

Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication

© Ce document est couvert par les lois et règles touchant les droits des auteurs initiaux.
Sur toute reproduction, mentionnez les auteurs initiaux en les citant tel qu'en bas de page

<p>■ Débuter l'entrevue</p> <p><u>Établir le premier contact (l'accueil)</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Le médecin salue le patient et obtient son nom2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue; obtient le consentement du patient, si nécessaire3. Montre du respect et de l'intérêt; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) <p><u>Identifier la (les) raison(s) de consultation</u></p> <ol style="list-style-type: none">4. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui?</i> » ou « <i>Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?</i> »)5. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse6. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?</i> »)7. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques	
<p>■ Recueillir l'information</p> <p><u>Exploration des problèmes du patient</u></p> <ol style="list-style-type: none">8. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)9. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*,
< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>10. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause</p> <p>11. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)</p> <p>12. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...); offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord</p> <p>13. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « <i>Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?</i> »)</p> <p>14. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires</p> <p>15. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé</p> <p>16. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début</p> <p><u>Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</u></p> <p>17. Détermine activement et explore adéquatement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes) • Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème • Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie <p>18. Encourage le patient à exprimer ses émotions</p>	
<p>■ Structurer l'entrevue</p> <p><u>Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</u></p> <p>19. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>20. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section</p> <p><u>Prêter attention au déroulement de l'entrevue</u></p> <p>21. Structure l'entretien selon une séquence logique</p> <p>22. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir</p>	
<p>■ Construire la relation</p> <p><u>Utiliser un comportement non-verbal approprié</u></p> <p>23. Démontre un comportement non verbal approprié</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité <p>24. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation</p> <p>25. Affiche une confiance appropriée</p> <p><u>Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</u></p> <p>26. Accueille les points de vue et émotions du patient; n'adopte pas une position de juge</p> <p>27. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile</p> <p>28. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient; lui offre de travailler en partenariat</p> <p>29. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique</p> <p><u>Associer le patient à la démarche clinique</u></p> <p>30. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager son implication (par ex. : « <i>ce que je pense maintenant, c'est...</i> »)</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>31. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes</p> <p>32. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission</p>	
<p>■ Expliquer et planifier **</p> <p><u>Fournir la quantité et le type adéquats d'information</u></p> <p>33. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications</p> <p>34. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir</p> <p>35. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)</p> <p>36. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de la réassurance</p> <p><u>Aider le patient à retenir et comprendre les informations</u></p> <p>37. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées</p> <p>38. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème (par ex. : « <i>Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement...</i> ». « <i>Maintenant, abordons...</i> »)</p> <p>39. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information</p> <p>40. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique</p> <p>41. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants)</p> <p>42. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu; clarifie si nécessaire</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p><u>Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient</u></p> <p>43. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient</p> <p>44. Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes; y répond adéquatement</p> <p>45. Relève les indices verbaux et non verbaux: Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions; est sensible aux signes de surcharge d'information; est attentif aux indices d'inconfort</p> <p>46. Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés; les reconnaît et y répond au besoin</p> <p><u>Planifier : une prise de décision partagée</u></p> <p>47. Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié : idées, processus de pensée, dilemmes</p> <p>48. Implique le patient en suggérant, plutôt qu'en imposant</p> <p>49. Encourage le patient à partager ses pensées : idées, suggestions et préférences</p> <p>50. Discute d'un plan mutuellement acceptable</p> <p>51. Offre des alternatives : encourage le patient à faire des choix et à prendre des décisions jusqu'au niveau qu'il souhaite</p> <p>52. Vérifie avec le patient s'il est d'accord avec le plan et si l'on a répondu à ses préoccupations</p>	
<p>■ Terminer l'entrevue</p> <p><u>Planifier les prochaines étapes</u></p> <p>53. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin</p> <p>54. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p><u>Préparer la fin de l'entrevue</u></p> <p>55. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins</p> <p>56. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter</p>	
<p>** Explications et planification : Options sur le processus et le contenu</p> <p><u>Si discussion d'investigations et de procédures</u></p> <p>57. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats</p> <p>58. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : importance, raisons</p> <p>59. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles</p> <p><u>Si discussion à-propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</u></p> <p>60. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes</p> <p>61. Révèle les raisons supportant les opinions discutées</p> <p>62. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes</p> <p>63. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises</p> <p><u>Si élaboration conjointe d'un plan d'action</u></p> <p>64. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non médicamenteux (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)</p>	

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills*, < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.

<p>65. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts :</p> <ul style="list-style-type: none">• noms• étapes des traitements; comment ils fonctionnent;• bénéfices et avantages;• possibles effets secondaires <p>66. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation</p> <p>67. Reconnaît le point de vue du patient; plaide des points de vue alternatifs, au besoin</p> <p>68. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité</p> <p>69. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient</p> <p>70. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome</p> <p>71. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles</p>	
---	--

Références

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides.* Academic Medicine 2003 : 78 (8) : 802-809.

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients.* Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 1998.

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills,* < <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, janvier 2004.