

# GUIDE POUR L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN STAGE

## 1. Préambule

Dans le cadre du Plan d'Études Cadre Bachelor (PEC) 2012, un nouveau contrat pédagogique (CPT) et document d'évaluation des compétences en stage ont été élaborés. Ces documents sont la résultante de travaux collectifs menés par des professeurs de la filière et des praticiens formateurs ou praticiennes formatrices.

Les rôles, les compétences et leur déclinaison sont décrits dans le plan d'études cadre Bachelor 2012. Si tous les rôles, compétences et leur déclinaison se travaillent dès la première année, les critères d'évaluation se complexifient en changeant d'année de formation et l'ensemble des compétences sera évalué en 3<sup>e</sup> année.

## 2. Principes du document d'évaluation des compétences

Les objectifs généraux du CPT ont été établis et sont communs aux différents stages.

En plus de ces objectifs généraux, des objectifs personnels spécifiques sont élaborés par l'étudiant. Ils expriment une activité visible ou un comportement observable et évaluable que l'étudiant souhaite particulièrement être capable de réaliser durant sa période de formation pratique. Ces objectifs sont complétés par un/des indicateur/s. L'étudiant détermine **ses** objectifs en tenant compte de ses intérêts, de sa progression dans son processus de formation, de ses éventuelles lacunes ou encore des spécificités que lui offre le lieu de formation pratique.

L'évaluation se réalise par rôle. Chaque rôle est acquis au niveau de complexité donné en fonction de l'année de formation de l'étudiant. La taxonomie de développement de la compétence de G. Le Boterf a été utilisée pour illustrer le niveau de complexité des critères d'évaluation en fonction de l'année de formation.

Les indicateurs permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs et nous en avons fait une liste à **titre d'exemples**. Ils peuvent être complétés à chaque rôle et chaque milieu de stage. La liste n'est pas exhaustive et peut être enrichie.

### 3. Indicateurs de compétence par rôle

#### A. Rôle d'expert-e

##### Indicateurs :

- comprend l'indication clinique à l'examen ainsi que la finalité visée par le traitement
- prend en compte les attentes et les besoins particuliers de chaque patient.
- réalise les examens et les traitements en respectant les critères de qualité
- analyse les résultats en fonction de la technologie utilisée et des données cliniques du patient
- connaît et applique les protocoles usuels dans le service
- explique les différents traitements possibles dans le service
- différencie un traitement curatif d'un traitement palliatif
- adapte les protocoles à la spécificité de chaque situation
- cite l'équipement
- utilise et manipule l'équipement selon les normes données
- organise son travail aussi bien dans le planning de la journée, qu'à l'intérieur de chaque prise en charge
- allie les besoins de confort et les rigueurs du protocole d'examen
- choisit et utilise judicieusement les moyens de contentions
- procède à un choix argumenté de traitement de l'image
- effectue un choix argumenté des coupes à imprimer
- argumente la nécessité de refaire un cliché ou au contraire de ne pas le refaire
- valide la fin de l'examen
- surveille les symptômes et/ou les effets secondaires suite à l'injection de substance
- est capable de situer la place de l'examen effectué dans l'ensemble du plan de soins du patient
- explique les différents traitements possibles dans le service
- est capable de détailler les informations contenues dans un plan d'irradiation
- est capable de donner les définitions du GTV, CTV, PTV
- interprète une courbe dos-volume-histogramme (DVH)
- garantit le bon fonctionnement du matériel de soins (voie veineuse, sonde urinaire, sonde naso-gastrique, pompe à injection...)
- respecte l'asepsie et applique les protocoles en vigueur lors d'une pose ou de manipulation de sonde, voie veineuse, d'utilisation d'un médicament ou d'un PC...
- prépare un plateau stérile, travaille en milieu stérile
- s'adapte à une situation complexe (déficience immunitaire, maladies infectieuses, etc)
- surveille les fonctions vitales basiques chez un patient monitoré
- conditionne le matériel prélevé par biopsie
- connaît la posologie des médicaments présents dans la pharmacie du service
- respecte la règle ALARA
- informe le patient sur des effets secondaires possibles
- s'informe des protocoles d'intervention en cas d'urgences

## B. Rôle de communicateur-trice

### Indicateurs :

- s'engage dans une relation professionnelle avec le patient (en construisant une relation de partenaire avec le patient, en réalisant l'examen dans les meilleures conditions, en écoutant ce que le patient veut lui dire et les questions qu'il souhaite poser, en donnant les informations et en organisant les services autour du patient) selon les principes « CREDO » et « PERLES » pour la prise en charge relationnelle d'un patient en radiooncologie (voir annexe)
- construit une relation de confiance avec le patient et les autres acteurs de la santé
- se présente et informe le patient du déroulement de l'examen
- adapte le mode de communication à son interlocuteur
- capable d'expliquer les différents traitements possibles dans le service
- identifie et communique les contre-indications à la réalisation de l'examen
- sait extraire et citer les informations pertinentes
- informe le patient sur le déroulement de l'examen afin de favoriser la collaboration
- informe le patient sur les actions préventives pour lui-même ainsi que pour son entourage
- informe du caractère irrémédiable du tatouage et de l'importance de la pérennité d'un marquage à la peau.
- informe le patient sur les conséquences d'une prémédication
- informe les partenaires sur les risques encourus liée à l'usage de rayonnement ionisant.
- favorise l'expression des patients en créant des espaces temps où le patient peut s'exprimer
- rassure le patient et ses accompagnants
- communique les informations utiles aux personnes concernées
- maîtrise la terminologie médico-technique et médico-clinique
- utilise des moyens adéquats pour la transmission de l'information
- identifie les signaux corporels « attitude, contact physique, touché, expression (regard, mimique), »
- anticipe sur les besoins de confort et de réconfort; respect des distances.
- propose des solutions alternatives aux craintes du patient tout en connaissant ses limites.
- capable de gérer les conflits (patient et ses accompagnants)
- recherche dans le dossier « patient » les examens à visé diagnostic
- applique et assure la gestion des formalités administratives : gestion des images, d'un PACS, facturation, TARMED, Informatique (RIS/HIS...), archivage (examen, rapport), dossier médical du patient.

