

Serveur Académique Lausannois **SERVAL** serval.unil.ch

Author Manuscript

Faculty of Biology and Medicine Publication

This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Published in final edited form as:

Title: Enjeux futurs de la communication et de l'enseignement de la communication en oncologie

Authors: Stiefel F., Saraga M., Bourquin C.

Journal: Psycho-Oncologie

Year: 2018

Issue: 12

Volume: 1

Pages: 19-23

DOI: 10.3166/pson-2018-0019

In the absence of a copyright statement, users should assume that standard copyright protection applies, unless the article contains an explicit statement to the contrary. In case of doubt, contact the journal publisher to verify the copyright status of an article.

Friedrich Stiefel, Michael Saraga et Céline Bourquin
Service de psychiatrie de liaison
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne
Lausanne, Suisse

Correspondance : **Prof. Friedrich Stiefel**
Chef de service
Service de Psychiatrie de liaison
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Ave Beaumont 23
1011 Lausanne
Tel 0041-21-314 10 84
Fax 0041-21-314 10 86
frederic.stiefel@chuv.ch

Dr Michael Saraga
Médecin associé
Service de Psychiatrie de liaison
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Ave Beaumont 23
1011 Lausanne
Tel 0041-21-314 46 80
Fax 0041-21-314 10 86
michael.saraga@chuv.ch

Dr Céline Bourquin
Responsable de recherche
Service de Psychiatrie de liaison
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Ave Beaumont 23
1011 Lausanne
Tel 0041-21-314 42 31
Fax 0041-21-314 10 86
celine.bourquin@chuv.ch

Enjeux futurs de la communication et de l'enseignement à la communication en oncologie*

Communication en oncologie

Communication and training of communication in cancer care: future challenges

***Cet article est basé sur la conférence de F. Stiefel lors du 34^{ème} congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie à Paris le 23 novembre 2017 ; les sujets abordés sont le fruit de discussions de longue date entre les auteurs.**

Résumé

La communication soignant-soigné en oncologie ne peut être pensée sans tenir compte des évolutions récentes que nous allons discuter dans cet article, à savoir la transformation de la clinique oncologique et du métier d'oncologue, l'émergence de nouvelles figures du patient et la modification de la relation soignant-soigné. Nous traiterons également brièvement du malaise qui entoure l'enseignement à la communication en oncologie et proposerons quelques pistes pour concevoir un enseignement qui ne se limite pas à transmettre des aptitudes communicationnelles, mais qui intègre à la pensée psychodynamique l'apport des sciences sociales.

Mots-clefs : Communication, formation, communication skills training, oncologie, psycho-oncologie

Abstract

Clinician-patient communication in cancer care can not be conceived without taking into account the recent evolutions in this field, which we will discuss in this article : the transformation of the practice of oncology and of the profession of the oncology clinician. The emergence of new figures of patients and the modification of the patient-physician relationship. We will also briefly address the malaise associated with the teaching of communication skills in oncology, and propose some perspectives to surpass a training limited to skills transference, which integrates the support of the social sciences and psychodynamic concepts.

Keywords: Communication, training, communication skills training, oncology, psycho-oncology

La communication soignant-soigné en oncologie ne peut être pensée sans tenir compte des évolutions de la clinique oncologique et des transformations de la figure du patient cancéreux. L'introduction d'un enseignement à la communication, obligatoire en Suisse pour les médecins qui souhaitent se spécialiser en oncologie, compte parmi ces évolutions (1, 2). Malgré l'accueil généralement favorable réservé par les oncologues à cet enseignement, un malaise s'est fait sentir quant à la manière dont il est dispensé, avec des critiques portant sur le surinvestissement des aspects techniques de la communication au détriment d'autres éléments, tels que la construction relationnelle avec le patient ou la prise en considération du contexte sociétal, susceptibles d'influencer la communication entre les cliniciens et les patients atteints de cancer. Nous nous proposons dans la suite d'approfondir les deux thématiques suivantes : (i) les évolutions de la clinique oncologique et leurs conséquences pour la communication et (ii) le malaise ambiant relatif à l'enseignement à la communication. Nous présenterons enfin au moyen d'exemples de formation à la communication innovantes quelques pistes pour concevoir un enseignement qui dépasse la notion d'aptitude communicationnelle et intègre à la pensée psychodynamique l'apport des sciences sociales.

