

La communication:

Pierre angulaire pour l'accompagnement
de l'enfant en surpoids ?

Nadine Kacenenbogen
DMG ULB

Sur l'invitation de l'APMS



I- Surpoids des enfants

Pourquoi parler de compétence en communication



1- Notre santé et celle de nos enfants, dépend de quoi ?

*La santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
(Définition OMS)*

Facteurs de risque de mortalité

Importance des comportements

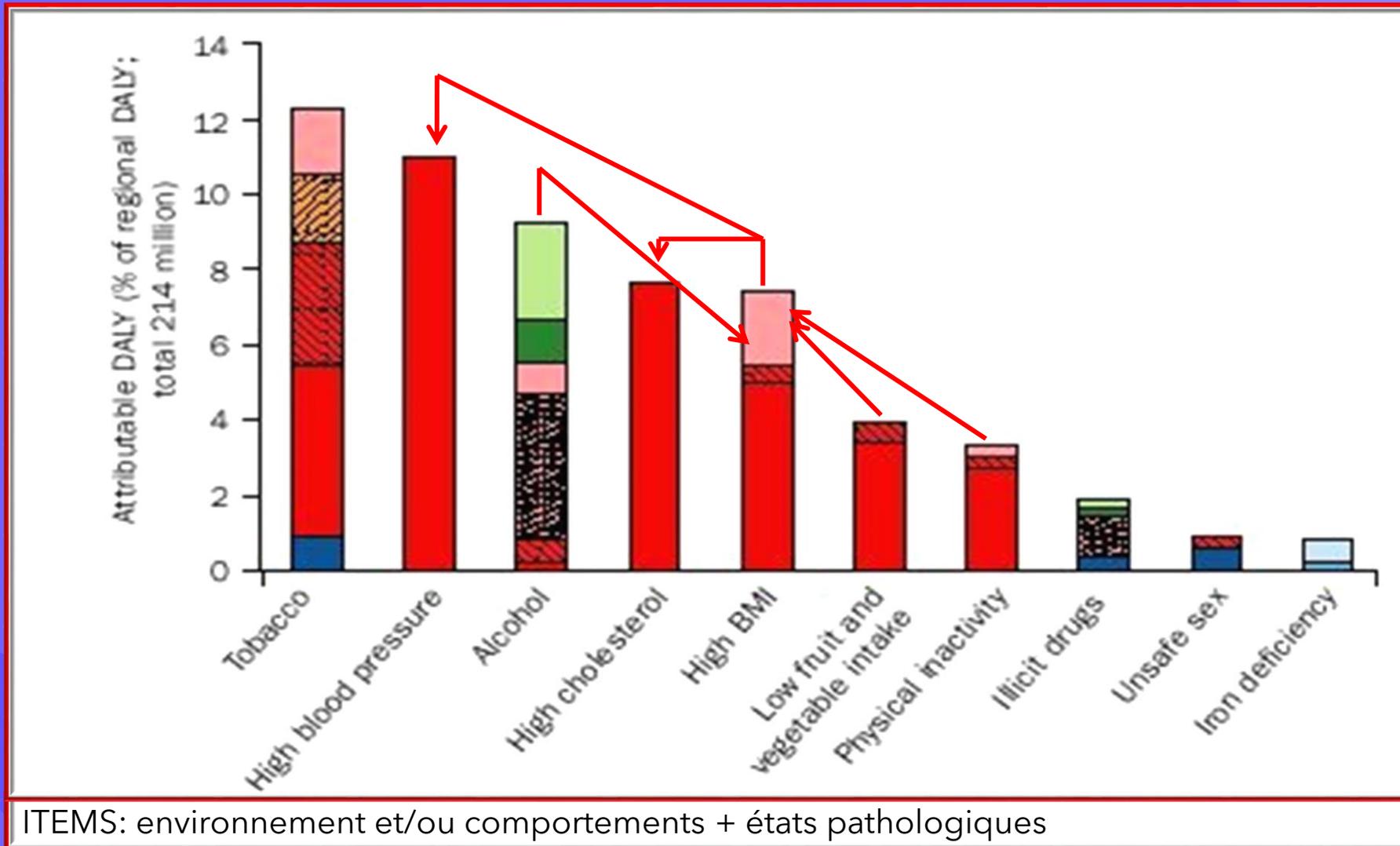
Risk factor		Deaths (millions)	Percentage of total	Risk factor		Deaths (millions)	Percentage of total
World				Low-income countries^a			
1	High blood pressure	7.5	12.8	1	Childhood underweight	2.0	7.8
2	Tobacco use	5.1	8.7	2	High blood pressure	2.0	7.5
3	High blood glucose	3.4	5.8	3	Unsafe sex	1.7	6.6
4	Physical inactivity	3.2	5.5	4	Unsafe water, sanitation, hygiene	1.6	6.1
5	Overweight and obesity	2.8	4.8	5	High blood glucose	1.3	4.9
6	High cholesterol	2.6	4.5	6	Indoor smoke from solid fuels	1.3	4.8
7	Unsafe sex	2.4	4.0	7	Tobacco use	1.0	3.9
8	Alcohol use	2.3	3.8	8	Physical inactivity	1.0	3.8
9	Childhood underweight	2.2	3.8	9	Suboptimal breastfeeding	1.0	3.7
10	Indoor smoke from solid fuels	2.0	3.3	10	High cholesterol	0.9	3.4
Middle-income countries^a				High-income countries^a			
1	High blood pressure	4.2	17.2	1	Tobacco use	1.5	17.9
2	Tobacco use	2.6	10.8	2	High blood pressure	1.4	16.8
3	Overweight and obesity	1.6	6.7	3	Overweight and obesity	0.7	8.4
4	Physical inactivity	1.6	6.6	4	Physical inactivity	0.6	7.7
5	Alcohol use	1.6	6.4	5	High blood glucose	0.6	7.0
6	High blood glucose	1.5	6.3	6	High cholesterol	0.5	5.8
7	High cholesterol	1.3	5.2	7	Low fruit and vegetable intake	0.2	2.5
8	Low fruit and vegetable intake	0.9	3.9	8	Urban outdoor air pollution	0.2	2.5
9	Indoor smoke from solid fuels	0.7	2.8	9	Alcohol use	0.1	1.6
10	Urban outdoor air pollution	0.7	2.8	10	Occupational risks	0.1	1.1



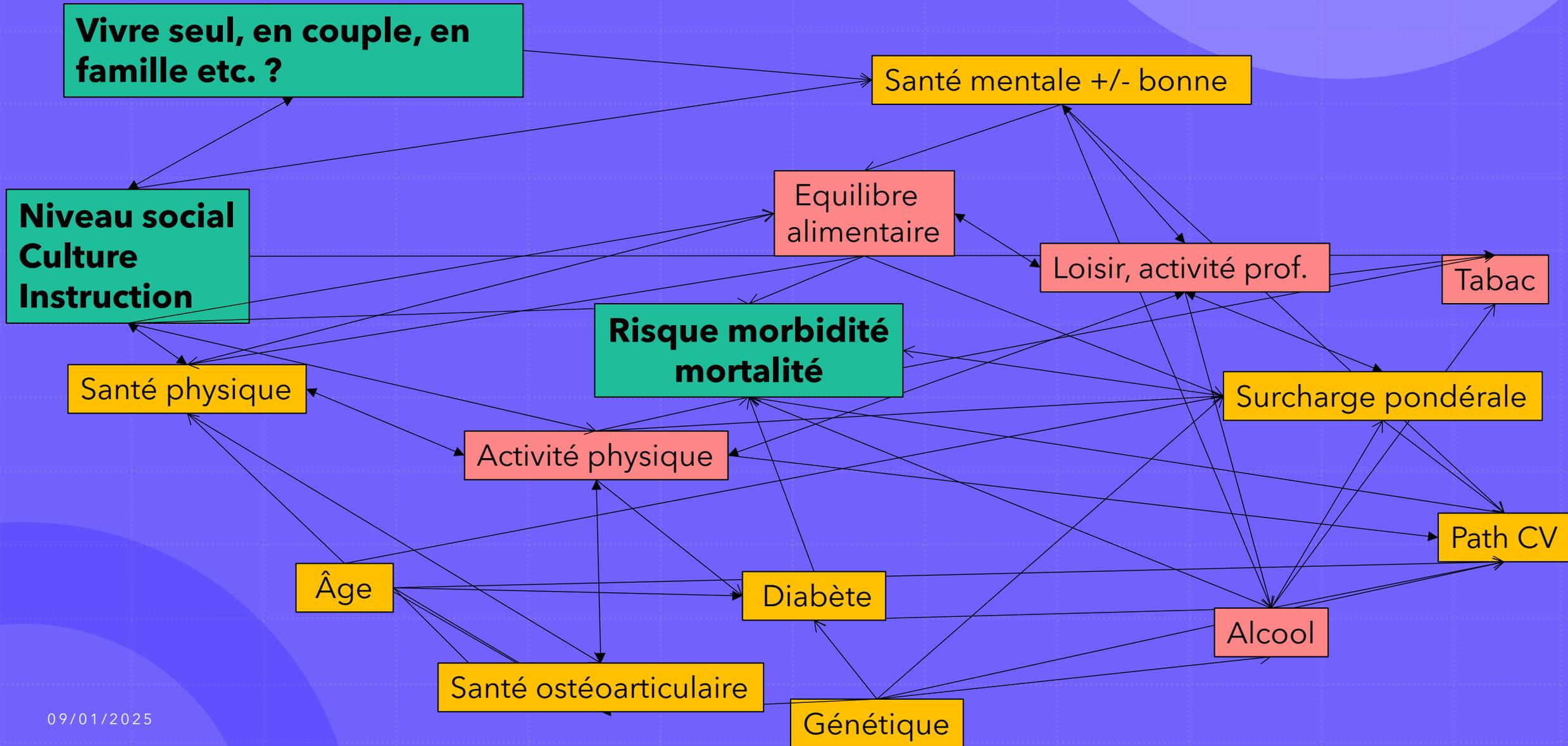
***Global Health Risks: Mortality and burden of disease, attributable to selected major risks, WHO 2009**

Facteurs de risque de morbidité

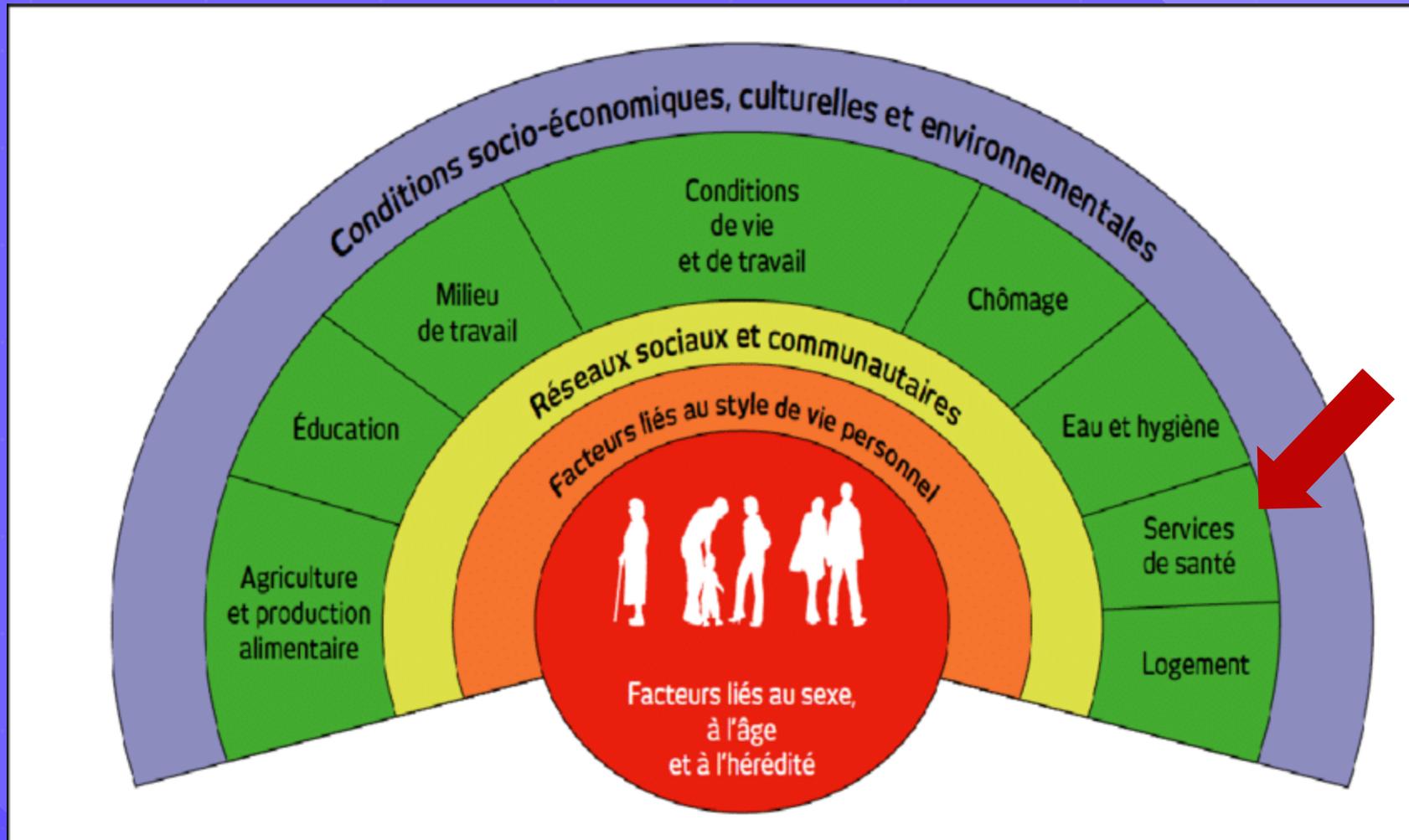
% d'années de maladie sur 214 millions « DALY » (Disability adjusted life years)
Dans Pays occidentaux