### C. Rôle de collaborateur-trice

#### Indicateurs :

- connaît la structure du service
- connaît les rôles et tâches des acteurs dans le service et les responsabilités de chacun
- connaît les rôles et tâches des partenaires en dehors du service de radiologie
- se conforme aux règles en vigueur dans le service
- démontre une attitude positive et collégiale
- adopte les principes de la dynamique d'équipe
- trouve sa place dans le travail d'équipe et développe le sens des responsabilités et autonomie
- se met à distance pour observer les situations rencontrées
- fait preuve de neutralité affective
- s'implique dans des situations inédites, apprend à partir de la pratique
- décide et agit dans le respect de la dignité, de l'intégrité et de la sphère intime du patient
- assume ses responsabilités
- contribue au bien-être et à la motivation de l'équipe par une attitude positive et collégiale
- collabore avec le médecin, l'instrumente et l'assiste en cas de nécessité (ex. examen interventionnel)
- prévient les éléments générateurs de problèmes relationnels au sein de l'équipe
- négocie dans le respect de l'autre
- maîtrise la terminologie médico-technique et médico-clinique
- utilise les moyens adéquats pour la transmission de l'information
- gère les appels téléphoniques ainsi que les prises de rendez-vous
- reconnaît et analyse un conflit de valeur
- respecte l'autre et son droit à la différence (par ex. : origine socio-culturelle, ethnique, âge...)

### D. Rôle de Manager

#### Indicateurs :

- cite l'équipement
- s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité
- analyse la qualité de l'examen en fonction du résultat attendu
- valide la fin de l'examen
- est adéquat dans l'organisation de son travail et met en place sa méthodologie de travail
- capable de rationaliser le temps et les gestes effectués
- gère les appels téléphoniques ainsi que les prises de rendez-vous
- coordonne les situations d'examens multiples, autant intra- que interdisciplinaire, chez un même patient
- utilise les moyens adéquats pour la transmission d'information
- prend une part active dans le développement de sa carrière professionnelle

- envisage son projet de carrière en fonction de ses intérêts et de son environnement de travail
- s'engage dans la promotion de la profession
- évite le gaspillage et fait preuve d'utilisation appropriée du matériel
- reconnaît l'importance de la juste répartition des ressources

## E.Rôle de Promoteur-trice de la santé

### Indicateurs :

- assure au quotidien la sécurité des patients face au risque radiologique durant les examens à visée diagnostique et thérapeutique
- agit en respectant les principes de radioprotection (justification, optimisation, limitation)
- connaît le cadre légal de la radioprotection
- respecte la règle ALARA pour les rayonnements ionisants
- respecte la règle ALARA pour les champs magnétiques
- identifie les risques liés aux champs magnétiques et assure la sécurité des personnes présentes
- adapte les index mécaniques et thermiques en fonction de la spécificité du patient
- utilise correctement la dosimétrie individuelle
- utilise de manière argumentée les appareils de mesure de contamination
- gère les déchets radioactifs
- connaît la procédure en cas de contamination radioactive
- s'adapte aux situations particulières
- applique de manière systématique les principes de précaution, d'hygiène, d'asepsie et de sécurité pour soi-même et pour les patients
- informe le patient sur les actions préventives, sensibilise le patient à l'existence de structures de soutiens
- donne des conseils diététiques en liens avec un traitement en radio oncologie
  
- est conscient des risques encourus par toutes les personnes présentes
- connaît les protocoles en cas de situation d'urgence (réanimation, chute, etc.)
- est capable de gérer une situation de stress

## F. Rôle d'apprenant

### Indicateurs :

- élabore ses objectifs personnels pour son CPT
- gère un bilan hebdomadaire écrit
- présente ses objectifs à chaque TRM qui l'encadre
- apprend à partir de la pratique
- fait le lien entre la théorie et la pratique
- identifie ses ressources et ses difficultés
- fait preuve de curiosité intellectuelle, démontre un esprit critique
- sollicite le soutien des professionnels
- fait preuve de réflexion sur son propre agir, sur ses actes, applique les principes de la pratique réflexive
- évalue l'atteinte de ses objectifs (auto-évaluation)
- tient compte des remarques des autres pour progresser

## G. Rôle de professionnel-le

### Indicateurs :

- connaît et agit en adéquation avec le code de déontologie des TRM
- connaît et agit en adéquation avec la charte de l'institution
- agit en adéquation avec le droit du patient
- s'assure du consentement éclairé du patient nécessaire pour la réalisation de l'examen ou du/des traitement-s
- manutentionne un patient en toute sécurité pour lui et pour soi
- travaille de manière ergonomique
- prévient les risques professionnels pour soi-même ainsi que pour l'ensemble de l'équipe pluri disciplinaire (protège des liquides biologiques, range les aiguilles souillées...)
- énumère les risques et identifie les précautions à prendre
- capable de reconnaître ses limites,
- démontre une attitude professionnelle envers le personnel soignant et les patients, tout en sachant garder sa place d'étudiant
- applique de manière systématique les principes d'ergonomie, de précaution, d'hygiène et de sécurité pour soi et pour les patients.



## Echelle de notation

La cible

Une cible en 4 niveaux à été retenue.