Evolutions en oncologie et conséquences pour la communication :

la transformation de la clinique

Parmi les évolutions que connaît le champ de la médecine figurent la judiciarisation, l'économicité des moyens et l'abondance croissante d'information à gérer par le clinicien et le patient. Ces trois éléments exercent une influence importante sur la communication soignant-soigné en oncologie.

La judiciarisation de la médecine peut amener le clinicien, surtout s'il a lui-même été l'objet d'une doléance d'un patient, à recourir à une communication défensive où tout est dit et expliqué indépendamment des besoins et souhaits du patient (3). L'information est dans ce cas considérée comme un message d'ordre purement cognitif passant d'un émetteur à un récepteur, dénué des aspects émotionnels, relationnels et existentiels que peuvent véhiculer les contenus informationnels en oncologie.

La colonisation de la médecine par la rationalité économique (4) et son exigence de « productivité clinique » entraîne le clinicien dans une lutte constante contre le temps, ce qui peut l'amener à ressentir un sentiment de tiraillement (5) et de dissonance cognitive (6) en regard de ce qu'il souhaiterait faire et de ce qu'il peut réellement faire pour le patient. Il en résulte une tendance à partager la tâche d'information au patient entre différents corps professionnels. Ce morcellement de l'information n'empêche pas le fait que le médecin, détenteur du savoir et du pouvoir, reste très investi par les patients (7) et que son manque de temps est cruellement ressenti par ces derniers, surtout lors de l'annonce de mauvaises nouvelles (8).

L'oncologue n'est toutefois plus la seule source d'information pour le patient. L'information sur les maladies oncologiques abonde, par exemple, sur Internet; il en résulte une communication soignant-soigné qui doit faire avec un savoir venu d'ailleurs. L'information tirée d'une page web peut certes constituer une source de savoir pour le patient. Cependant, comme évoqué par Nicolas Bendrihen lors du dernier congrès de la SFPO (9) : savoir n'équivaut pas comprendre. La compréhension s'inscrit dans une temporalité articulant, selon Jacques Lacan, trois logiques distinctes : l'instant de voir, le temps de comprendre et le moment de conclure.

Un autre élément qui caractérise l'oncologie moderne est le progrès technique dont bénéficient patient et clinicien. Ce progrès a aussi un côté sombre, qui se marque par un certain éloignement du corps du patient, devenu transparent grâce à l'imagerie et aux autres méthodes d'investigation fréquemment utilisées en cancérologie. Par conséquent, on entend souvent les patients dire, « il [le médecin] ne m'a même pas touché... ». Dans cette forme de désincarnation de la rencontre avec le patient, un élément constitutif de la communication se perd : le toucher, le lien par le corps, soit l'inter-corporéité qui ancre le patient dans une relation et qui fait partie de la communication, de cette « mise ensemble » du soignant et du soigné (10). Cette désincarnation a également pour effet que le corps du patient – c'est par son corps que l'homme se représente le monde, mais c'est aussi par le corps qu'il accède au monde et qu'il est affecté par le monde – apparaît peu dans la communication avec le patient, alors que le vécu corporel fait partie de la dimension existentielle de la maladie. Le progrès technique risque alors d'induire une certaine aliénation tant du médecin que du patient, aliénation qui est décrite par les patients comme une forme de dé-subjectivation. Il peut sembler exagéré de parler de dé-subjectivation, car les intentions des cliniciens sont tout autres; c'est pourtant, dans les cas de doléance, la manière dont les patients décrivent souvent leur expérience (11). En permettant au patient de témoigner de ce qui lui est arrivé, à lui, la narration remplit une fonction re-subjectivante tout à fait primordiale.