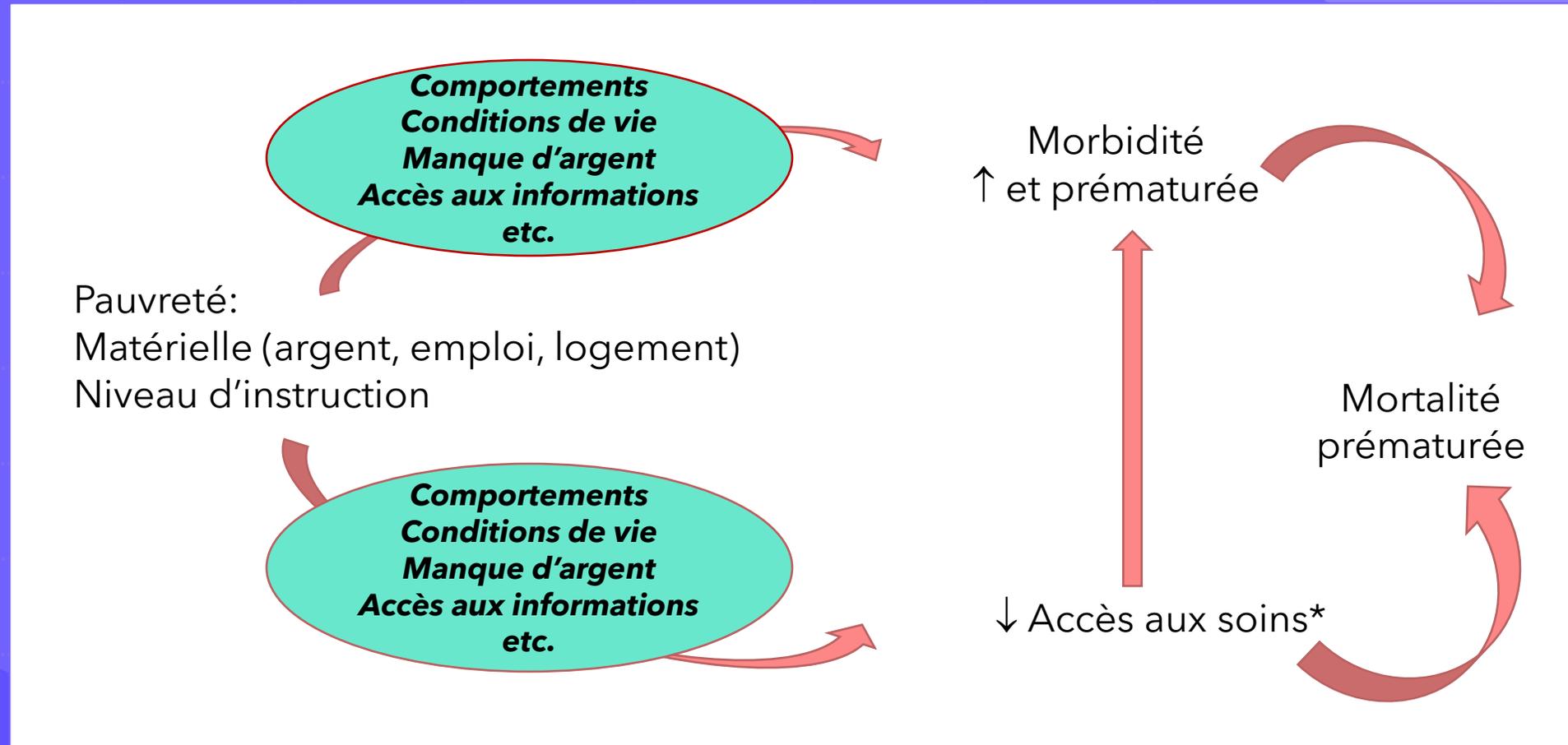
Complexité des influences directes et indirectes sur nos comportements



Environnement et santé



Conditions de vie et comportements & Santé



Il faut bien se rendre à l'évidence ...

Aucun traitement médical, aucune technique chirurgicale, aucune structure hospitalière ni tout cela à la fois n'a autant d'influence sur la santé, que les conditions de vie et les comportements qui en découlent



2- Causes du surpoids des enfants:

Deux comportements complexes
Déséquilibre alimentaire et sédentarité
Dépendants de l'environnement

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante>

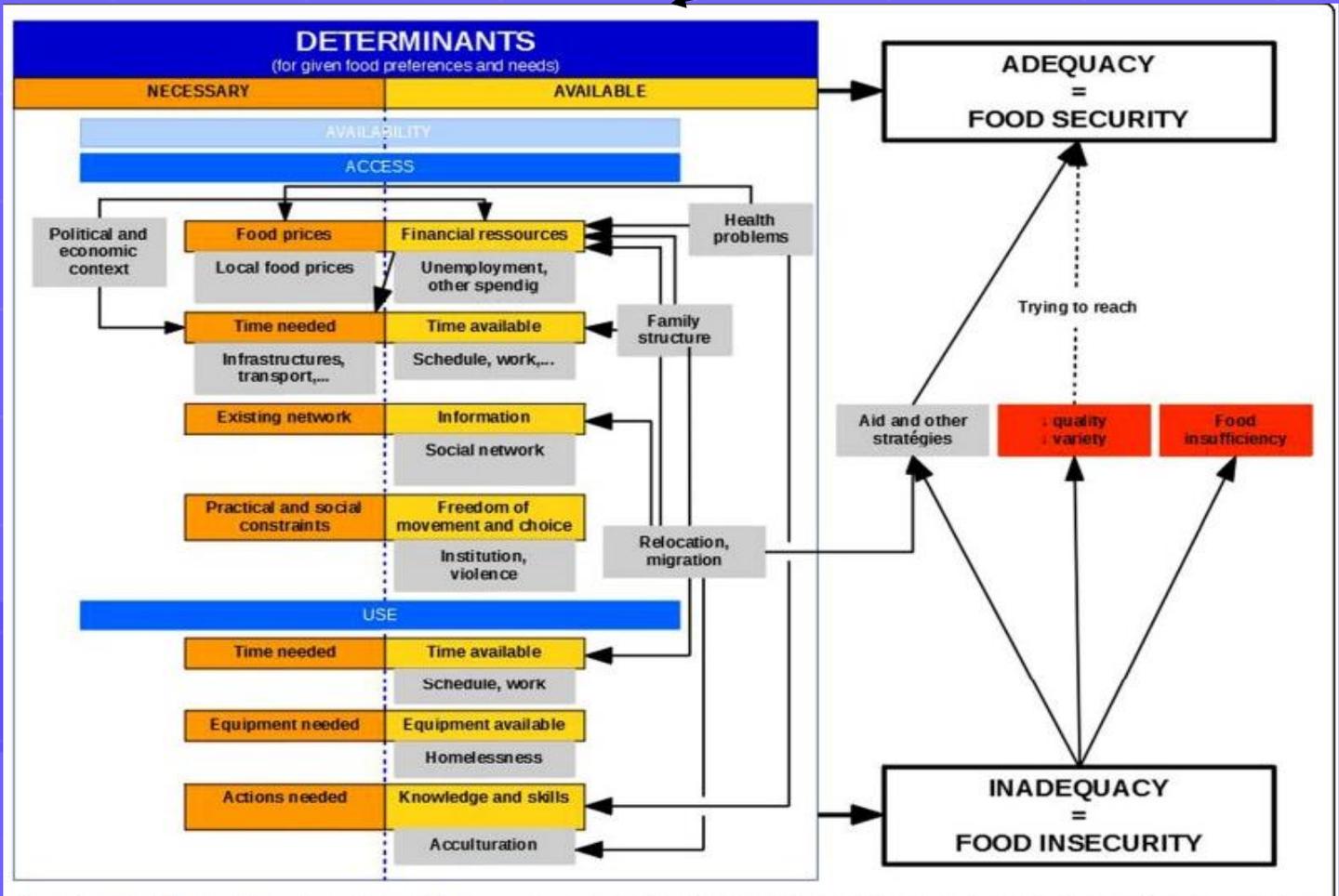


Le pourcentage de jeunes confrontés à un problème de surpoids ou d'obésité en Belgique a progressivement augmenté au cours des dernières décennies. D'après l'enquête de santé de Sciensano, **13,6%** des jeunes étaient en surpoids en **1997** ; en **2018**, ce chiffre atteignait **19%**, auxquels s'ajoutaient près de **6%** d'obèses

Famille monoparentale

= moins d'argent
= moins de temps
= alimentation moins équilibrée

Huberland, V., et al . (2019). Identification of food insecurity factors in French-speaking Belgium: a qualitative study. BMC public health, 19, 1-15.



= moins d'allaitement au cours des 6 premiers mois de vie

Kacenebongen, N et al (2015). Not living with both parents is associated with more health-and developmental problems in infants aged 7 to 11 months: a cross sectional study. BMC public health, 15, 1-11.

Pour l'alimentation; 2 éléments en plus ...

1- L'industrie agroalimentaire et ses dictats

Dont la publicité cible les enfants

Dont l'influence +/- importante dépend de l'environnement social, du niveau d'instruction (mère)



Pour l'alimentation; 2 éléments en plus ...

