins utiles pour que les compétences acquises par les médecins bénéficient aussi bien aux malades qu'à leurs proches.

Les quatre leçons à retenir sont les suivantes. Tout d'abord, il faut un certain degré de motivation pour in-

tégrer les proches du patient dans la prise en charge et communiquer avec eux de manière efficace. Deuxièmement, pour réaliser cette intégration, il est nécessaire d'acquérir certaines compétences spécifiques. Troisièmement, l'acquisition de ces compétences doit se faire par le biais d'une formation appropriée. Quatrièmement, la mise en application de ces compétences serait facilitée si l'on s'accordait davantage de temps dans les consultations en présence d'un tiers.

Adresse pour la correspondance:

Darius Razavi, M.D., Ph.D.
Unité de recherche en Psychosomatique et Psycho-oncologie
Université Libre de Bruxelles
Av. F. Roosevelt, 50 – CP 191
B-1050 Bruxelles, Belgium
Tél. 00 32 2 650 45 81 and 00 32 2 650 26 31
Fax 00 32 2 650 22 09
Courrier électronique drazavi@ulb.ac.be
Running head: Communication in palliative care

Références

1. Walker BL. Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *Cancer Pract* 1997;5(2):92-8.
2. Razavi D, Merckaert I, Libert Y, et al. Belgian cancer patients' needs study. *Belgium: SPF Santé Publique*; 2005.
3. Greene MG, Majerovitz SD, Adelman RD, et al. The Effects of the Presence of a 3rd-Person on the Physician Older Patient Medical Interview. *Journal of the American Geriatrics Society* 1994;42(4):413-419.
4. Delvaux N, Merckaert I, Marchal S, et al. Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer* 2005;In press.

Nous cherchons

des personnes bilingues

qui seraient d'accord de traduire des articles dans leur langue maternelle

palliative - ch, la revue de la SSMSp tient à rendre la plupart des articles accessibles aux personnes d'autres régions linguistiques. Pour nous aider à garder nos frais modérés, nous serions reconnaissants si vous étiez d'accord de participer gratuitement à nos travaux de traduction.

Annoncez-vous auprès de Claude Fuchs, Tel. 01 / 466. 26. 61; E-mail: claudie.fuchs@triemli.stzh.ch.

Prof. Darius Razavi

Come comunicare con i pazienti nelle cure palliative?

(Riassunto)

La comunicazione è ora riconosciuta generalmente come un elemento fondamentale delle competenze in medicina, ed in particolare nella cura del cancro e nelle cure palliative. La comunicazione in questo campo è particolarmente impegnativa a causa della paura e delle idee negative associate al cancro, della complessità dell'informazione medica e dell'incertezza riguardanti il decorso della malattia. I medici, nella loro pratica quotidiana, devono confrontarsi con l'annuncio di cattive notizie, con l'informazione ai pazienti su trattamenti molto complessi, con richieste di consensi informati, con pazienti e familiari ansiosi e depressi.

Il ruolo dei familiari del paziente nella cura del cancro

Circa un quinto dei colloqui medici in ambito oncologico avvengono alla presenza di un familiare. I risultati di una recente ricerca, non ancora pubblicata, condotta in Belgio su 129 pazienti con un cancro al seno ha mostrato che la metà di loro era accompagnata da un familiare e un terzo delle pazienti era accompagnata dal coniuge. I familiari sono direttamente coinvolti nella richiesta di informazioni, nella presa di decisioni e nelle cure quotidiane del paziente. In quanto implicati direttamente nella cura, i familiari possono essere dei testimoni affidabili circa le difficoltà del paziente a convivere con la malattia. Per questo, invitarli ad esprimere la loro percezione dei sintomi fisici e delle angosce e preoccupazioni dei pazienti, può aiutare i medici ad informare e sostenere l'ammalato nella maniera più appropriata.

Le competenze comunicative dei medici nei colloqui a tre

Nonostante l'importanza della presenza di un familiare accompagnatore nell'ambito oncologico, si sa ancora poco delle competenze dei medici nei colloqui a tre. Solamente una ricerca ha confrontato le interazioni dei medici quando un paziente era solo e quando un paziente era accompagnato da un familiare. Questo studio ha mostrato che quando era presente un familiare le interazioni erano leggermente più lunghe e che i medici erano disposti a dare maggiori informazioni. Durante il colloquio, a volte i familiari sembravano prendere il posto dei pazienti, mentre a volte non venivano presi in considerazione.

L'importanza dei programmi di formazione delle competenze nella comunicazione

Uno studio recente ha voluto valutare l'efficacia di seminari di approfondimento della durata di sei sedute di tre ore, condotti dopo due giorni e mezzo di formazione di base sulle capacità dei medici nella comunicazione nel colloquio a tre persone. Studiare i colloqui a tre persone comporta

l'analisi separata delle capacità di comunicazione con ogni partecipante dell'interazione e quella con entrambi simultaneamente.

Il programma di formazione è stato completato da 63 medici. I medici che hanno partecipato al programma di base sono stati confrontati con medici scelti a caso fra coloro che avevano seguito il programma di approfondimento. Quest'ultimi formulavano più spesso domande aperte, semi direttive e di chiarimento; erano inoltre maggiormente attenti agli aspetti psicologici. Quando si rivolgevano ai familiari davano meno informazioni premature. Quando si rivolgevano simultaneamente al paziente ed al familiare, usavano maggior empatia, interrogativi educati, erano attenti alla realtà, confrontavano, negoziavano e riassumevano la situazione. I risultati di questa ricerca hanno dunque dimostrato un passaggio delle competenze acquisite in teoria nella pratica clinica. Infine, i pazienti hanno riportato un punteggio più alto nella percezione della presa in considerazione delle loro preoccupazioni e un maggior grado di soddisfazione nei confronti del medico. Riassumendo i nostri risultati, è possibile concludere che un seminario di approfondimento di sei sedute di tre ore bimestrali, che fa seguito ad un corso di base di due giorni e mezzo, migliora le competenze nella comunicazione con i pazienti ed i familiari. Malgrado ciò, il trasferimento di queste competenze nei confronti delle preoccupazioni ed i bisogni dei familiari rimane limitato.

Conclusione

I medici dovrebbero tener presente che comunicare con un paziente e un familiare necessita di competenze difficili da usare. La specificità dei colloqui a tre persone dovrebbe essere riconosciuta (tenendo conto dell'agenda del paziente e del familiare, di una durata adeguata dei colloqui e di competenze specifiche di comunicazione). La pratica del colloquio a tre persone dovrebbe dunque idealmente iniziare durante la formazione in medicina e dovrebbe essere consolidata ulteriormente attraverso dei moduli di formazione specifici che hanno come obiettivo le difficoltà a comunicare con i familiari.