Description :

- Très bien :** Les objectifs du rôle sont grandement atteints. Quelques points mineurs sont à améliorer. En tenant compte du niveau de maîtrise en adéquation avec son parcours de formation, l'étudiant a bien intégré le rôle.
- Satisfaisant :** Les objectifs du rôle sont partiellement atteints bien que quelques lacunes subsistent. En tenant compte du niveau de maîtrise en adéquation avec son parcours de formation, l'étudiant a intégré le rôle de manière satisfaisante.
- Faible :** Atteinte limitée des objectifs en raison de quelques lacunes notables. En tenant compte du niveau de maîtrise en adéquation avec son parcours de formation, l'étudiant n'a que partiellement intégré le rôle. Un travail complémentaire (stage ou projet) peut être évoqué.
- Insuffisant :** Plusieurs objectifs du rôle n'ont pas été atteints. D'importantes lacunes subsistent. L'étudiant a insuffisamment intégré le rôle en tenant compte du niveau de maîtrise attendu. Une répétition +/- partielle du stage doit être réalisée

# Améliorer la prise en charge des malades en imagerie médicale : Le CREDO et les PERLES du radiologue

J Leclère (1), L Ollivier (2), M Ruszniewski (3) et S Neuenschwander (2)

## Abstract

**Improving overall patient care during imaging studies: the radiologist's CREDO and PERLES**

J Radiol 2006;87:1831-6

The protocols specifying the basic rules of the doctor-patient relationship that have been proposed in the literature are primarily intended for referring physicians, in particular oncologists. With regard to the improving radiologists' communication skills, a simple tool, RADPED, was developed to help residents in pediatric radiology to memorize the main points of the patient-radiologist interaction. We suggest a protocol, CREDO, more precisely appropriated to the everyday practice of medical imaging, in particular in oncology. This protocol relates not only to the radiologist-patient relationship, but also to the rules common to the department's entire team. The aims are to establish a partnership with the patient (for this purpose, we suggest using the PERLES model: partnership, *excuses* (apology), respect, legitimation, empathy, support), carrying out the examination under optimal conditions, listening to what the patient has to say, giving information and, above all, organizing the imaging department around the patient.

**Key words:** Doctor-patient relationship. Cancer. Radiology.

## Résumé

Les protocoles énonçant les règles de base de la relation médecin-malade qui ont été proposés jusqu'ici dans la littérature, sont surtout destinés aux médecins traitants, en particulier oncologues. En ce qui concerne l'amélioration des compétences communicationnelles des radiologues, un outil simple, le RADPED a été développé pour aider les résidents de radiopédiatrie à mémoriser les points forts de la rencontre radiologue-patient.

Nous proposons ici un protocole, le CREDO, plus spécifiquement destiné à la pratique de l'imagerie médicale, en particulier en cancérologie. Ce protocole concerne non seulement la relation du radiologue avec les malades mais aussi les règles communes à l'ensemble de l'équipe et à l'organisation des services. Il s'agit de Construire une relation partenaire avec le patient (ce pourquoi nous suggérons d'utiliser le modèle PERLES : partenariat, excuses, respect, légitimation, empathie, support) de Réaliser l'examen dans les meilleures conditions, d'Ecouter ce que le patient veut nous dire, de Donner les informations et enfin d'Organiser les services autour du malade.

**Mots-clés :** Relation médecin-malade. Cancer. Radiologie.

Les recommandations établies dans la littérature concernant la relation médecin-malade sont plus spécifiquement axées sur la relation avec les médecins traitants (1) dans laquelle le traitement, ses modalités, ses inconvénients, son efficacité tiennent une place centrale. Il s'agit pour l'essentiel d'établir avec le malade un projet commun, une alliance autour d'un plan de bataille thérapeutique. Sur demande de l'Association of American Medical Colleges (AAMC), un expert en communication dans le domaine médical a défini un cadre pour enseigner et évaluer la communication, le SEGUE (skills, elicit information, give information, understand the patient, end the encounter) (2). Les recommandations du SEGUE sont également plus spécifiquement destinées aux médecins référents

et s'appliquent moins directement à la relation entre le radiologue et le patient. De même les stratégies et protocoles visant à améliorer les compétences dans la façon d'annoncer des « mauvaises nouvelles » sont avant tout destinés aux médecins oncologues (3-6). En s'inspirant de ces recommandations il est possible et utile de les adapter à l'imagerie médicale et aux spécificités de sa pratique. L'inadéquation du Kalamazoo Consensus Statment (7) et des autres modèles existants avec la pratique de la radiologie, a poussé à développer des outils spécifiques visant à améliorer les compétences communicationnelles entre les radiologues et leurs patients ce qui a tout d'abord été fait en échographie perinatologique (8) et en radiopédiatrie avec le RADPED (9). Il s'agit d'un outil simple à l'usage des résidents pour les aider à mémoriser les points forts de la rencontre radiologue patient : Establish Rapport, Ask question, Discuss the exam, Perform the procedure, use Exam distractions, Discuss the results.

Nous proposons d'adapter cet outil à la pratique de l'imagerie en cancérologie en développant le CREDO du radiologue :

- Construire une relation partenaire avec le patient
- Réaliser l'examen dans les meilleures conditions
- Ecouter ce que le patient veut nous dire et les questions qu'il souhaite poser
- Donner les informations
- Organiser les services autour du patient

## Construire une relation partenaire : le protocole PERLES

La relation avec le malade se construit, avec des difficultés variables. Sa qualité, si elle dépend en partie de l'anxiété et de la personnalité du malade, est essentiellement structurée par le comportement du médecin dépendant de son fonctionnement psychique, de sa formation, des conditions matérielles (temps et moyens à

(1) Département d'Imagerie, Service d'Échographie, Institut Gustave Roussy, Villejuif. (2) Département d'Imagerie, Service de Radiologie. (3) Psychologue, psychanalyste, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005 Paris.  
Correspondance : L. Ollivier  
E-mail : liliane.ollivier@curie.net



sa disposition, charge et organisation de son travail) et du niveau de stress auquel il est soumis (10-12).