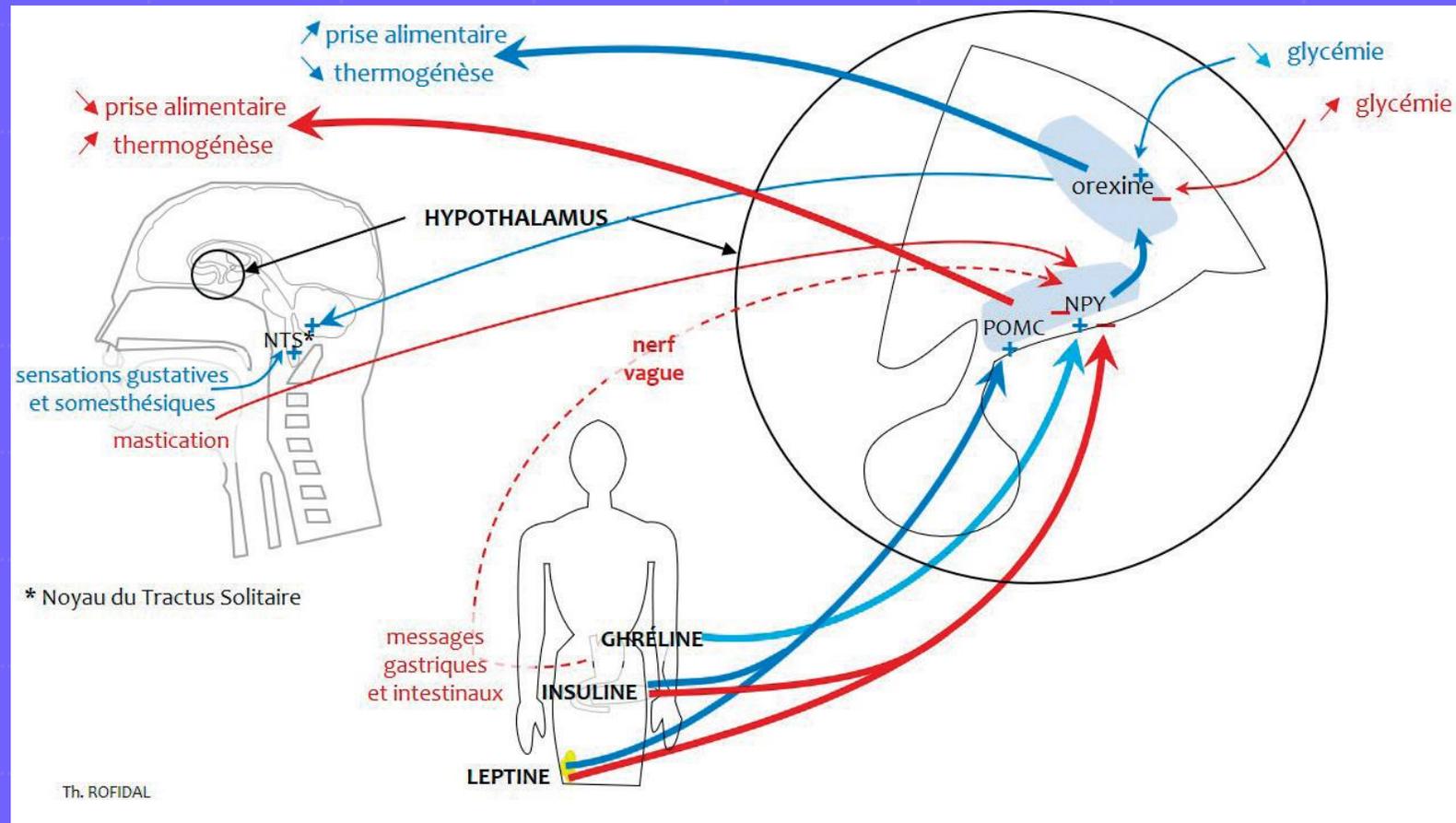
2- Ce n'est pas notre cortex qui décide

La régulation homéostatique
l'intestin,
tissu adipeux
Le nerf vague

Régulation hédonique (conscient)
La vue,
l'odorat,
le goût
Texture
Composition des macronutriments

Processus de récompense inconscient
les hormones,
les neurotransmetteurs
ETC. ...

La tour de contrôle? ... Hypothalamus



Ne rien faire? ...



... Non !

1- faire ce qu'on peut (*esprit EM*)

La santé des patients ne dépend que très peu de nous malgré nos compétences/connaissances/ bonne volonté etc.

Si l'enfant, l'ado arrive vers vous ... déjà en surpoids (rebond d'adiposité?)

→ Prévention ~~X~~ primaire

Si l'enfant IMC normal → ne pas oublier la prévention primaire

(Action → enfant et parents) !!!! 😊

2- la communication (+ nos compétences/connaissances/ bonne volonté etc.)

Aide pour nos patients et pour nous !! (prévention 1aire → 4aire)

II- Quand un patient « devrait changer de comportement » Comment communiquer de façon optimale

Comment aborder un dialogue

Comment faire prendre conscience

Comment faire évoluer ces situations?

En toute bienveillance
Sans stigmatiser



II- Quand un patient « devrait changer de comportement » Comment communiquer de façon optimale



Comment aborder un dialogue

Comment faire prendre conscience

Comment faire évoluer ces situations?



En toute bienveillance
Sans stigmatiser

Pas que pour le
surpoids /obésité

Toutes ces situations

Nécessite l'envie de ...



Pour lequel le soignant
pourrait favoriser la ...



Favoriser la motivation ... pas naturel

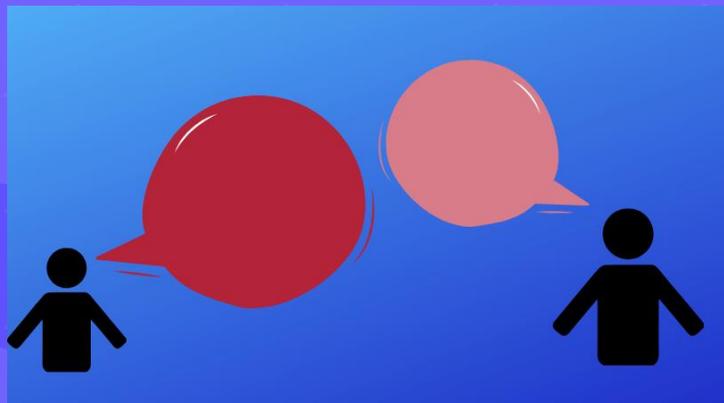
Nécessite certaines connaissances

Le fait d'être apte à mettre en pratique ces connaissances

La capacité à exprimer la bienveillance/ son empathie



C'est prendre conscience de l'importance du cadre:
partenariat



Et cela s'apprend
(Formation)

1- Importance du cadre

1° Modèle classique: « Paternalisme »

Freud/Balint

Toujours présent dans notre inconscient collectif

→ relation de confiance

→ asymétrique

→ inégalitaire

Médecin (soignant): Compétent

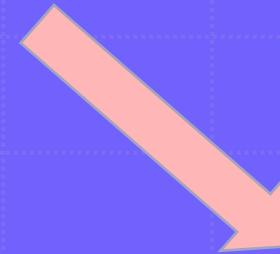
- Décide
- Attend d'être « obéi, écouté »
- Attend de la « reconnaissance »
- Attend de « réussir »

Propre à toutes les médecines (MG/MS)
Hospitalisation, pathologie grave, chronique,
Vieillesse, haute technicité... ↑ ce type
relationnel

Le risque: le patient, le parent perd son
autonomie, sa dignité son libre-arbitre



**Ascendance du Soignant
par rapport au patient**



Patient: Passif

- « obéit »
- Malade (diminué)
- En demande d'aide
- Appel à la compétence du médecin
- Demande de soutien
- Désir d'être rassuré

Pour communiquer avec son patient, importance du partenariat

2° Modèle actuel: Partenariat

loi du 22 août 2002 (droits du patient)

Patient (parent) = Partenaire

- Autonome
- Actif
- Expert de sa situation
- Droit à une information complète
- Capable de choisir, de décider
... le plus souvent possible
(situations extrêmes)



**Echange
d'information**

Soignant = Guide

- Accompagne
- Informe clairement
- Aide le patient à décider
- Conseille (Compétences)
- Décide et dirige
...le moins souvent possible

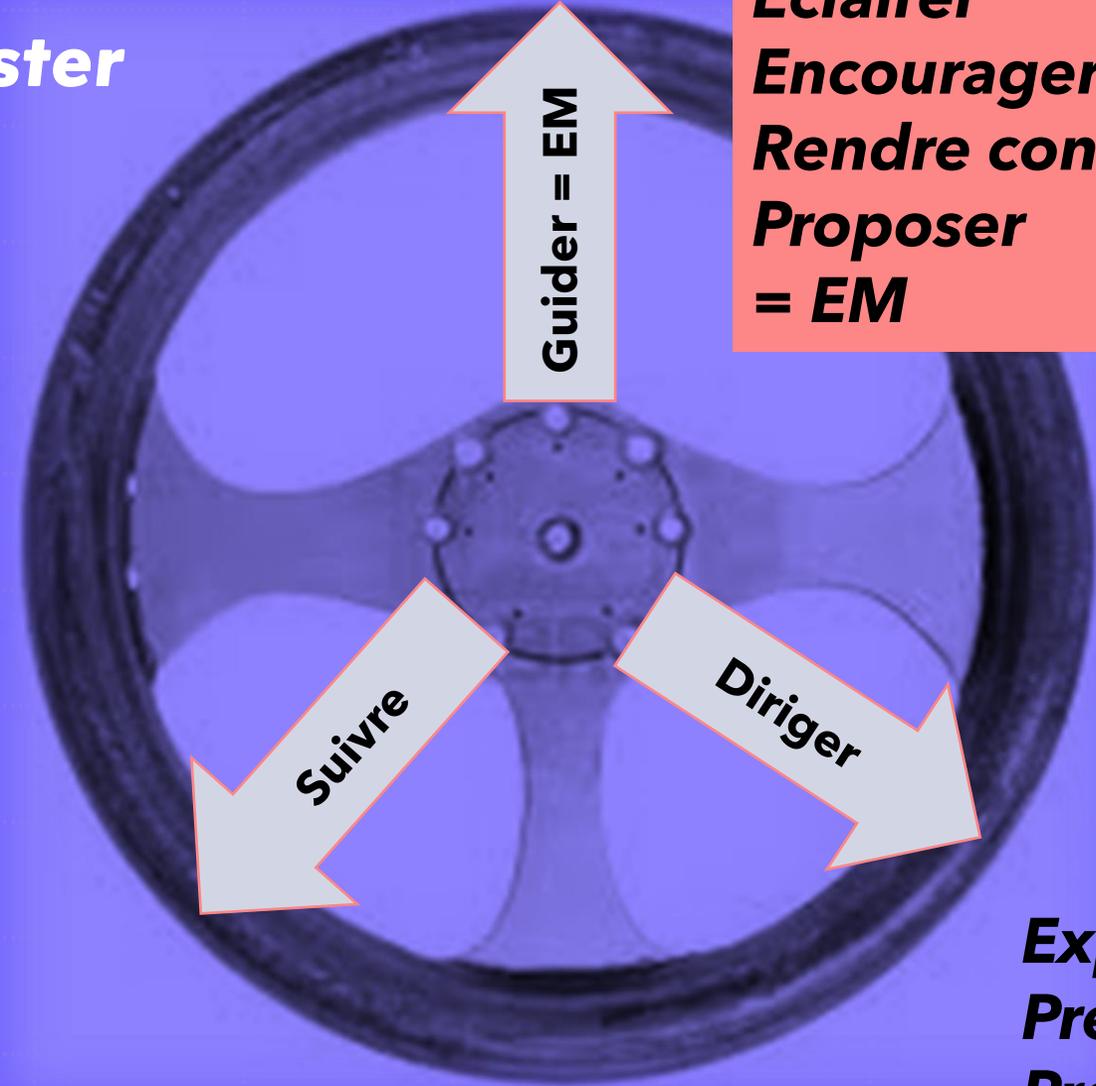
Rôle plus subtil du soignant

Plus à l'écoute

Toujours responsable

Mais l'issue de la maladie ne dépend pas que de lui...

