

Université de Montréal

**Apprendre à communiquer en oncologie :
médecins-résidents à l'écoute de patients partenaires**

Par Jacynthe Rivest

Département de psychopédagogie et d'andragogie
Faculté des études supérieures

Mémoire par article présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de M.A. en Sciences de l'éducation
Option Pédagogie universitaire des sciences médicales

Avril 2017

© Jacynthe Rivest, 2017

Résumé (en français)

Titre : Apprendre à communiquer en oncologie : des résidents à l'écoute de patients partenaires

Buts visés : Au fil des années, les patients atteints de cancer ont vu leur maladie se chroniciser et font maintenant l'objet d'un suivi à long terme avec leurs médecins-spécialistes en oncologie. Même s'ils souhaitent établir une relation thérapeutique avec eux, ils décrivent par ailleurs leurs lacunes persistantes dans leur aptitude à communiquer. En dépit des recommandations en matière de formation post-graduée, peu de programmes offrent des occasions formelles à leurs étudiants de parfaire leurs compétences relationnelles, incluant la capacité d'écouter efficacement un patient. Or, le récent courant de la médecine narrative permet la sensibilisation à l'expérience subjective du patient et à l'importance de considérer son histoire dans l'exercice de soigner. Le but de notre étude est donc d'explorer comment les résidents et les patients partenaires vivent une expérience de communication sous forme d'intervention pédagogique narrative conçue par les chercheurs visant à exposer de futurs spécialistes en oncologie à l'histoire de «la vie avec la maladie» telle que racontée par des patients partenaires ayant déjà été atteints de cancer.

Méthodologie : En s'inspirant de principes de la théorisation ancrée et de la méthode phénoménologique, un devis qualitatif a été mené et a impliqué des patients partenaires à toutes ses étapes. Avec un échantillonnage théorique, nous avons recrutés 6 médecins-résidents des programmes des spécialités oncologiques de l'UdeM ainsi que 4 patients partenaires formés par la Faculté de Médecine de l'UdeM. Les sujets recrutés ont participé en 6 dyades à l'intervention narrative au terme de laquelle douze entrevues audio-enregistrées et semi-structurées ont été réalisées auprès des participants pour explorer leur expérience vécue. Les verbatims obtenus ont été transcrits et analysés pour en dégager des thèmes émergents jusqu'à saturation.

Résultats : L'analyse a révélé quatre thèmes émergents: 1) les résidents se sont dit peu formés en matière de communication incluant au cours d'une intervention narrative

et désirent pouvoir développer des outils pour cette compétence 2) les participants ont mentionné plusieurs obstacles à la tenue d'une communication efficace en pratique clinique 3) les patients partenaires se sont montrés empathiques face aux défis que les résidents doivent relever; 4) l'intervention a engendré diverses réactions émotionnelles et cognitives (certains patients l'ont estimée thérapeutique, certains résidents en ont apprécié la valeur pédagogique, des participants ont trouvé difficile d'être en contact avec l'expérience subjective et le vécu émotionnel du patient).

Conclusion : Une intervention narrative avec la participation de patients partenaires suscite diverses réactions chez les participants pouvant même parfois engendrer des prises de conscience sur le défi de communiquer avec les patients atteints de cancer. La recherche devrait s'intéresser à la valeur pédagogique de ce genre d'intervention et aux précautions à prendre pour créer un environnement protégé pour favoriser l'apprentissage de la communication et éviter que le vécu émotionnel du patient atteint de cancer ne soit pas pris en compte par les résidents. L'impact et l'efficacité de la participation de patients partenaires dans la formation post-graduée sur la communication en oncologie devraient également faire l'objet d'autres études.

Mots clés : illness narrative, éducation médicale, communication, oncologie, patient partenaire, McGill Illness Narrative Interview, formation post-graduée, résidence en oncologie.

Abstract (in English)

Learning to communicate in oncology: Residents' experience of listening to patients

Purpose : Over the last few decades, many types of cancers have become chronic diseases. Affected patients can expect to have long-term monitoring by their oncologists. Although patients wish to establish a strong therapeutic alliance with their physicians in the context of ongoing follow-up, they find that oncologists' communication skills are deficient. This is unsurprising in light of the fact that few postgraduate training programs offer formal opportunities for residents to develop communication skills, including the ability to listen effectively to patients. The emergence of narrative medicine has increased sensitivity to the importance of the patient's subjective experience and its role in healing. The aim of our study is to explore how residents and patients experience a educational intervention focused on narrative competence whose purpose is to expose oncology residents to the story of "life with the disease "as told by patients who have been diagnosed with cancer.