Finalement, la standardisation des soins, spécialement prévalente en oncologie et particulièrement visible quand il est question de mise en place des traitements chimiothérapeutiques, va également à l'encontre de la prise en compte de l'individu dans sa singularité. Il apparaît donc plus que nécessaire que la rencontre entre oncologue et patient reste un colloque singulier, ceci malgré les transformations évoquées plus haut qui rendent quasi impossible cette aspiration. La contamination par les exigences institutionnelles est bien

illustrée par une étude récente réalisée dans un service de médecine interne, qui relève qu'un médecin assistant passe 1.7 heures/jour avec des patients et 5.2 heures/jour derrière un ordinateur (12).

Evolutions en oncologie et conséquences pour la communication :

la transformations du métier de clinicien

Ce n'est pas seulement la clinique qui s'est rapidement transformée durant les dernières décennies, c'est aussi le métier de médecin qui a changé. Les médecins d'aujourd'hui déplorent une perte de prestige, avec comme conséquence un sentiment de désenchantement ; leurs tâches sont démultipliées – être un scientifique, clinicien, manager, communicateur, collaborateur interprofessionnel – les amenant au vécu de tiraillement décrit plus haut. Les injonctions diverses émanant du contexte institutionnel privent le clinicien d'une certaine autonomie décisionnelle, provoquant chez lui une attitude de résignation. Cible d'attentes parfois irréalistes et de projections diverses, l'oncologue se trouve confronté à des pressions qui le stressent et peut en outre souffrir de solitude et d'épuisement, ce qui rend difficile le fait d'être disponible pour le patient (13, 14, 15).

Ces transformations qui touchent à sa « manière d'être en situation » requièrent du clinicien – s'il veut éviter des conséquences négatives sur la communication et la relation avec le patient – qu'il puisse accéder à l'introspection, prenne conscience des facteurs contextuels qui agissent sur lui et développe sur ces bases des capacités réflexives lui permettant de se positionner et non pas de seulement subir sa situation (16). L'introspection, la conscientisation et la

réflexivité devraient donc compter également parmi les objectifs clés de l'enseignement à la communication (voir plus bas).

Evolutions en oncologie et conséquences pour la communication :

les nouvelles figures du patient

Parmi les disciplines de la médecine, l'oncologie se trouve particulièrement concernée par l'émergence de nouvelles figures du patient. La figure du survivant, en est un exemple, un survivant souvent mythifié (17) au point que certains patients élèvent la voix pour se défendre des stéréotypes qui les enferment dans un certain rôle (18, 19). Mais, il y a aussi le patient informé, autonome, partenaire, doléant, victime, revendicateur ou le patient activiste (20), et il arrive que ces différentes facettes coexistent chez un même patient. Conséquence de cela, le clinicien fait face au défi de changer de registre et de s'adapter aux besoins communicationnels et relationnels très divers des patients, ce qui demande un haut degré de flexibilité. Cette flexibilité nous semble par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'identifier une communication « adéquate », un bien meilleur marqueur que certains indicateurs proposés dans le cadre de méthodes standardisées d'évaluation de la communication clinique (21).

Malgré l'émergence remarquable de nouvelles figures du cancéreux, les constantes anthropologiques de la maladie sont à ne pas négliger. Un patient reste un être souffrant en besoin d'aide. Une communication équilibrée qui prend en compte à la fois l'autonomisation du patient, sa situation de dépendance et ses mouvements régressifs apparaît nécessaire pour permettre une réelle rencontre. Le patient d'aujourd'hui se voit aussi confronté au paradoxe d'être considéré comme compétent et autonome, capable de choix, et en même temps soumis

à des injonctions diverses : on attend de lui qu'il établisse des directives anticipées, on l'invite à partager ses émotions, on le pousse à parler de la mort et à régler ses affaires avant de disparaître... Tenir compte de ces doubles contraintes dans la communication exige du clinicien qu'il soit attentif et créatif (22).