Dans les métiers du « soin » 3 styles utiles et à ajuster



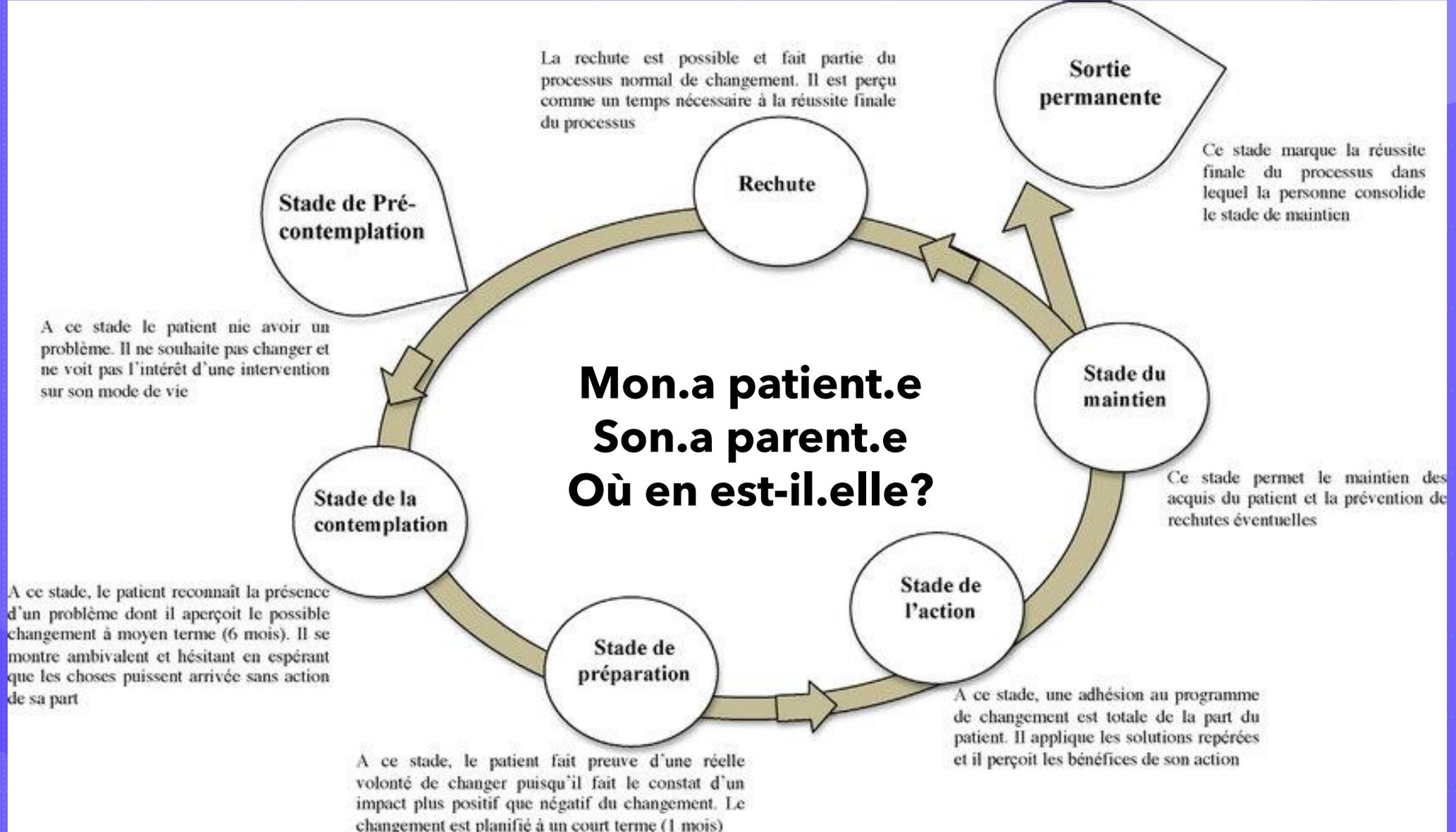
Eclairer
Encourager
Rendre conscient
Proposer
= EM

Ecouter
Autoriser
Permettre
Faire confiance

Expliquer
Prescrire
Prendre en charge
Réagir

2- Deux « outils » pour favoriser la motivation du patient & Aider le soignant

Stades du changement selon Prochaska et Diclemente



L'entretien motivationnel (EM)

*Ce n'est pas une façon naturelle de communiquer
Nécessite une formation (continue)*



Valeurs:

Empathie sincère et exprimée

Partenariat, non-jugement, évocation, altruisme, éthique

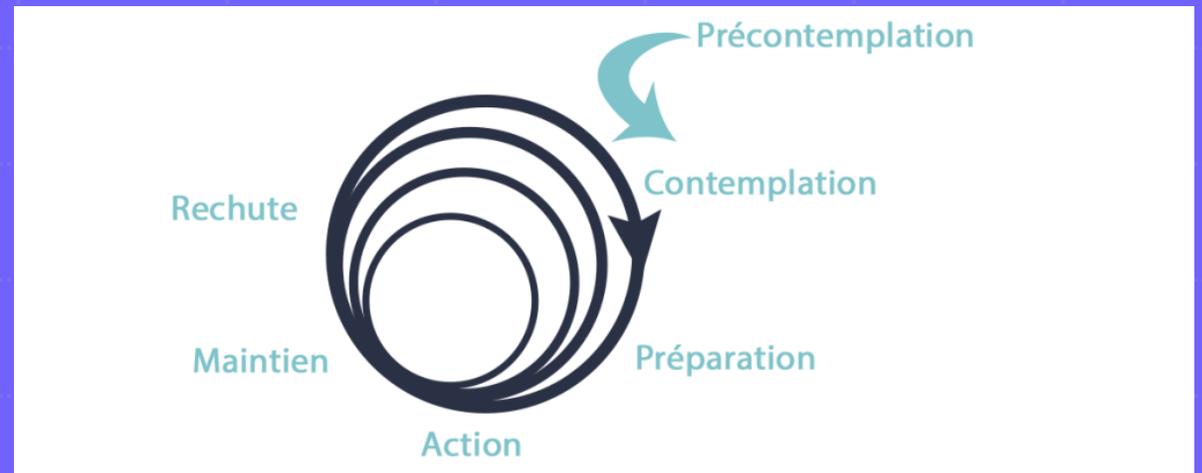
Outils:

***Questions ouvertes, Valoriser, Refléter, Résumer,
Technique pour informer***

Stades du changement et entretien motivationnel



&



Pouvoir communiquer en fonction du stade



Juste un peu ...

1- Champ d' action de l'EM

Changement de comportements → Motivation

Attitude « bienveillante » Mais directive...

Alcool

Tabac

Substances illicites

**Sexualité
Non protégée**

Sédentarité

Addictions

**Déséquilibre
alimentaire**

- ✓ **Accepter un traitement (somatique, psychothérapeutique)**
 - ✓ **Accepter l'absence de traitement**
 - ✓ **Accepter l'inutilité d'examen complémentaire**
- ... en plus des changements de comportements**

**Indispensable
pour les « addictologues »**

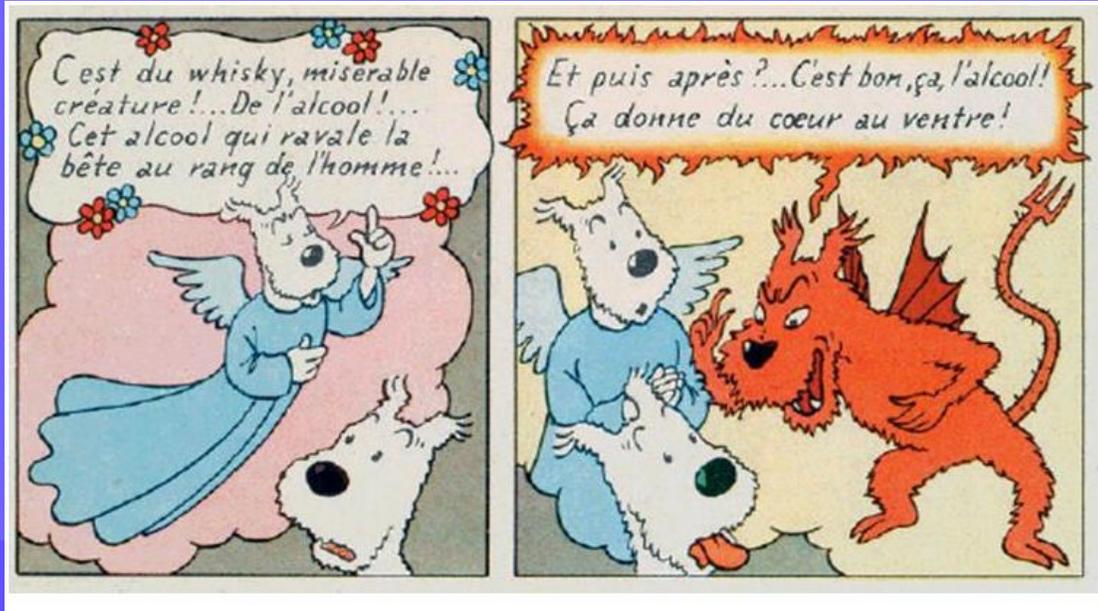
PARTICULARITÉS DE L'EM EN MÉDECINE NON SPÉCIALISÉE EN « ADDICTION »

- **Les patients ne viennent pas chez nous pour « changer »**
- **Ils nous consultent pour d'autres choses**
- **Nous sommes « condamnés » à être *proactifs***
- **Nous sommes en « amont » de l'addictologue**
- **En médecine scolaire (MS & MG):
Jeunes patients/Parents qui ne vous ont pas « choisi »**
- **Patients /parents pas forcément **Motivés** ...**

Pourtant

- Notre façon d'être avec le patient
- Influence la motivation au changement
- Permet d'aller au-delà de l'ambivalence

2- Concepts importants en EM



a) L'ambivalence



- « Je voudrais perdre du poids, mais je déteste faire de l'exercice »
- « Je voudrais arrêter de fumer, mais ça me détend »
- « Je devrais manger moins gras, mais je n'ai toujours pas le temps de cuisiner »

QUI D'ENTRE VOUS, MÉDECINS, INFIRMIERS.ÈRES PRATIQUENT 30' d'activité physique par jour ...?



Nous sommes tous.tes comme nos patients
....Changer c'est difficile
.... Nous sommes tous ambivalents
pour quelque chose

b) La communication dissonante*

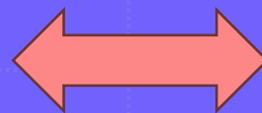
Nous sommes
« formatés »
pour cela !
(facultés)

- Notre désir de faire le bien,
- De **corriger** une situation
- De convaincre ... de faire peur ...

S'il n'y avait qu'une seule chose à retenir aujourd'hui:
Eviter le réflexe correcteur (le plus souvent possible)



« Ce serait bien si tu faisais plus d'exercices »
« Il faudrait que tu arrêtes de boire sucré »
« Et si tu mangeais moins gras ? »



« **OUI-MAIS**.... Pas possible j'ai mal au dos ! »
« Je bois comme tout le monde... »
.... (silence , pas de réponse)

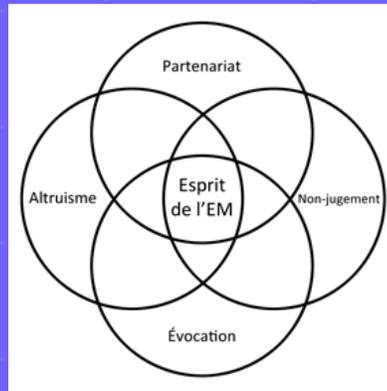
Communication « dissonante » (résistance)

3- L'esprit de l'EM

Reconnaître que « l'autre » a le **droit de ne pas changer**
→ Rend le changement possible

1° Collaboration

- Idée de partenariat
- Echange actif et symétrique
- Prise de décision conjointe



2° Evocation

- Ce que possède déjà le patient (pas ce qui lui manque!)
- Ses aspirations, préoccupations, valeurs
- Liens avec le changement de comportement

3° Valorisation de l'autonomie du patient

- Un certain « détachement »
- C'est le patient qui décide
- Il en est capable!

3- L'esprit de l'EM



Attitude directive , même si bienveillante

4- EM; le processus linéaire et circulaire

« Comment tu t'organiserais pour faire plus du sport? »

4° Avec le patient, décider des objectifs possibles
= la PLANIFICATION

« Pourquoi veux-tu faire attention à ton poids? »

3° Suscite chez le patient ses propres motivations à changer
= l'EVOCACTION

« De quoi peut-être voudrais-tu parler? »

2° Identifier un objectif de changement
→ sujet de la conversation
= la FOCALISATION

« Comment vas-tu? »

1° On se centre sur le patient « Ecoute empathique »
= l'ALLIANCE

4- EM; le processus linéaire et circulaire

LES PIÈGES À ÉVITER AU DÉBUT DE LA RELATION

- ¥ L'évaluation initiale
- ¥ Le bavardage
- ¥ L'expertise
- ¥ L'étiquetage
- ¥ La focalisation prématurée
- ¥ Le reproche