Methods : Inspired by the principles of grounded theory and phenomenology, we conducted a qualitative study of the experience of oncology residents and patients of an intervention designed to foster physicians' narrative competence. Using theoretical sampling, we recruited 6 residents in oncological specialties at the University of Montreal as well as 4 patients trained by the patient-partner program of the Faculty of Medicine of the University of Montreal. The recruits participated in 6 dyads for the narrative competence intervention, followed by semi-structured interviews with all participants to explore their perceptions and experiences in using the method. The interviews were audiorecorded, transcribed and analyzed to reveal emerging themes. When informational saturation was obtained, the recruitment was stopped.

Results and Analysis : Our analysis focused on four emergent themes: 1) residents were untrained in communication, including narrative competence, and wanted tools to develop this skill; 2) participants identified several barriers to effective communication in

clinical practice; 3) patient partners were empathic about the challenges faced by residents in communicating about the experience of illness; and 4) the intervention provoked diverse emotional and cognitive reactions (some patients considered it therapeutic, some residents appreciated the pedagogical value, some residents and patients found it difficult to be aware of the subjective and emotional experiences of the patient).

Conclusions : An educational intervention to promote narrative competence amongst oncology residents led to various reactions among the participants. Through their experience, residents became aware about the challenges of communicating with patients with cancer. Future research should focus on the pedagogical value of this type of intervention and the precautions needed to create a safe environment both for learning communication skills and tolerating patients' emotional burden of living with cancer. The impact and effectiveness of the participation of patient partners in postgraduate training in oncology should also be investigated further.

Keywords: illness narrative, medical education, communication, oncology, patient partner, McGill Illness Narrative Interview, post-graduate training, residency in oncology.

Table des matières

Résumé (en français)	5
Abstract (in English)	7
Table des matières	9
Liste des tableaux	10
Liste des figures	11
Listes des signes et abréviations	12
Avant-propos	13
Introduction	14
Recension des écrits	15
Article scientifique (prêt pour publication)	23
Introduction	
Méthodologie	
Résultat	
Discussion et conclusion	
Discussion	42
Conclusion	45
Références	46
Tableaux et figures	51
Annexes	56
Annexe I : à venir	
Annexe II : à venir	
Annexe III : à venir	
Annexe IV : à venir	

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères d'inclusion des participants	51
Tableau 2 : Profil des participants	51
Tableau 3 : Questionnaire des entrevues semi-structurées menées auprès des médecins-résidents	52
Tableau 4 : Questionnaire des entrevues semi-structurées menées auprès des patients partenaires	52
Tableau 5 : Thèmes émergents à l'analyse initiale	53

Liste des figures

Figure 1 : Intervention narrative et collecte de données	55
Figure 2 : Déroulement de l'étude	55

Liste des sigles et abréviations

MINI : *McGill Illness Narrative Interview*

UdeM : Université de Montréal

P : patient partenaire

R : résident

Dédicace

Aux patients qui se confient à nous et qui nous inspirent au courage et à la volonté d'être un médecin toujours un peu meilleur.

Aux étudiants et enseignants qui prennent le temps d'apprendre avec moi et qui m'ont intuitivement montré à m'investir dans le projet de devenir une pédagogue soucieuse au quotidien.

Remerciements

Je remercie les patients partenaires et les médecins-résidents qui ont accepté de participer avec une grande générosité à notre étude. Je désire aussi souligner les encouragements et le soutien des personnes suivantes :

- Dr Serge Daneault et Dr Philippe Karazivan, mes co-directeurs de maîtrise qui ont éveillé ma curiosité scientifique et qui ont maintenu le cap malgré les délais, croyant que la recherche menée était signifiante et importante sur le plan épistémologique.
- Dr Emmanuel Stip, qui m'a dit qu'on ne pouvait pas laisser tomber un programme de maîtrise et qui me demandait des nouvelles du projet à chaque rencontre
- Dres Suzanne Leclair et Mona Gupta, et à mes autres collègues psychiatres de l'Hôpital St-Luc qui, par leur grande générosité et leurs encouragements, ont permis que je poursuive ce projet malgré le début de mon exercice professionnel.
- Dre Carole Lambert, Dr Constantin Tranulis et Luigi Flora pour leurs encouragements et leur collaboration de recherche très précieuse.
- Dr Paul Lespérance (alors chef de département) et le département de psychiatrie (pour le financement et le soutien académique)
- Dr Marquis Fortin pour son enseignement des compétences relationnelles essentielles à la pratique médicale.
- L'Académie CHUM pour leurs locaux conviviaux

Sur le plan personnel, je souhaite remercier également quelques personnes :

- À mes parents : mon père, pour sa rigueur scientifique, ma mère, pour ses qualités pédagogiques et ma sœur, pour son respect de mon ambition «mystérieuse» académique
- À Dr Claude Blondeau, collègue et ami, pour sa lecture intelligente de mes travaux et pour la constance de ses encouragements.
- À mon amoureux qui s'est fait un devoir de me faire achever ce projet en 2016 pour que je puisse ensuite «faire plus de sport».