Pour reconnaître et répondre aux émotions du patient comme la peur, l'anxiété, l'appréhension de l'examen et surtout de son résultat, Goske et al. (9) recommandent d'utiliser le modèle « PEARLS » (Partnership, Empathy, Apology, Respect, Legitimization, Support) que l'on peut adapter à la mnémotechnique francophone par cette formule : « Pour éviter les bourdes, utilisez les **PERLES** » (tableau 1).

## Partenariat

Malgré le déséquilibre inévitable entre celui qui sait et celui qui souffre, il s'agit d'établir avec le patient une relation partenaire et non plus un rapport révolu entre le Docteur possédant le savoir, dominant un malade passif en état de dépendance, fragilisé par sa maladie et diminué par son ignorance (13). En pratique hospitalière, avant un scanner ou une IRM, le médecin ne rencontre pas toujours le malade. C'est le personnel paramédical qui joue un rôle essentiel pour rassurer le patient et établir avec lui une relation de confiance. D'où l'intérêt de la formation et d'un travail d'équipe pour que l'ensemble du personnel applique les mêmes règles et partage les mêmes valeurs de respect et d'empathie envers les malades. Le cadre de l'examen échographique est un modèle pour l'étude de la relation radiologue-patient. Les deux protagonistes de la rencontre sont le plus souvent seuls, dans le calme et la pénombre et le contact est physique et relativement prolongé. Les patients profitent souvent de cet environnement rare pour s'exprimer et poser des questions qu'ils n'ont pas eu l'occasion ou pas osé poser ailleurs (14, 15).

En entrant dans la salle d'examen, il importe de se présenter clairement, définir

son rôle et sa fonction et accueillir le malade au mieux en l'appelant par son nom, avec un sourire et quelques paroles aimables le concernant avant de se concentrer sur l'examen lui-même. Montrer ainsi que l'on s'intéresse à sa personne et pas uniquement à l'aspect technique. Il faut lui montrer aussi que, même si on ne l'a jamais vu, on connaît son histoire, on sait qu'il est déjà venu dans le service ou au contraire que c'est la première fois, que l'on n'est pas complètement étranger à son histoire et qu'on travaille avec son médecin référent et l'équipe médicale qui s'occupe de lui.

S'il est déjà installé par le manipulateur ou l'aide soignante et partiellement dénudé on peut s'enquérir de savoir s'il n'a pas froid, le recouvrir en partie d'une couverture et s'asseoir à côté de lui pour lui parler en étant à sa hauteur et non pas debout, dans une position dominante. Pour renforcer le rapport et mieux reconnaître les émotions du patient on peut lui poser des questions qui doivent être des questions ouvertes, c'est à dire nécessitant une réponse propre au malade et non pas oui ou non. « Quel médecin venez-vous voir aujourd'hui en consultation ? », « Comment allez-vous depuis la dernière visite ? » « Quels autres examens sont prévus aujourd'hui ? ».

## Excuses

Certains malades montrent une certaine agressivité souvent due au fait qu'ils ont attendu trop longtemps avant l'examen. Le fait que le médecin s'excuse « je suis vraiment désolé d'avoir été obligé de vous faire attendre, mais... » et explique la cause du retard désamorce la colère et permet, dans un second temps, d'améliorer la qualité de la relation. L'exactitude, dit-on, est la politesse des rois, la première règle qui devrait être présente en permanence à l'esprit de tout le personnel d'un service est de tout mettre en œuvre pour limiter l'attente des malades et d'expliquer les retards. Le temps qui précède un examen, surtout en cancérologie, est particulièrement anxiogène et une trop longue attente, sans explication, est source de colère qui rend ensuite bien difficile une relation de confiance. Il n'est pas possible de se « mettre à la place » d'un patient atteint de cancer mais chacun sait, pour fréquenter les aéroports ou les bureaux de poste, qu'une des choses les moins bien acceptées sont les files d'attentes ou les retards non expliqués, et l'on

peut aisément comprendre que ce qui est difficilement supporté pour retirer une lettre recommandée devienne insoutenable lorsqu'il s'agit de savoir si le néphroblastome de son enfant a diminué de volume après la deuxième cure de chimiothérapie.

## Respect

Le malade peut être physiquement et moralement très affaibli, en aucun cas l'attitude du personnel médical ou non médical ne doit majorer cette faiblesse. Les patients ont droit, avant toute chose, au respect, respect de leur personne, de leur dignité et de leur pudeur. Le malade qui subit un examen d'imagerie est, le plus souvent, en partie dénudé, fragilisé par la maladie, anxieux du résultat de l'examen, il convient de ne pas majorer cette fragilité en ne tenant pas suffisamment compte de sa personne, en le laissant exposé aux regards des personnels qui gravitent autour des tables d'examens. Si « communication médicale » a trop longtemps constitué un oxymore (16), pratique médicale et pudeur ne sont pas incompatibles, ou ne devraient pas l'être. D'éventuels stagiaires, assistant à l'examen, doivent être présentés au patient et il faut éviter de leur commenter les images dans un but d'enseignement sans tenir suffisamment compte de la présence du malade et dans des termes qu'il ne comprend pas (13). Il importe de se soucier également de leur confort, de ne pas faire attendre les patientes dont la vessie est pleine, expliquer les désagréments liés à la position sur la table, à la chaleur, au bruit ou à la trop longue durée des examens. Il faut également bannir toute attitude paternaliste, en particulier vis à vis des personnes âgées (comme Simone de Beauvoir qui s'est entendue appelée « mamie » au cours d'un examen radiologique) ainsi que le vocabulaire infantilisant ou les formules faussement rassurantes.