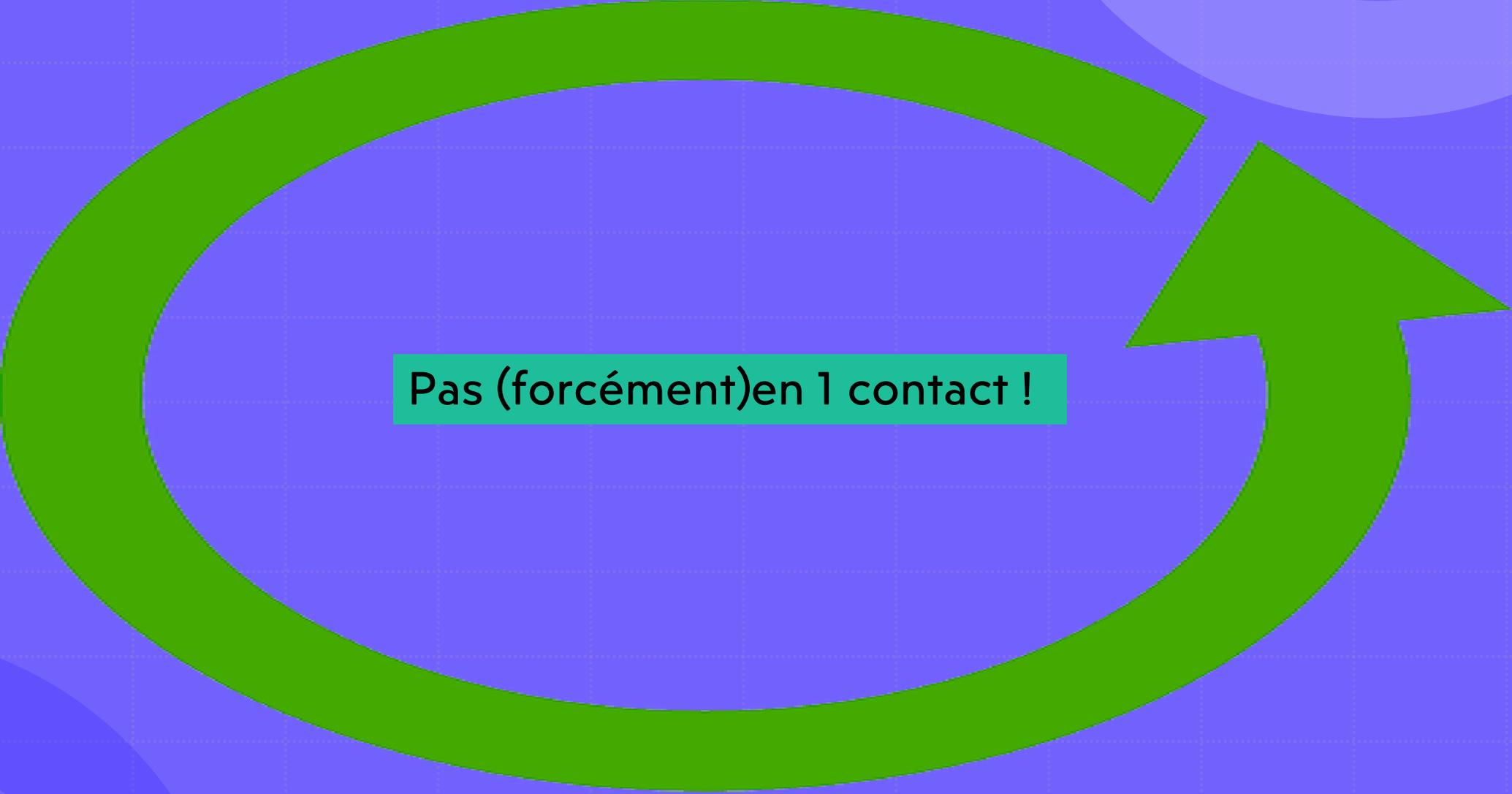
« Comment vas-tu? »

*Une communication optimale?
Le patient parle beaucoup
Le soignant quasi pas ...*

1° On se centre sur le patient « Ecoute empathique »
= l'ALLIANCE



4- EM; le processus linéaire et circulaire



Pas (forcément) en 1 contact !

5- EM; 4 principes

EVOCATION



5-10'

« *Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?...* »

1^{ère} réaction:

« ... Silence.... »

« *Ok n'en parlons pas, mais c'est quand tu veux pour ça ou autre sujet...* »

« *Justement j'ai une copine qui 3 jours par semaine ne mange rien du tout, C'est bien ça pour maigrir?* »

2^{ème} réaction:

→ « *Je devrais bouger plus, ça m'empêcherait de grossir, mais ça m'embête ...* »

« *Tu n'aimes pas trop pratiquer du sport ou autre activité physique et tu penses qu'en bougeant plus tu garderais ton poids ...* »

1° Eviter le REFLEXE correcteur

- + Alliance
- Gain de temps
- Evite la dissonance(résistance)
- Suscite l'intérêt du patient
- N'empêche pas de laisser la porte ouverte

2° Explorer les motivations du patient

- Pas forcément en 1 consultation
- Sentir le moment opportun
- En se centrant sur le patient
- + Alliance
- Reconnaître l'ambivalence / discours chgt./maintien
- Réfléter dans la direction chgt.
- Questions ouvertes → susciter discours chgt.

Reconnaître et renforcer le DC ?

Discours Changement

→ Reflet en résumant

« Tu as envie de perdre du poids, de retrouver ton énergie, Tu penses que tu pourrais venir à pied à l'école ... »

- - **Désir de changer** « J'aimerais perdre quelques kilos »
- - **Aptitude à changer (Confiance dans la Capacité de changer)** « Je pourrais réduire un peu »
- - **Raisons de changer** « me sentir mieux dans ma peau... »
- - **Nécessité (Besoin) de changer** « J'ai besoin de retrouver mon énergie »

DARN va dans la direction du changement, mais ce n'est pas encore un changement du comportement. Ces attitudes désignent l'intention de changer.

- **Activation:** « Qu'est ce que tu es prêt à faire »
- **Mesures:** les Premiers pas « Qu'as-tu déjà fait ? » « J'ai essayé 2 jours en ne buvant que de l'eau » « Je suis venue à pied à l'école »
- **Engagement:** « Je vais, je promets, je garantis, je suis prêt, ... »
- **Un peu moins:** « Je vais réfléchir, c'est mon plan, j'espère, je vais essayer.. »

DARN-AME ... « bonne direction »

5- EM; 4 principes

3° Ecoute avec **empathie**

- Poser des questions (ouvertes)
- Garder le silence
- Ecouter
- Exprimer son empathie

Efficacité thérapeutique à elle seule...

3 CONDITIONS

- ✓ Si on sait écouter et comprendre
- ✓ Si on est sincère
- ✓ Si on sait l'exprimer →

- Non verbale
- Verbale (reflets)

Ecoute réflexive

Avec son ressenti

- onomatopées
- simples
- paraphrase
- reformulation
- sentiment
- Valorisations

*Capacité à partager les émotions avec autrui, sans confusion entre soi et l'autre**

**Simon E 2009*



5- EM; 4 principes

EVOCATION



4° Favoriser l'optimisme et « renforcer » le patient

- ✓ Quels aides pour changer de comportement ?
- ✓ Et au cours d'autres difficultés, comment avais-tu fait?
- ✓ Et comment ce serait pour toi si tu changeais?
- ✓ Situations où tu as été fier de lui?
- ✓ Comment pourrais-tu commencer?
- ✓ Que connais-tu comme solution?

« On se persuade mieux pour l'ordinaire par les raisons qu'on a soi-même trouvées que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres »

Blaise Pascal (pensées 1671)

La personne augmente sa motivation en s'entendant elle-même parler des raisons de changer et comment elle pourrait faire

6- EM : quelques autres outils

Résumé en EM

= un « grand reflet » pour clôturer le contact ou une partie du contact

Et toujours les éléments « maintien » d'abord et discours changement à la fin (comme pour les reflets)

Les éléments venant en fin de phrase, ont plus d'impact, sont mieux mémorisés

6- EM : quelques autres outils

Donner des informations en EM: méthode **DFD**

1- **DEMANDER** par une question ouverte :-

Que souhaite-tu savoir à propos de ?

Que sais-tu à propos de ?

2- **FOURNIR** : donner de l'information après en avoir eu la permission

3-DEMANDER par une question ouverte, la réaction du patient à l'information fournie :
"que pense-tu de tout cela", "Que pourrais-tu faire avec ces infos ?"

1- "Que sais-tu déjà de la façon de rester en pleine forme?"

2- "Veux-tu que je t'en dise un peu plus ?"

3- "Qu' est- ce que ces informations t'apportent"





LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES : Ou V E R

D F D

QUESTIONS

Ou VERTES

Évitent l'interrogatoire
Permettent l'élaboration
du sujet

VALORISATION

Valoriser ce qui va dans
le sens du changement
Renforcer le sentiment
d'efficacité personnelle

ECOUTE

RÉFLECTIVE

Refléter l'explicite
et l'implicite
Construire et manifester
son empathie

RÉSUMÉS

- De liens
- De transitions
- De rassemblements

DEMANDER

FOURNIR

DEMANDER

Demander à la personne
ce qu'elle sait
Demander la permission
d'ajouter de l'information
Fournir de l'information
Demander ce qu'elle
en pense



Pièges relationnels : persuader et confronter

Le jeune et ses parents ?

Attention



**Confidentialité à partir de 14 ans !
Expliquer au jeune ce que cela signifie,**

Prudence: VIF

**En présence d'un parent:
pas les mêmes questions/discussions
(consommations/sexualité etc.)**

**Document infos pour les parents :
avec accord du jeune? Qu'y mettre?**

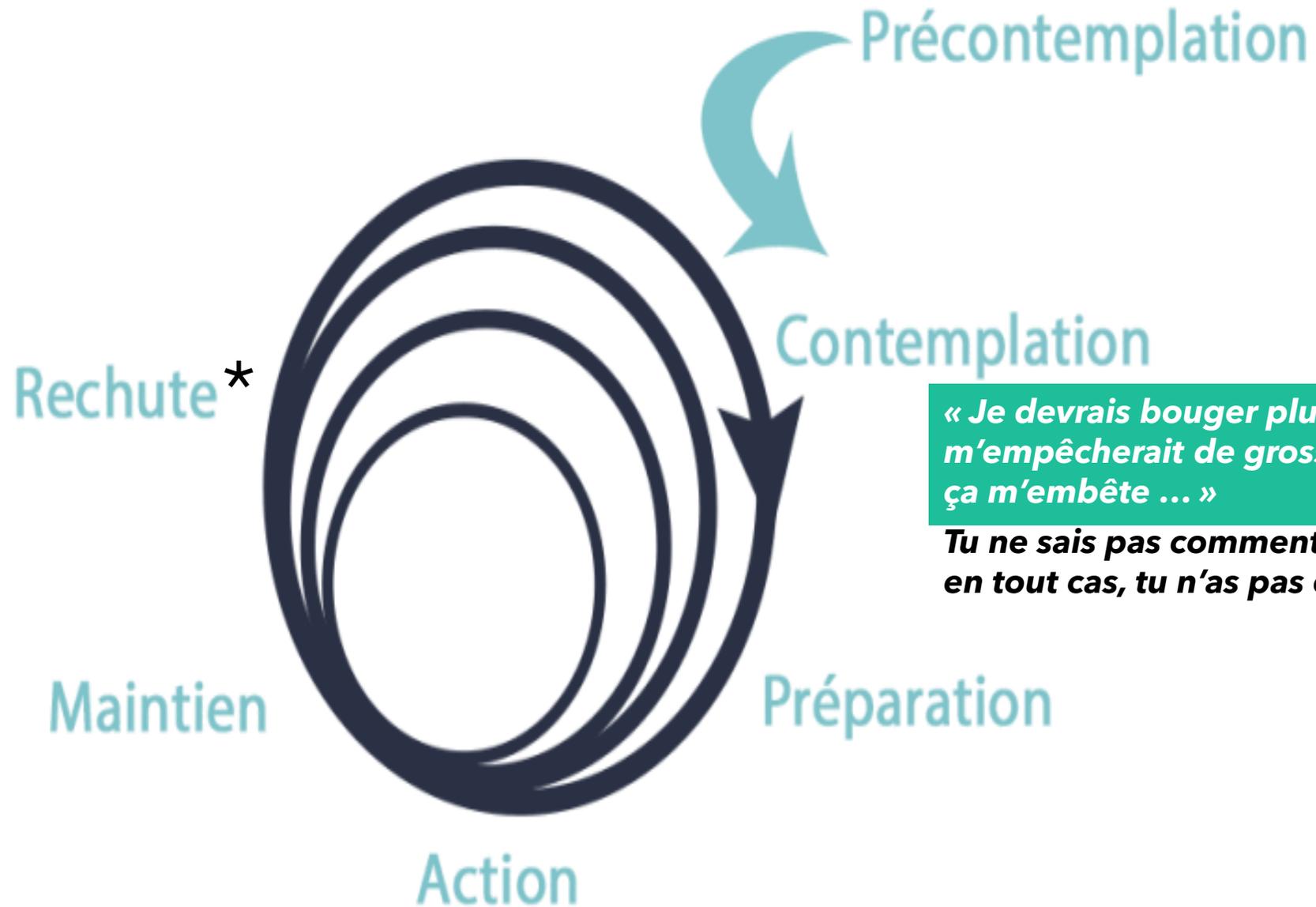
Si situation grave ?