Evolutions en oncologie et conséquences pour la communication :
les modifications de la relation soignant-soigné

On a pu observer au cours des quatre dernières décennies un investissement croissant de la parole du patient. L'introduction du modèle bio-psycho-social (23), certes pas véritablement implémenté en clinique, a été suivi d'autres développements, tels que la spiritualité dans les soins – les accompagnants spirituels se voulant les garants de la « non-évacuation » des dimensions existentielles de la maladie de la clinique (24) – ou la valorisation de l'expérience profane qui trouve son apogée dans le concept de patient-partenaire ; des patients-partenaires déjà bien présents dans certains pays en clinique et en recherche (25). Ces développements rappellent que la maladie est hautement subjective et que la rencontre entre soignant et soigné est par conséquent une expérience intersubjective. Il ressort de ce dernier constat que la communication en oncologie ne peut être pensée sans référence aux aspects relationnels : transfert, contre-transfert et collusion sont donc des notions indispensables pour comprendre et enseigner la communication soignant-soigné (26).

L'aspect transférentiel de la communication exige également une certaine mise en question de la décision partagée en oncologie, une approche qu'il s'agit certes de suivre, mais qui montre aussi ses limites. La confusion qui peut exister entre la volonté de partage des décisions et le

transfert de toute responsabilité vers le patient illustre comment ces développements modernes de la médecine peuvent engendrer des effets pervers. Alors que le modèle patriarcal de la relation médecin-malade est définitivement passé de mode, une relation de type enseignant-enseigné risque de lui succéder, qui évacuerait la responsabilité médicale de la rencontre clinique. Cette tendance à transférer la responsabilité s'inscrit dans un *Zeitgeist* (le nouvel air du temps, pour ainsi dire) caractérisé par une tentative d'abolition de la verticalité relationnelle (27) (28). Cela n'est pas sans conséquences négatives pour la communication soignant-soigné, comme l'illustre le récit de Franz Ingelfinger, ancien rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine*, relatant sa propre expérience du cancer (29). De plus en plus angoissé et tendu après avoir appris son diagnostic et approché différents collègues pour obtenir leurs conseils, il se détend immédiatement quand un ami lui dit : « Ce dont tu as besoin, ce ne sont pas d'autres conseils mais d'un médecin qui te prend en charge ».

Communication : malaise dans la formation

Suite à la reconnaissance de l'importance de la communication en médecine – l'oncologie étant d'ailleurs parmi les premières disciplines à reconnaître que les compétences en communication des cliniciens pouvaient être améliorées – des formations ont été développées et implémentées (30-31). Après une première phase d'enthousiasme plutôt général, certaines limites et lacunes des *Communication Skills Training* (CST) ont été relevées (32). Les critiques visent surtout (i) la focalisation des CSTs sur les aspects techniques de la communication, (ii) le morcellement de l'enseignement avec des formations centrées sur l'annonce de mauvaises nouvelles, abordant la question de l'inclusion des patients dans les protocoles de recherche, traitant du partage de décision ou de la manière de communiquer avec des patients en fin de vie, (iii) une

standardisation de la communication qui va jusqu'à réduire la communication soignant-soigné à des formules mnémotechniques (33) et (iv) la conceptualisation de la communication comme aptitude, notion qui s'applique bien à des gestes techniques comme la palpation du foie, mais guère à la communication (34). Le fait que la recherche qui étudie les effets de ces formations se limite à évaluer ce qui est mesurable et quantifiable contribue par ailleurs à la conceptualisation d'une communication décontextualisée.