## Légitimation

L'appréhension du malade avant un examen est compréhensible et doit être légitimée : « votre inquiétude est normale, la plupart des patients ont cette crainte avant une première IRM ». Parfois les malades s'excusent de leur faiblesse, de leur tension, de leurs pleurs, de leurs émotions, il est important de leur dire combien cela nous paraît normal et légitime.

**Tableau 1**  
Le modèle PERLES.

**Table 1**  
The PERLES model.

P	Partenariat
E	Excuses
R	Respect
L	Légitimation
E	Empathie
S	Support

## Empathie

Lorsque les malades manifestent leur angoisse il faut faire preuve d'empathie en montrant sa compréhension : « je sais combien tous ces examens sont éprouvants pour vous ». L'empathie consiste en une attitude d'ouverture relationnelle et non en l'expression de nos propres émotions. Elle doit être volontaire, systématique et professionnelle, permettant de contrôler les sentiments personnels de sympathie ou au contraire d'antipathie parfois générés spontanément dès les premières minutes de la rencontre. Il s'agit d'appliquer un protocole relationnel fait de tact et d'écoute attentive.

## Support

Montrer au patient qu'on est avec lui, qu'on fera tout pour l'aider s'il le souhaite : « nous allons faire cet examen au mieux, le plus rapidement possible en vous évitant au maximum les désagréments et ensuite je répondrai à toutes vos questions si vous souhaitez en poser ».

## Réaliser l'examen dans les meilleures conditions

Cela suppose d'avoir réussi la première étape c'est à dire d'avoir établi une relation de confiance et d'avoir expliqué simplement au patient ce qui va se faire, la coopération qui lui est demandée, les inconvénients, les bruits. Trop de malades ne savent pas du tout pourquoi ils sont là, ce qu'on va leur faire et pourquoi, ce qui est plutôt de la responsabilité des prescripteurs. Légalement le patient doit être informé de tous les éléments concernant l'examen, son déroulement, ses risques et son utilité. Il est parfois nécessaire aussi d'en expliquer simplement les limites pour ne pas laisser croire que tout examen apporte forcément la certitude diagnostique. Il faut enfin exposer les risques éventuels sans les dramatiser mais sans les minimiser et dire les choses simplement sans se perdre dans des explications médico-techniques compliquées.

Pendant l'examen, en particulier ceux qui mettent en contact direct avec les malades comme l'échographie, on doit éviter les divers dérangements inhérents à la vie du service : ne pas se laisser interrompre par le téléphone, fermer la porte à clef durant un examen endo-cavitaire, couvrir d'un

drap les patients dénudés, respecter la pudeur tout particulièrement des adolescents.

Si l'on doit aller chercher un collègue pour avis, donner des explications claires. Le fait de parler à un tiers, d'évoquer des problèmes techniques, de manifester de l'étonnement devant l'écran sont autant d'éléments qui risquent de majorer l'inquiétude des malades. Pendant le temps de l'examen échographique, le malade anxieux fixe souvent le visage du médecin, guettant et interprétant la moindre réaction. Attention aux mimiques, aux attitudes de surprise, aux commentaires non réfléchis, « rien qu'à voir sa tête, je savais que j'avais des métastases » (17). Savoir que dans la relation avec le patient, la communication non verbale (intonation, timbre de voix, mimiques...) joue un rôle très important. Même les bips émis par les échographes à chaque fois qu'on appuie sur une touche peuvent être interprétés par les patients très anxieux comme une alarme signalant une anomalie, il faut en diminuer au maximum l'intensité sonore même si cette demande surprend beaucoup les constructeurs...

## Écouter ce que le patient veut nous dire et les questions qu'il souhaite poser

Lorsque, après un scanner ou une IRM, les patients sont reçus systématiquement, se pose le problème de ceux qui ne souhaitent pas être informés directement et tout de suite par le radiologue, volonté qui doit être respectée. Le plus souvent, à l'hôpital, ne sont vus que les malades qui en expriment la demande, ce qui est loin d'être toujours le cas. Le I des « SPIKES », protocole proposé par Baile et al. à destination des médecins pour les aider à délivrer aux patients des mauvaises nouvelles (3) est le I de « Invitation » qui pourrait s'appliquer aux radiologues, dans certains cas. Il s'agit d'inviter le malade à s'exprimer sur son désir ou non d'être informé : « souhaitez-vous que je vous donne des informations à propos des résultats de l'examen ou préférez-vous voir tout cela en consultation avec votre médecin ? ». On pourrait imaginer la mise en place d'une demande de ce type, systématique avant les examens, par exemple sur un court questionnaire remis au patient au moment du rendez-vous. Ceci

aurait également le mérite de nous éclairer sur la demande réelle des malades en ce qui concerne les résultats des examens d'imagerie. Toutes les études de ce type (18-20) ont montré qu'un peu plus de 90 % des patient(e)s souhaitaient que les résultats leurs soient donnés directement par le radiologue après l'examen en cas de normalité et un peu moins de 90 % en cas d'examen anormal. Ces chiffres, résultats d'enquêtes nord-américaines, nous paraissent plus élevés que dans notre pratique quotidienne dans des Centres de Lutte Contre le Cancer. Il nous semble que le nombre de malades atteints de cancer ne demandant pas immédiatement les résultats d'un scanner ou d'une échographie est supérieur à 10 % mais seule une étude objective permettrait de le confirmer.