Comment évaluer le.s parent.s ?

« *Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?...* »



« *Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?...* »

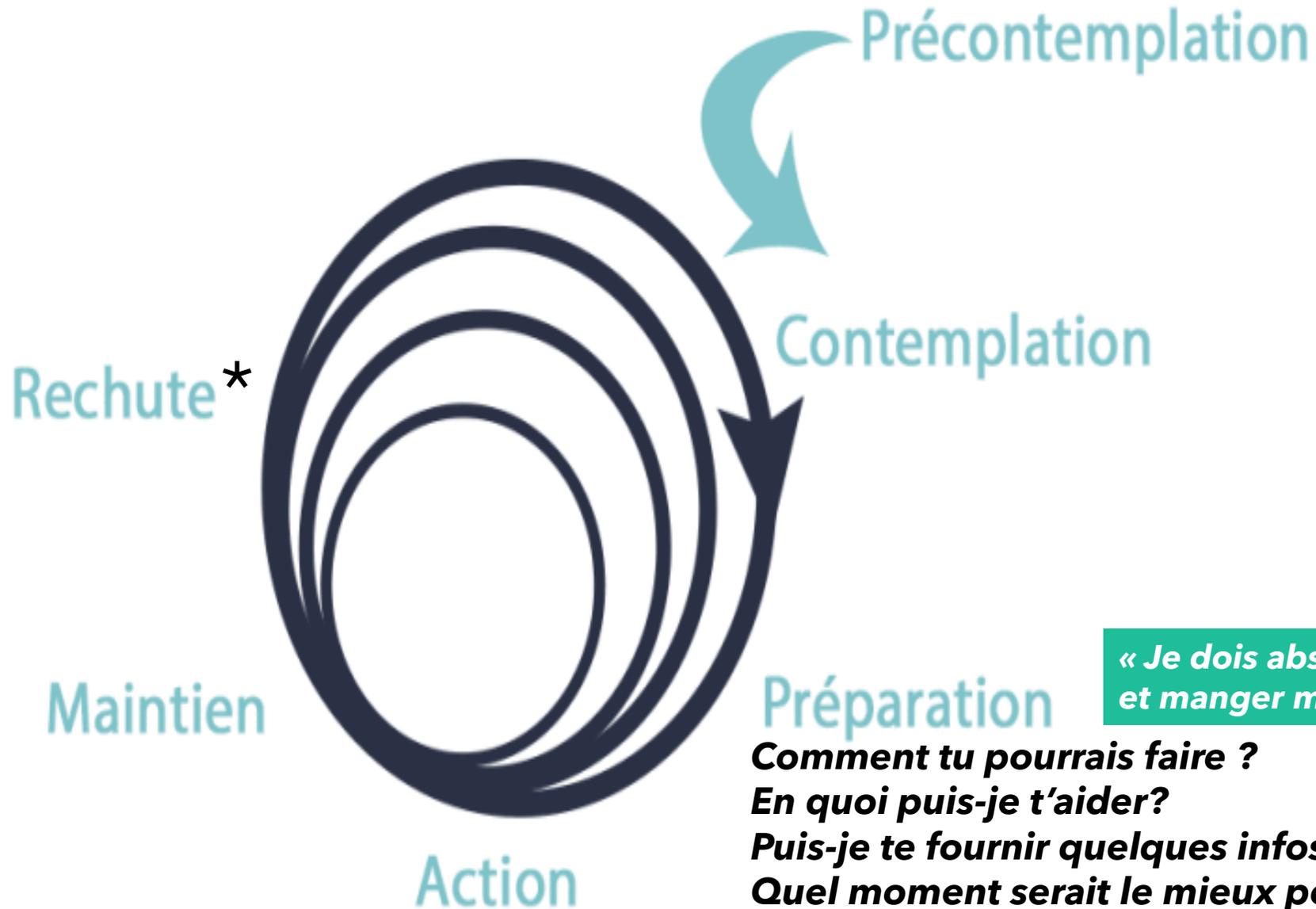


« *Je devrais bouger plus, ça m'empêcherait de grossir, mais ça m'embête ...* »

Tu ne sais pas comment faire en tout cas, tu n'as pas envie de grossir ...

* Rechute ≠ échec

« *Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?...* »

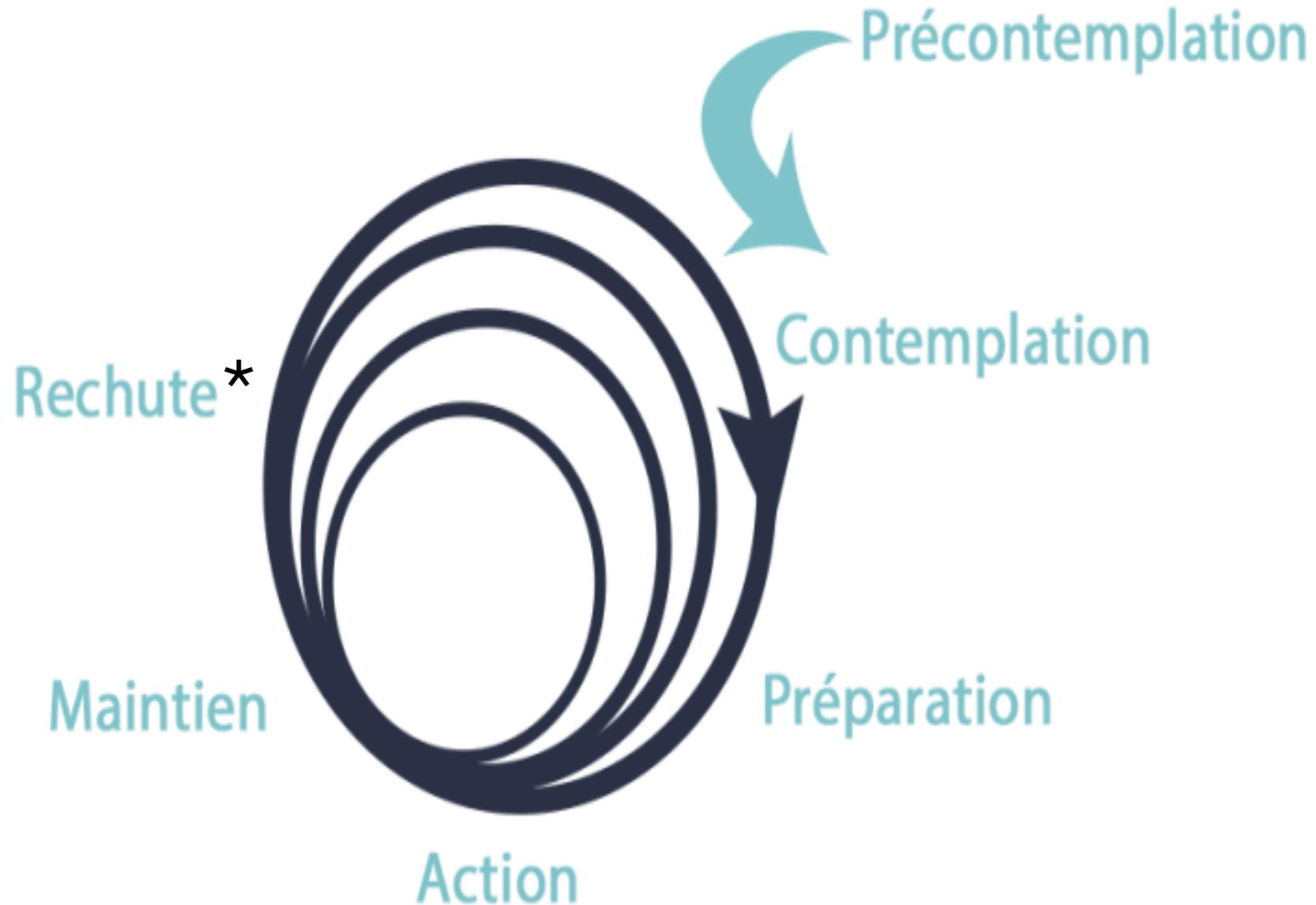


« *Je dois absolument bouger et manger moins de sucre...* »

Comment tu pourrais faire ?
En quoi puis-je t'aider ?
Puis-je te fournir quelques infos ?
Quel moment serait le mieux pour toi ?

* Rechute ≠ échec

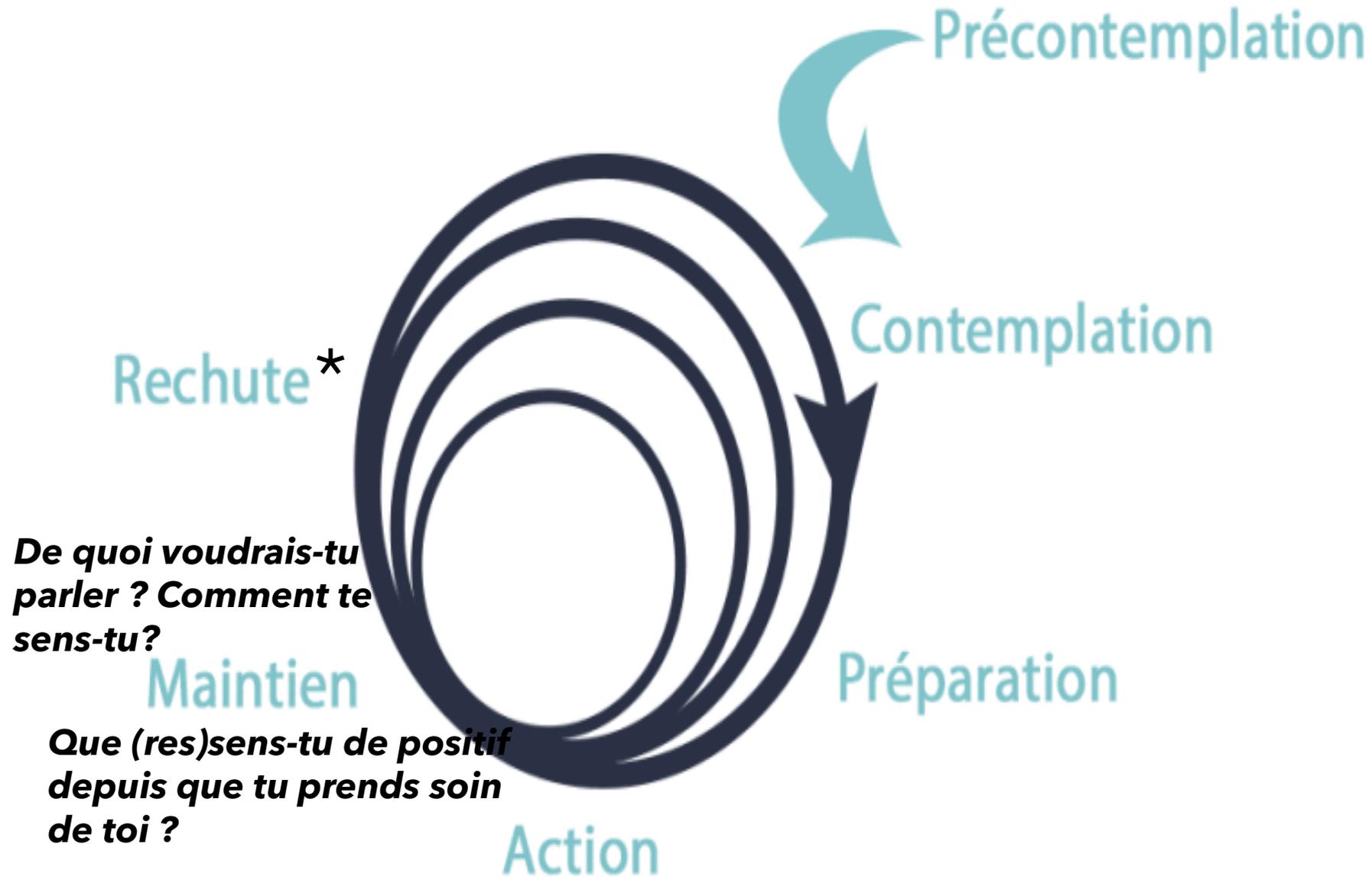
« *Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?...* »



Tu as pu mettre en place, la manière de prendre soins de toi

* Rechute ≠ échec

« *Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?...* »



* Rechute ≠ échec

« Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?... »

« Je suis nulle, je mange de nouveau plein de chocolat et je ne bouge plus... »

Tu es déçue, alors que tu as déjà tenu 3 mois en mangeant sainement... **Rechute** *

Qu'est-ce qui pourrais t'aider Pour continuer, recommencer ?