Le malaise constaté appelle à repenser la formation à la communication en oncologie et à développer de nouvelles méthodes d'investigation et d'évaluation de la communication soignant-soigné. Nous terminons donc ici avec quelques exemples de formations et de recherches qui permettent d'envisager différemment nos modes d'enseignement de la communication en oncologie.

L'équipe de Peter Salmon, par exemple, propose d'approcher la communication clinique en s'appuyant sur la théorie de l'attachement (35) et introduit ainsi les aspects relationnels de la communication dans la formation. Darius Razavi et Yves Libert partent, eux, des éléments qui sont au cœur de la clinique oncologique pour penser la formation à la communication soignant-soigné : ils travaillent sur la question de l'incertitude, omniprésente dans la clinique oncologique, et conceptualisent une formation centrée sur la communication de l'incertitude (36). Finalement, notre équipe de Lausanne se centre dans ses formations à la communication sur le vécu du clinicien, son monde interne (angoisses, idéal du moi, tiraillements, contre-attitudes, collusions, etc.) et sur son monde externe (par exemple, les injonctions institutionnelles et discours dominants qui circulent autour de l'oncologie et du cancer) (37). Travailler avec le clinicien amène celui-ci à une plus grande introspection, à une conscientisation et à un mouvement de réflexivité lui permettant de mieux se connaître, de se

positionner, de se libérer de certaines contraintes et par là même de parvenir à se rendre plus disponible pour le patient.

Pour conclure cet article, nous voulons évoquer l'étude qualitative de Sue Wilkinson montrant que les énoncés de patients revendiquant une attitude positive envers la maladie cancéreuse (du type « il faut se battre », « il ne faut pas abandonner », « il faut regarder le positif ») font suite à des expressions de détresse de leur part (38). En d'autres termes, l'attitude positive observée dans les récits des patients sert en fait à restaurer un climat de confiance et à apaiser leurs interlocuteurs en leur épargnant les sujets les plus difficiles. La visée interactionnelle de la communication, illustrée dans cette étude, montre bien que la communication soignant-soigné est une communication qui doit être pensée contextualisée et qui doit en l'occurrence être enseignée comme telle.

Références

1. Stiefel F, Bernhard J, Bianchi G, *et al.* (2017) The Swiss Model. In: Kissane D, Bultz B, Butow P *et al.* (eds), Oxford textbook of communication in oncology and palliative care (2 ed.). Oxford University Press, Oxford, pp 642-648
2. Bourquin C, Stiefel F, Bernhard J, *et al.* (2014) Mandatory communication skills training for oncologists: enforcement does not substantially impact satisfaction. *Support Care Cancer*: 22(10): 2611-2614
3. Schaad B, Bourquin C, Bornet F, *et al.* (2015) Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: analysis of accounts collected in a complaints center. *PEC*, 98(6): 771-776
4. Abelhauser A, Sauret M-J, Gori R (2011) *La folie Evaluation : les nouvelles fabriques de la servitude*. Editions Mille et une nuit, Paris
5. Bourquin C, Saraga M, Marion-Veyron R, Stiefel F (2016) Le médecin au centre: pour une approche de l'expérience vécue. *Rev Méd Suisse*, 12(505) : 293-295.
6. Perlovsky, L (2013) A challenge to human evolution—cognitive dissonance. *Frontiers in Psychology*, 4, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00179>
7. Stiefel F, Bourquin C, Saraga M (2014) Instances d'aliénation: portrait du patient tiraillé Dispositif médical et discours dominants. *Rev Méd Suisse*, 10 (417) : 376-379
8. Stiefel F, Krenz S (2013) Psychological Challenges for the Oncology Clinician Who Has to Break Bad News. In: Surbone A *et al.* (eds), *New Challenges in Communication with Cancer Patients*, Springer, New York, 51-62
9. Bendriheu N (2016) L'incompressible. 33^{ème} Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie, Nantes
10. Wykretowicz H, Saraga M, Bourquin C, Stiefel F (2015) Pluralité des corps. 2. Le corps vécu. *Rev Méd Suisse*, 11 (461) : 389-93
11. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM (1994) The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*, 154(12), 1365-1370
12. Wenger N, Marques-Vidal P (2017) Allocation du temps en médecine interne. *Rev Méd Suisse* 13 (584) : 2040-4
13. Yasunaga H (2008) The catastrophic collapse of morale among hospital physicians in Japan. *Risk Manage Healthcare Policy* 1:1-6
14. Emanuel EJ, Pearson SD (2012) Physician Autonomy and Health Care Reform. *JAMA* 307(4): 367-368
15. Weigl M, Hornung S, Angerer P *et al* (2013) The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective controlled intervention study. *BMC Health Service Res* 13: 401 DOI: 10.1186/1472-6963-13-401
16. Stiefel F (2016) Le médecin du futur: physician enhancement. *Rev Méd Suisse*, 12 (505): 291
17. Bell, K (2014) The breast-cancer-ization of cancer survivorship: Implications for experiences of the disease. *Soc Sci Med* 110: 56-63
18. Segal J (2010) Cancer isn't the best thing that ever happened to me. *Vancouver Sun*, April 1
19. Friedman J (2016) It's okay to be a coward about cancer. *Times*, October 31
20. Schaad B, Bourquin C, Panese F, Stiefel (2017) Patients : sujets avant d'être partenaires. *Rev Méd Suisse*, 13 (566) : 1213-1216
21. Roter D, Larson S (2002) The Roter interaction analysis system (RIAS) : utility and flexibility for analysis of medical interactions. *PEC*, 46(4): 243-251