Quelles que soient les conditions, le patient doit être reçu dans un cadre adéquat, si possible pas dans une salle d'attente ou un couloir, au mieux une salle dédiée. Le cadre de l'échographie est particulier puisque tout au long de l'examen le contact est « obligatoire », physique, entre le patient et le radiologue. À la fin de l'examen, il convient de montrer la possibilité du dialogue en adoptant une attitude franche d'écoute, en restant assis et en maintenant une connexion avec le patient, en le regardant. On montre ainsi que l'on n'a pas l'intention de fuir, que l'on est prêt à répondre à d'éventuelles questions. Certains malades n'en posent aucune, pour des raisons diverses. Pour certains l'examen est vécu comme « évidemment normal », toute possibilité d'anomalie étant refoulée, il devient inutile de demander les résultats. D'autres n'osent pas, redoutent trop d'apprendre qu'une anomalie vient d'être découverte, ou ne souhaitent pas savoir ou pas entendre une éventuelle mauvaise nouvelle d'un autre médecin que leur médecin référent (20, 21). Il importe de respecter cette volonté et de ne jamais donner de résultats non demandés ni d'apporter des réponses à des questions non formulées.

Dans la grande majorité des cas, les patients ne posent pas vraiment une question, ils affirment en ôtant la dimension interrogative de la formulation : « vous n'avez rien vu », « rien de méchant », « tout va bien ». Dans cette forme appelée « interrogation figurée », le tour interrogatif est pris « non pas pour marquer un doute et provoquer une réponse mais pour indiquer, au contraire, la plus grande persuasion et défier ceux à qui l'on parle de pouvoir nier ou même répondre (22).

## Donner les informations, répondre aux questions

Le radiologue va devoir adopter une attitude ouverte, se montrer compréhensif et empathique, détecter la demande réelle du patient, percevoir son degré de compréhension, adapter son langage et son vocabulaire en proscrivant les mots choquants et en gardant à l'esprit que les mots ont un sens qui n'est pas le même pour lui et pour le malade et enfin ne pas trop en dire. Et ceci en quelques minutes, de nombreuses fois par jour avec des malades très différents et des pathologies très diverses.

Lorsque l'examen est normal il est facile de répondre à une question formulée sans oublier les limites éventuelles de la technique utilisée en fonction du problème posé. Par contre, on peut se poser la question de savoir s'il faut le dire à un patient qui ne demande rien. Le désir de certains patients de ne pas être informé par le radiologue doit être respecté, mais à l'inverse, il est dommage de ne pas rassurer un patient qui ne pose pas de question parce qu'il a trop peur d'une éventuelle mauvaise nouvelle, le fait de ne rien lui dire le maintient alors dans le doute et risque même de lui faire penser qu'on lui cache une chose grave.

Pour notre part, devant un malade anxieux et mutique, nous adoptons une attitude rassurante d'ouverture et d'écoute attentive suffisamment prolongée pour montrer que l'on est prêt au dialogue, et même que l'on attend les questions. Si malgré tout, le patient ne demande rien, nous le accompagnons, le dirigeons vers la consultation sans parler des résultats de l'examen mais en lui ayant laissé toute l'opportunité de s'exprimer.

Lorsqu'une anomalie bénigne est découverte (25), comme un angiome hépatique, s'il faut le signaler, il faut aussi trouver d'emblée les mots qui rassurent et il est parfois difficile de convaincre certains patients anxieux qu'il n'y a aucun rapport avec « le cancer ». La présence de cette « anomalie », sans gravité, mais qui va parfois nécessiter une IRM et qui sera surveillée de temps en temps par échographie peut avoir un retentissement psychologique important (26). Le malade peut s'imaginer qu'on a minimisé la gravité et ne pas comprendre qu'il puisse y avoir des « tumeurs » dans le foie ne nécessitant aucun traitement. Répondre à ces questionnements avec psychologie et pédagogie n'est

pas toujours facile mais c'est une responsabilité que le radiologue partage avec le médecin traitant.

La situation est encore plus difficile après la découverte d'une lésion franchement suspecte ou d'une évolution tumorale. Le stress, le manque de formation pour la gestion de situations difficiles, peuvent conduire à des comportements dommageables pour le malade comme la fuite en avant (25). Le médecin, déstabilisé par la question, ne trouvant pas de « solution d'attente », se libère de son angoisse en livrant la vérité crue, en prononçant des mots choquants comme métastase, associée pour le malade à cancer généralisé, souffrance et mort. Ce n'est pas parce les malades ont légalement le droit de tout savoir que l'on peut leur délivrer toute l'information sans ménagement même si, sur le plan strictement légal, ne pas tout dire constitue une rétention d'information (26).

La « rationalisation » est un autre mécanisme de défense fréquent, le médecin tente de pallier sa gêne en dissimulant la réalité sous un vocable incompréhensible, opposant aux questions du malade des réponses de plus en plus obscures (25). Le vocabulaire doit être expliqué, rendu accessible, adapté au patient et perdre son côté « jargon magique angoissant » (26). L'attitude qui est peut être la plus adéquate pour le radiologue qui découvre une anomalie consiste à nuancer l'annonce de la mauvaise nouvelle, sans pour autant travestir la réalité ou minimiser la possible gravité. On parle alors de la nécessité de bien analyser les différentes images, de les comparer avec celles d'éventuels examens antérieurs, on peut également évoquer d'autres examens qui vont être nécessaires pour préciser un doute. Il faut le dire avec conviction, en regardant le malade et non pas le marmonner en s'enfuyant de la salle d'examen. S'il n'y a pas de bonnes façons de donner des mauvaises nouvelles, il y en a de mauvaises (27) qui montrent trop ouvertement la gêne du médecin, la pire étant la fuite « être maladroit en voulant bien faire est souvent bien moins dommageable pour le patient que de fuir » (28).