* Rechute ≠ échec

« Le sport, l'activité physique, comment ça se passe pour toi?... »

« Je suis nulle, je mange de nouveau plein de chocolat et je ne bouge plus... »

Tu es déçue, alors que tu as déjà tenu 3 mois en mangeant sainement... **Rechute** *

Qu'est-ce qui pourrais t'aider Pour continuer ?

De quoi voudrais-tu parler ? Comment te sens-tu?

Maintien

Que sens-tu de positif depuis que tu prends soin de toi ?

Tu as pu mettre en place, la manière de prendre soins de toi

Action

Précontemplation

Ça sert à rien!
J'en ai marre que tout le monde me demande la même chose

Je ne voulais pas t'ennuyer avec ça
N'hésite pas à venir vers-moi si tu as des questions

Contemplation

« Je devrais bouger plus, ça m'empêcherait de grossir , mais ça m'embête ... »

Tu ne sais pas comment faire en tout cas, tu n'as pas envie de grossir ...

Préparation

Comment tu pourrais faire ?
En quoi puis-je t'aider?
Puis-je te fournir quelques infos?
Quel moment serait le mieux pour toi?

« Je dois absolument bouger et manger moins de sucre... »

Conclusions

EM: Centré sur le patient
ou sur le parent

Mais aussi positif pour l'intervenant
(si on ne confond pas sympathie avec empathie...)

- ✓ Prendre soin sans supporter la responsabilité du changement
- ✓ Ne pas à tout prix devoir **CONVAINCRE**
- ✓ Moins de stress, découragement, fatigue
- ✓ Ambiance positive en consultation
- ✓ En même temps efficace



Merci pour votre attention!

Nadine Kacenenbogen
DMG ULB

Sur l'invitation de l'APMS



La communication:

Pierre angulaire pour l'accompagnement
de l'enfant en surpoids ?

Annexes

Nadine Kacenenbogen
DMG ULB

Sur l'invitation de l'APMS





Formations en EM

Formations en EM

FARES

<http://www.fares.be/>

SSMG

<http://www.ssmg.be/>

**Haute Ecole Libre Mosane
HELMO**

<https://www.helmo.be/fr/formations-continues/10121722412-entretien-motivationnel>

**Association francophone de diffusion de l'EM
AFDEM:**

<http://www.entretienmotivationnel.org>

<https://afdem.org/formations/>

Formations à distance

SPÉCIFIQUE, U. R. (2005). Comment aborder l'adolescent en médecine générale?. *La revue du praticien*, 55, 1073.

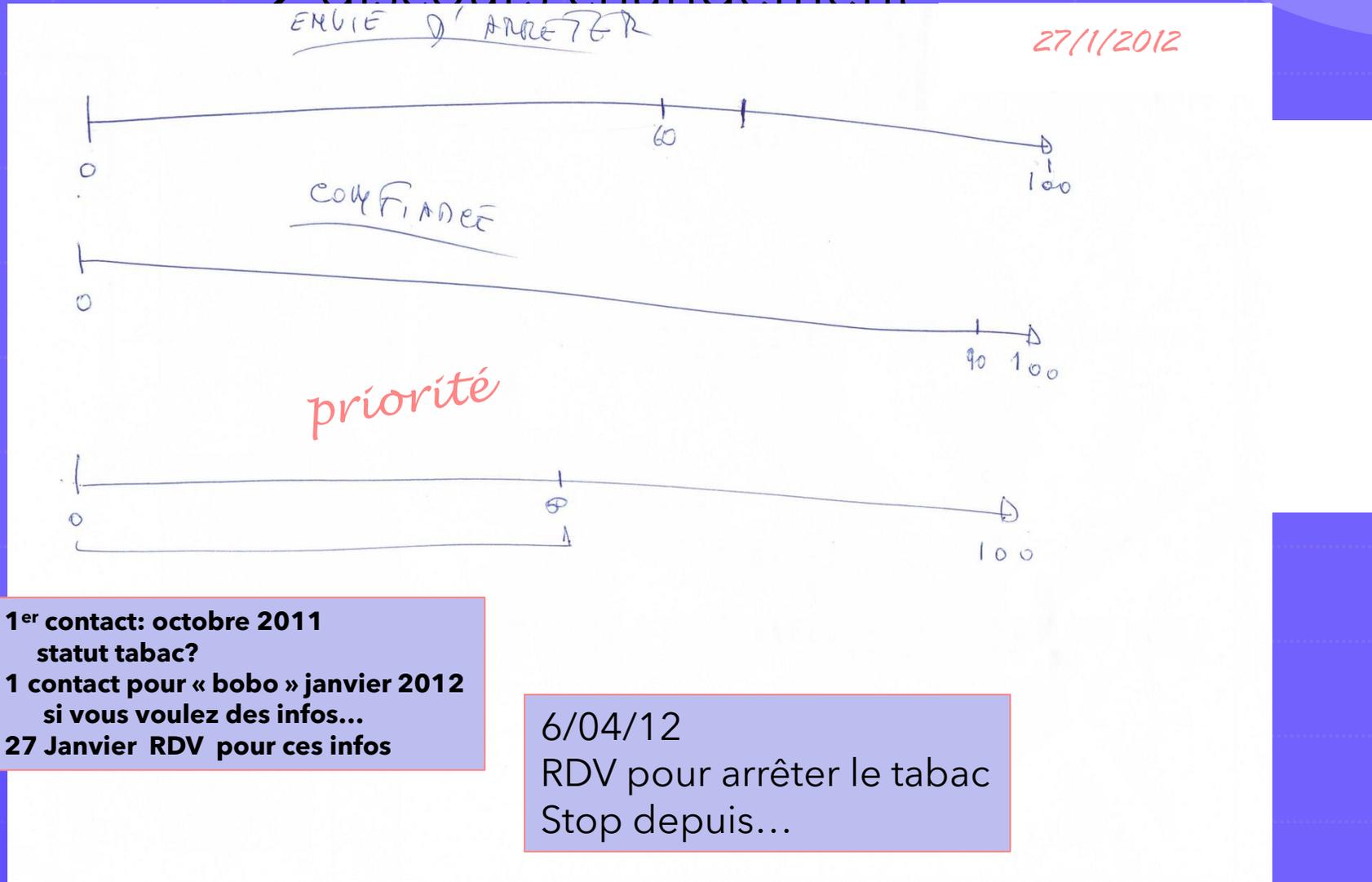
Binder, P., & Haller, D. M. (2022). Les adolescents en consultation de médecine générale. *Médecine générale pour le praticien*, 335.

Lépine, C., Jédat, V., Di Patrizio, P., Haller, D. M., & Binder, P. (2021). Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale. *Exercer*, 177, 388-94.

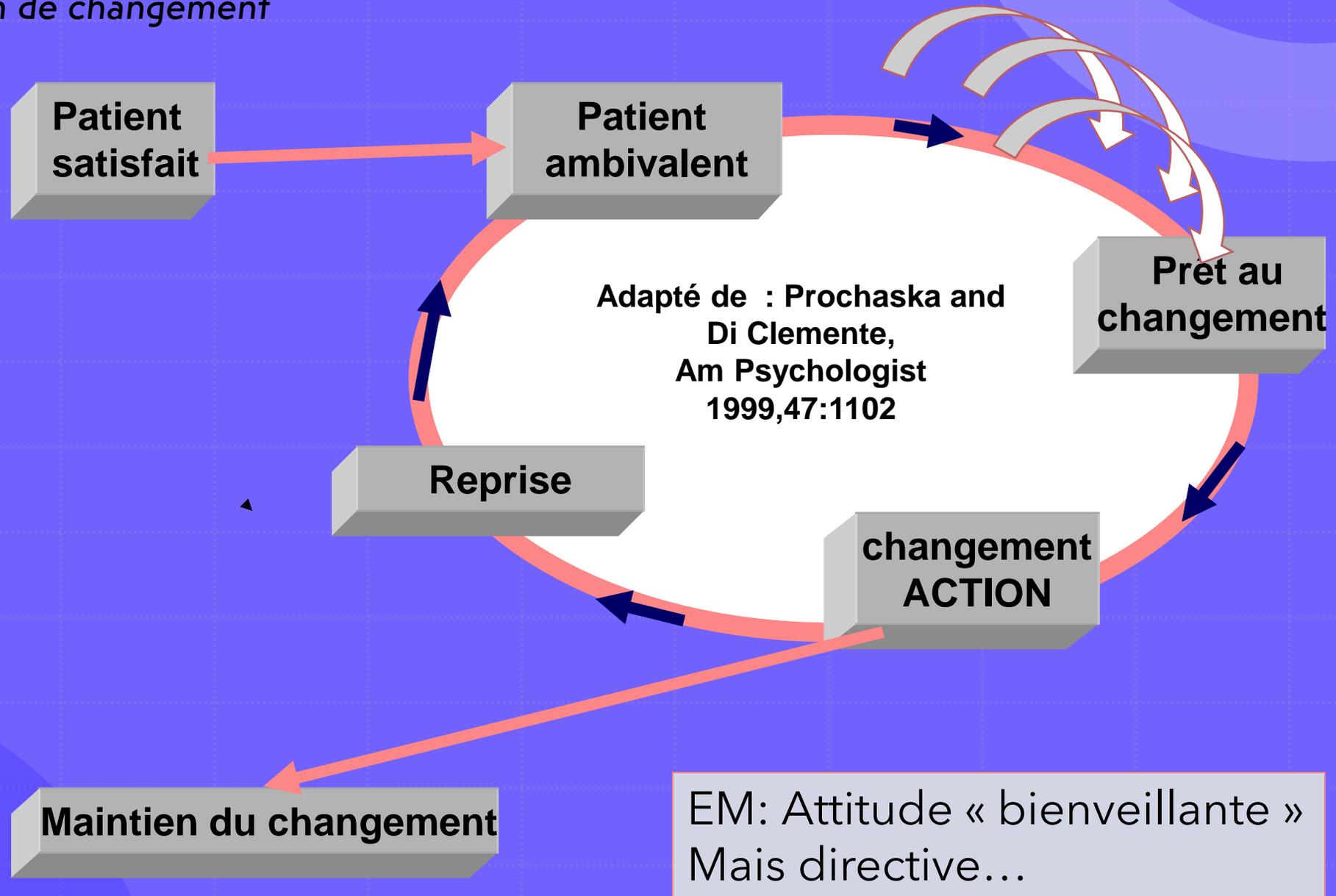
<https://www.medecin-ado.org/>

Echelles (Evaluation) de motivation

→ discours changement



Cycle du changement: aider le patient à progresser vers la décision de changement

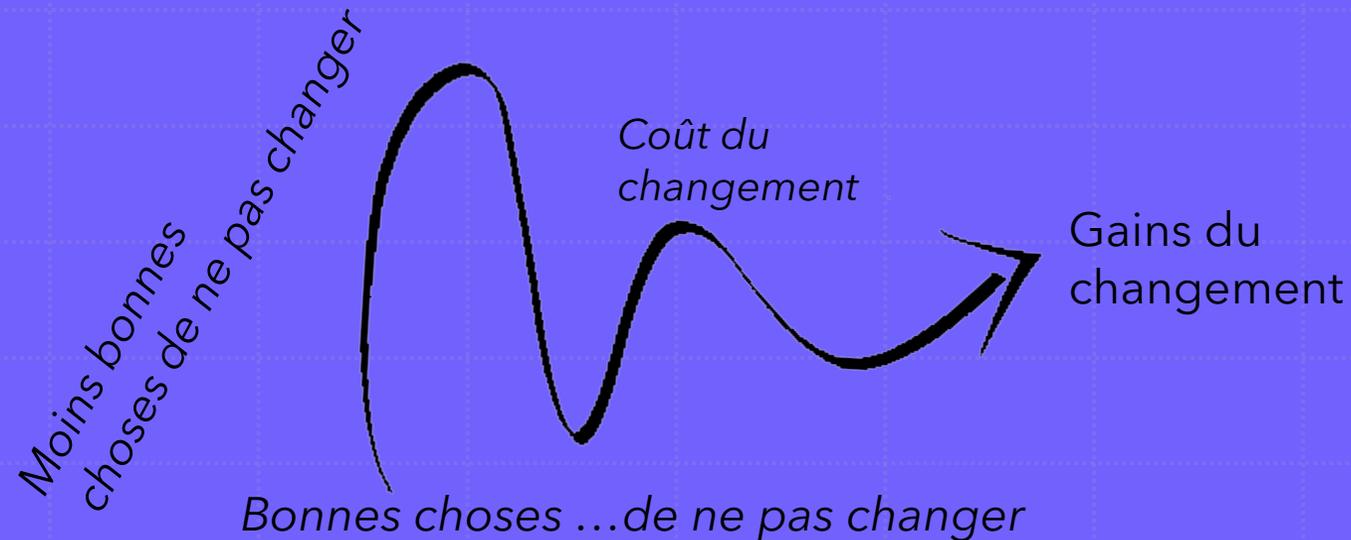


Annexe EM : quelques outils

Ne pas changer	Changer
Avantages 1	Inconvénients 3
Inconvénients 2	Avantages 4

Ambivalence

Slalom.... Dans l'exploration du comportement



5- EM : quelques outils

Repérer
le « discours »
changements

Le DISCOURS CHANGEMENT (DC)

Les personnes changent:

Très efficace !