22. Salmon P, Young B (2011) Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Med Edu*, 45(3): 217-226
23. Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196(4286): 129-136
24. Stiefel F (2018) Entendre la voix du souffrant dans le bruit qui règne en médecine. *Editorial Rev Méd Suisse* (sous presse)
25. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, *et al.* (2015) Le «Montreal model»: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*: 41-50
26. Stiefel F, Nakamura K, Terui T, Ishitani K (2017) Collusions Between Patients and Clinicians in End-of-Life Care: Why Clarity Matters. *Journal Pain Symptom Manage* 53 (4): 776-782
27. Ehrenberg A (1998) *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Odile Jacob, Paris
28. Boltanski L, Chiapello E (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*. Gallimard, Paris
29. Ingelfinger FJ (1980) Arrogance. *New Engl Med* 303: 1507-11
30. Stiefel F, Barth J, Bensing J, *et al.* (2010) Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 21 (2): 204-207
31. Stiefel F, Kiss A, Dizon DS (2016) ESMO recommendations for a global curriculum in Medical Oncology www.esmo.org
32. Stiefel F, Bourquin C (2016) Communication in oncology: now we train - but how well? *Ann Oncol* 27 (9): 1660-1663
33. Baile WF, Buekman R, Lenzi R, *et al* (2000) SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist* 5(4): 302-311
34. Bourquin C, Stiefel F (2017) Formation à la communication clinique : malaise dans la médecine. *Rev Méd Suisse* 13 (549) : 350-352
35. Salmon P, Young B (2016) A new paradigm for clinical communication: critical review of literature in cancer care. *Med Edu* D01:10, 1111/medu 13204
36. Canivet D, Peternelj L, Delvaux N, *et al.* (2016) Lorsque le doute s'installe dans la prise de décision thérapeutique: la nécessité de repenser la formation des oncologues. *Rev Fr Psycho-Oncologie*, 10(4) : 243-248
37. Stiefel F, Saraga M, Bourquin, C (2017) Clinical communication: don't forget the physician! *Med Edu* 51 (9): 974
38. Wilkinson S, Kitzinger C (2000) Thinking differently about thinking positive: a discursive approach to cancer patients' talk. *Soc Sci Med* 50(6): 797-811