Très souvent les patients posent au radiologue des questions concernant les traitements. Il convient d'être prudent et de bien préciser que notre spécialité est l'imagerie médicale et que, si l'on comprend leurs demandes, c'est à leur médecin traitant qu'ils doivent poser ces questions, que l'on ne veut pas donner des informations incorrectes (24).

Dans tous les cas où une anomalie a été découverte, il est utile de téléphoner au médecin pour le prévenir et l'informer de ce qu'on a dit au malade, avant qu'il ne le voit pour qu'il prépare sa consultation et que l'information soit cohérente.

## L'organisation des services

Pour améliorer la prise en charge dans le service de radiologie et la relation entre le patient, le personnel et le radiologue il importe de prendre en compte toutes les phases du passage du malade dans le Département d'Imagerie. Ceci conduit à édicter un certain nombre de règles communes de comportement et d'organisation qui peuvent sembler basiques mais doivent être répétées. Il ne s'agit pas uniquement de l'annonce du résultat d'un examen mais de la prise en charge globale du patient depuis son arrivée dans le service jusqu'à son départ. L'ensemble de l'équipe doit être motivé pour mettre effectivement le malade au centre de toute l'organisation. Le rôle du chef de service est primordial notamment pour initier la mise en place d'un questionnaire remis aux patients, lui demandant de se prononcer sur son degré de satisfaction à tous les stades de son passage dans le service (accueil, rapports avec les médecins, le personnel...). Un tel questionnaire vient d'être instauré dans un de nos Instituts, les résultats ne nous sont pas encore connus, ils seront analysés en particulier au cours des réunions de service et des groupes de parole auxquels participe la psychanalyste de l'hôpital.

Une relation centrée sur le patient passe par un environnement, des locaux et des lieux de rencontre adaptés (11, 12, 29). Ce n'est pas une lapalissade de dire que l'accueil doit être accueillant, souriant, aimable et informatif. Le personnel doit être présent, disponible et si besoin polyvalent. Il doit être prêt à renseigner, éventuellement accompagner. Orienter le malade vers la salle d'attente ou la salle d'examen, lui indiquer un temps d'attente approximatif. Éviter de poser à haute voix et devant d'autres personnes des questions personnelles comme « est-ce que vous avez envie d'uriner ? ». La demande de renseignements concernant le malade doit se faire dans la confidentialité. L'environnement doit rester calme, il faut éviter tous les facteurs stressants, le bruit, les personnels qui rient, qui parlent fort sans

tenir compte de la proximité des patients qui attendent souvent dans l'angoisse et le désarroi. Les brancardiers, le personnel d'accueil, les secrétaires, les manipulateurs, les aides-soignantes et les médecins, tous doivent travailler en équipe pour améliorer la qualité de prise en charge des malades. Un des dysfonctionnements les plus fréquents est dû à la confrontation de la routine et de l'exceptionnel. D'un côté une personne (un malade) plus ou moins anxieuse dans un environnement qui ne lui est ni familier ni agréable et de l'autre une organisation installée dans un fonctionnement quotidien avec ses guichets, ses personnels assis et ceux qui se déplacent, ses ordinateurs et sa machine à café. Il importe, surtout au contact de gens malades, que jamais cette routine ne se traduise par de l'indifférence, de la condescendance voire pire, une certaine agressivité, un accueil désagréable ou désinvolte. Il n'y a pas d'un côté des personnes malchanceuses affaiblies par la maladie et de l'autre des personnels réagissant en fonction de leur humeur du moment. Les règles PERLES s'appliquent à tout instant au contact du « public », de façon volontaire, déterminée et professionnelle.

La salle d'attente idéale est celle où l'on ne reste que quelques minutes. Le temps des salles d'attente bondées et du Professeur omniscient arrivant une heure en retard, est révolu. Nous avons le devoir de commencer à l'heure et d'expliquer les retards en cas d'urgences ou d'impondérables. Le confort, le décor sont importants ainsi que des zones séparées, un coin pour les enfants avec des jouets et une zone dédiée pour les malades en lits, en brancards et en chaises. Dans la salle d'attente et avant l'examen, les patients doivent disposer de plaquettes informatives ou d'affiches didactiques expliquant simplement l'examen qui va être fait. Souvent, ils ont déjà subi cet examen et la curiosité anxieuse concernant la technique est moins importante que la première fois. Prédominant alors l'inquiétude et l'incertitude quant aux résultats...

Après les examens il faut s'assurer que le patient n'est pas perdu, qu'il sait où il doit se rendre et comment y aller, lui indiquer et parfois le faire accompagner par un brancardier.

Le radiologue fait partie de l'équipe multidisciplinaire prenant le patient en charge, sa compétence médico-technique n'est pas suffisante, elle doit s'accompagner de compétences relationnelles et d'une vo-

lonté de participer à l'amélioration de la prise en charge globale (8, 30-33). Dans ce but, il importe, en particulier, que les radiologues soient présents, à côté des médecins oncologues, des spécialistes d'organes, des anatomo-pathologistes, au sein des réseaux mis en place par les Unités de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO) et dans les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) qu'elles ont pour mission d'organiser.