- - Parce qu'ils veulent
- - Parce qu'ils le trouvent important(il y a désirs, raisons, et besoins de le faire)
- - Parce qu'ils ont confiance dans leur capacité de le faire (ils sont capables)
- - Parce qu'ils ont envie de changer (Par ex suite à l'interaction avec le médecin)

Par exemple en reconnaissant que....CHANGER EST DIFFICILE !!....mais possible...on a le temps!

II- A propos de la communication:

- Communiquer?

- Mettre en commun, partager avec autrui
- Etre en relation, se concerter avec quelqu'un
- Transmettre (tous médias confondus)

Nécessité d'en avoir conscience
En tant que médecin

- 5 axiomes [1][2][3]

- 1-Il est impossible de ne pas communiquer!**
- 2-Axiome d'englobement (contexte relationnel)**
- 3- Toujours circulaire**
 - Effecteur/récepteur
 - Influence mutuelle/ phénomène de rétroaction [2]
- 4-Echange symétrique et complémentaire**
- 5-Verbale et non verbale** (symboliques, codés et « numériques » / imagés et « analogiques »)

Toujours 2 aspects
Explicite et Implicite

[1]Watzlawick P. 1972

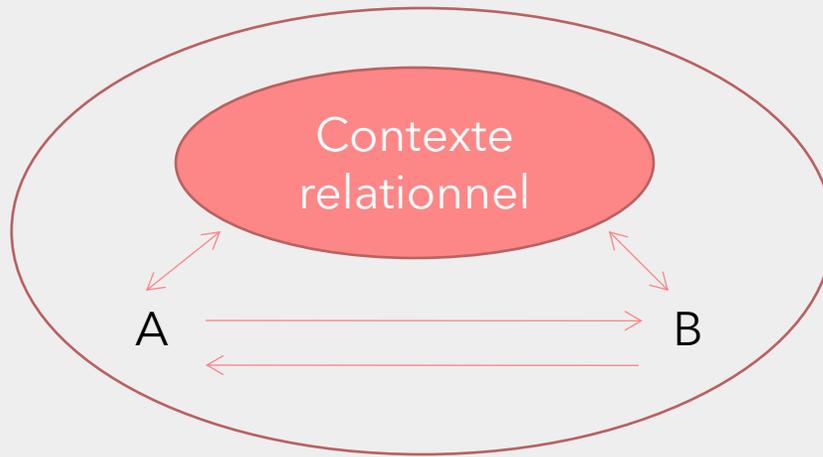
[2] Thomas Hora 1959

[3] Kacenenelbogen

N.2018

II- A propos de la communication:

- Axiome d'englobement?



« Toute communication présente deux aspects, le contenu et la relation tels que le second englobe le premier... »[1]

Risque: L'interprétation de ce qui est exprimé dépend:

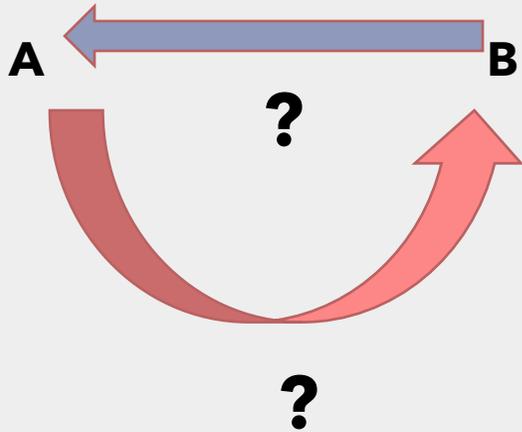
- Du contexte (travail, famille, médical etc.)
- Du positionnement de chacun (hiérarchie, **médecin-malade**)
- De la qualité relationnelle (entente, conflits, désaccord), etc.

En avoir conscience

[1]Watzlawick P. 1972

II- A propos de la communication:

- Toujours circulaire



Complète la vision freudienne/balintienne
Transfert \leftrightarrow Contretransfert
En avoir conscience [1]

Systemes de rétroaction obligent à abandonner l'idée que B est déterminé par A. On peut dire aussi que B précède A et le définit donc par le principe de rétroaction en ayant un impact sur lui et définissant d'avance l'expression de A.

Dr.Y (B) accueille Monsieur X (A) sans quitter des yeux l'écran de son PC (communication non verbale)

Monsieur X (A): « Bonjour Dr.Y (B), je viens vous voir pour un check-up »

Monsieur X (A) ne se sent pas à l'aise, il voulait savoir c'est quoi cette douleur dans la poitrine à l'effort, il en parlera une autre fois...

II- A propos de la communication:

- Echanges symétriques et/ou complémentaires

Symétrique :

- les participants se considèrent comme égaux.
- relations sont fondées sur l'égalité
- comportement en miroir
- minimisation de la différence.

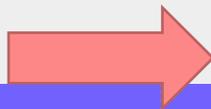


Partenariat

En avoir conscience

Complémentaire:

- relations sont fondées sur la différence
- les comportements se complètent
- renforcement des écarts: position qui est qualifiée de haute.
- position « haute » et position « basse »



Risque: dégradation de la relation

- Concurrence
- Conflit

II- A propos de la communication:

• Implicite? Explicite?

Monsieur X: « Bonjour Dr.Y, je viens vous voir pour un check-up »

La question est-elle claire?

Monsieur X veut-il:

→ un check-up uniquement par prudence (vérifier sa TA, Chol etc.)

→ pour se rassurer: son ami du même âge vient d'avoir un AVC

→ un soutien car pour l'instant rien ne va plus dans sa vie
(mariage, enfants, travail...)

→ un check-up **ET** il a peur de l'**AVC ET** veut parler de ses problèmes de couple?

→... **Pour savoir c'est quoi cette douleur dans la poitrine à l'effort?**

Dr Y décode la question en fonction du **contexte « implicite »**:

-Il est le généraliste de l'ami de Monsieur X (AVC)

-Il a déjà prévenu qu'il fallait suivre sa tension

-Il va axer la consultation dans ce se

Danger:

-Passer à côté de(s) la vraie(s) demande(s)
de Monsieur X qui parfois ne peu(ven)t
attendre:

....D+ précordiale à l'effort

Sortir de l'implicite !

*Dr y: « Pourquoi un check-up maintenant? Quels symptômes ressentez-vous?
... Et à par cela comment ça va?... »*

II- A propos de la communication:

- Ses rôles: 1- Démarche clinique

Etude des signes, symptômes

Diagnostic et / ou Evaluation clinique (MG)

→

Séquence logique

→ 1 La(es) plainte(s) du patient

→ 2 **Propédeutique**

→ 3 « Filtre » sémiologique »

→ 4 Diagnostic et/ ou évaluation

→ 5 Aide du patient (soulager, guérir, accompagner, ...)

*La technique ne remplace pas:
le « savoir communiquer »
Le « savoir être »*

Propédeutique

Comment récolter ces signes ? Quels moyens, quelles techniques ?

Les premières étapes: **anamnèse / « interrogatoire » / Examen physique**

Pour le médecin deux obligations:

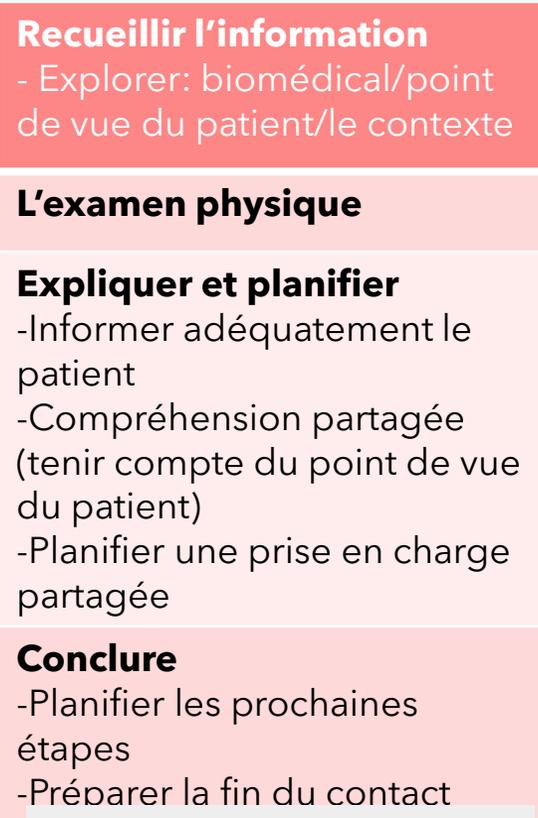
→ permettre au patient de s'exprimer

→ comprendre le patient

Exercice de présentation croisée

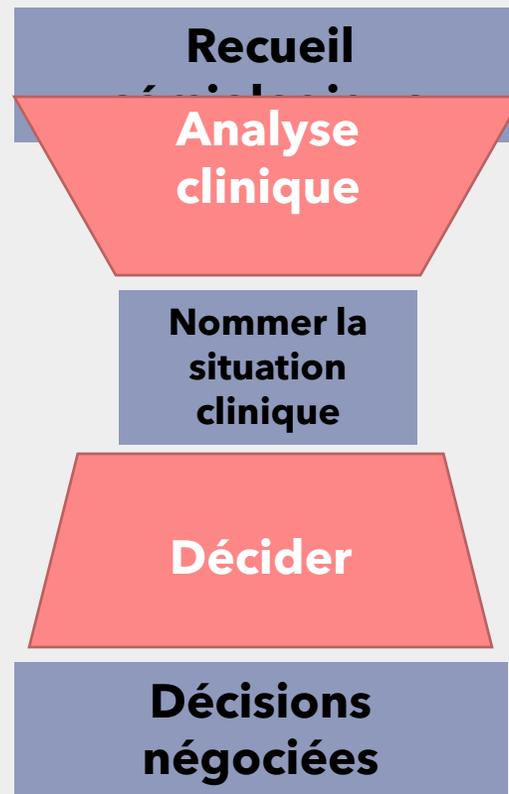
II- A propos de la communication:

- Ses rôles: la démarche clinique, 2 modèles équivalents



[1] Silverman JD et al .
2005.

Calgary Cambridge
consultation model



[2] Société Française de Médecine Générale.
Sablier de Boissault

La démarche diagnostique:
recueillir - éliminer - choisir

Aptitude à communiquer

La démarche décisionnelle
conseiller - prescrire - orienter

II- A propos de la communication:

• Ses rôles: II-

→Efficacité / sécurité
d'intervention

→Empathie: Thérapeutique par elle-même [1]

→Alliance médecin-patient / Climat de confiance → moins passer à côté d'un diagnostic!

En se centrant sur le patient [2]

→Meilleure observance des consignes (examens complémentaires, traitements, suivi)

→Changements de comportements (addictions, style de vie) [3]

• Ses rôles: III-

→Un des moyens d'éviter le Burnout des médecins généralistes/spécialistes[4]

→En cas d'erreur médicale, d'accident lié à la pratique (examens complémentaire, traitement médicamenteux, chirurgical...) [5]

→Patient en colère, agressif, parfois dès la 1^{ère} consultation

→Bien être du médecin

→La « sécurité » du médecin

[1] Berthoz, A. et Jorland, G. 2004

[2] Rogers, C.R. 1986

[3] Miller WR Rollnick S. 2006-2013

[4] Jonckheer P. et al KCE 2011 Rapport 165B

[5] HAS . Annonce d'un dommage lié aux soins 2011