Toutes les unités du Département d'Imagerie doivent être structurées autour du malade et l'ensemble de l'équipe doit partager les mêmes valeurs et respecter les mêmes règles. Pour répondre aux demandes très diverses et à l'anxiété des malades il n'y a pas de conduite stéréotypée valable dans tous les cas. On peut cependant s'appuyer sur des protocoles énonçant les règles de bases de la relation médecin-malade. Jusqu'ici, ceux qui étaient proposés s'adressaient surtout aux médecins traitants en particulier oncologues (2, 3, 7) avec des adaptations pour la spécificité de la radiologie pédiatrique (9). Nous proposons ici un protocole en version francophone, le CREDO, reprenant les bases de la relation avec les patients, plus spécifiquement destiné à la pratique de l'imagerie médicale en particulier en oncologie. Ce protocole concerne non seulement la relation du radiologue avec les malades mais aussi les règles communes à l'ensemble de l'équipe et à l'organisation des services.

## Références

- Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76:390-3.
- Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns* 2001;45:23-34.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Goller G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
- Baile WF, Beale EA. Giving bad news to cancer patients: matching process and content. *J Clin Oncol* 2001;19:2575-7.
- Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002;20:2189-96.
- Fournier C. L'annonce de la mauvaise nouvelle en cancérologie. *Médecine légale hospitalière* 1999;2:69-70.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004;79:495-507.
- Hammond I, Franche RL, Black DM, Gaudette S. The radiologist and the patient: breaking bad news. *Can Assoc Radiol J* 1999;50:233-4.
- Goske MJ, Reid JR, Yaladoo-Poltorak D, Hewson M. RADPED: an approach to teaching communication skills to radiology residents. *Pediatr Radiol* 2005;35:381-6.
- Dolbeault S, Poinot R. L'annonce du diagnostic de maladie grave. Brochure d'information remise aux médecins spécialistes, réalisée avec les concours des laboratoires GlaxoSmithKline 2005;25.
- Leclère J, Ollivier L, Dolbeault S, Neuschwander S. Le dialogue entre le radiologue et le patient atteint de cancer. *J Radiol* 2006;87:99-104.
- Ollivier L. Communication between radiologists and patients with cancer. *Cancer Imaging* 2005;5:114-5.
- Bonnin A, Broussouloux C, Convat JP. La dignité du patient dans sa relation à l'imagerie. In: Masson, editor. *Éthique et imagerie médicale*. Paris: 1998: 51-61.
- Leclère J, Ollivier L, Pacault V, Palangie T. La relation médecin-malade en échographie cancérologique. *J Radiol* 1996;77:405-9.
- Ollivier L, Leclère J, Dolbeault S, Neuschwander S. La relation entre le radiologue et le patient à propos d'une situation concrète: la découverte échographique d'un nodule unique du foie chez une patiente opérée d'un cancer du sein. *Les feuillets de radiologie* 2005;45:237-40.
- Summer J. Medical communication: an oxymoron? *Fam Med* 1996;28:614.
- Genot JY. EPAC. Ensemble parlons autrement des cancers. Observatoire de la communication et du langage. Face aux cancers: au-delà des mots. Laboratoire Aventis. Paris. 1998:53-61.
- Levin KS, Braeuning MP, O'Malley MS, Pisano ED, Barrett ED, Earp JA. Communicating results of diagnostic mammography: what do patients think? *Acad Radiol* 2000;7:1069-76.
- Liu S, Bassett LW, Sayre J. Women's attitudes about receiving mammographic results directly from radiologists. *Radiology* 1994;193:783-6.
- Schreiber MH, Leonard M Jr, Rieniets CY. Disclosure of imaging findings to patients directly by radiologists: survey of patients' preferences. *AJR Am J Roentgenol* 1995;165:467-9.

21. Schreiber MH. Direct disclosure by radiologists of imaging findings to patients: a survey of radiologists and medical staff members. *AJR Am J Roentgenol* 1996; 167:1091-3.
22. Fontanier P. Les figures du discours. In: Flammarion, editor. Paris: 1968: 368-70.
23. Barreau B, Tastet S, Picot V, Deghaye M, Brault I, Marelle P et al. Une étude exploratoire des pratiques et des comportements radiologiques devant la découverte d'une anomalie « probablement bénigne » sur la mammographie : à propos de 176 radiologues. *J Radiol* 2004;85:1927-36.
24. Bonnin A, Broussouloux C, Convat JP. Le droit à l'information du patient. In: Masson, editor. Éthique et imagerie médicale. Paris: 1998:35-43.
25. Ruzsiewicz M. Face à la maladie grave. In: Dunod, editor. Paris: 1999.
26. Serin D. EPAC. Ensemble parlons autrement du cancer. Observatoire de la communication et du langage. Face au cancer: au delà des mots. Laboratoire Aventis, Paris. 1998:11-14.
27. Pujol H. Le pavillon des cancéreux doit resté fermé. *Le Monde*. 2004. 16-10-2004. Ref Type: Magazine Article.
28. Rosier-Krauter K. L'information du patient. Le point de vue du psychologue. *Bulletin infirmier du cancer* 2001; 1:9-12.
29. Gross R, Sasson Y, Zarhy M, Zohar J. Healing environment in psychiatric hospital design. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20:108-14.
30. Bassett LW, Bomyea K, Liu S, Sayre J. Communication of mammography results to women by radiologists: attitudes of referring health care providers. *Radiology* 1995;195:235-8.
31. Berlin L. Communicating findings of radiologic examinations: whither goest the radiologist's duty? *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:809-15.
32. Levitsky DB, Frank MS, Richardson ML, Shneidman RJ. How should radiologists reply when patients ask about their diagnoses? A survey of radiologists' and clinicians' preferences. *AJR Am J Roentgenol* 1993;161:433-6.
33. Peteet JR, Stomper PC, Ross DM, Cotton V, Truesdell P, Moczynski W. Emotional support for patients with cancer who are undergoing CT: semistructured interviews of patients at a cancer institute. *Radiology* 1992;182:99-102.