- Tous mes amis et mes proches qui ont cru en ma détermination et qui, de par leur amour et leur amitié, me rende une meilleure clinicienne, chercheuse et enseignante.

Avant-propos

Le choix de mon sujet d'étude m'est apparu lorsque, arrivée à l'exercice professionnel de la psycho-oncologie, il m'a été amené d'écouter les histoires que me racontaient les patients atteints de cancer qui m'étaient référés. Ces patients disaient faire l'expérience d'une trajectoire de soins marquée par la rencontre de plusieurs médecins qui leur proposent des traitements et soutiennent un espoir de guérir ou de mieux vivre avec la maladie chronique. Ces narrations venaient compléter ma formation, en me renseignant sur leur vécu expérientiel.

Impliquée dans l'enseignement des médecins-résidents en spécialités oncologiques dans mon milieu hospitalier et universitaire, j'ai aussi été amenée à réfléchir aux compétences relationnelles de bases et plus avancées à développer pendant la formation post-graduée. Constatant parfois, dans le discours de mes patients, des pointes d'insatisfactions quant à la capacité des soignants à bien communiquer et à offrir une écoute de qualité, je me suis mise à réfléchir aux défis pédagogiques liés à l'apprentissage de ce savoir complexe. Plusieurs programmes semblaient recommander des lectures ou la mémorisation des étapes de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, mais sans plus.

C'est dans ce contexte que je me suis intéressée à la question de la formation en matières de communication, et des moyens choisis par les programmes de formation en spécialités oncologiques pour faire progresser leur futurs médecins-spécialistes aux compétences d'écoute nécessaire à l'exercice de soigner et de soutenir. Aussi, comme mes réflexions prenaient racine dans l'écoute de mes patients, je me suis demandée s'il n'y avait pas, là aussi, une opportunité d'explorer comment les patients eux-mêmes pourraient contribuer à relever ce défi pédagogique. L'idée maîtresse qui allait mener vers une question de recherche était née.

INTRODUCTION¹

Le cancer constitue maintenant la première cause de mortalité au Canada [1] et une des premières dans la population mondiale². Malgré les avancées de la médecine contemporaine qui offrent plus de possibilités diagnostiques et un vaste arsenal thérapeutique aux patients atteints de cancer, plusieurs types de cancer se présentent de plus en plus comme une maladie chronique. En effet, les taux de survie de certains cancers continuent d'augmenter significativement[2]. Compte tenu de cette chronicité, les patients atteints de cancer sont de plus en plus longtemps en contact avec leurs médecins spécialisés en oncologie qui les accompagnent dans toutes les phases de la maladie, i.e. depuis l'annonce du diagnostic, en passant par les traitements, puis jusqu'à la rémission, la récurrence ou les stades terminaux. Ils s'attendent d'ailleurs, pendant leur suivi médical, à pouvoir mieux communiquer avec leur médecin, à se sentir écouté et soutenu.

Les instances qui dictent le maintien de compétences en spécialités médicales exigent du médecin spécialiste en cancérologie qu'il soit en mesure d'établir une relation fondée sur une alliance thérapeutique soutenue, d'être «humain» dans ses rapports avec les patients et de favoriser l'expression de leurs émotions et de leurs préférences. Or, ces aptitudes relationnelles doivent s'acquérir et se développer au cours de sa formation pré et post-graduée, notamment par l'enseignement direct de superviseurs compétents en communication ou au moyen de dispositifs pédagogiques dont l'efficacité aura été démontrée.

¹ Le présent document est un «mémoire par articles» qui respecte les règles de rédaction en vigueur dans le document publié par la Faculté des études supérieures et post-doctorales de l'Université de Montréal récemment revue, corrigée et mise à jour et intitulée «Guide de présentation des mémoires et des thèses», juillet 2015. Les co-auteurs de l'article scientifique ont tous donné leur autorisation à ce que cet article qui est prêt pour soumission à un journal figure dans le présent mémoire.

² http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

RECENSION DES ÉCRITS

ÉNONCÉ DU PROBLÈME ET MISE EN CONTEXTE

La communication médecin-patient en oncologie, encore place à l'amélioration

En raison de la menace potentielle que pose le diagnostic de cancer sur leur vie et des multiples défis d'adaptation amenés par la trajectoire de soins, les patients atteints de cancer nécessitent de la part de leur équipe médicale un important soutien informationnel et émotionnel[3]. La communication efficace et centrée sur le patient est d'ailleurs considérée comme un standard de pratique psychosociale en oncologie[4, 5]. On estime notamment que de bonnes aptitudes de communication sont associées à des taux plus élevés de satisfaction des patients, à une plus grande adhésion au traitement, à des réductions des symptômes anxieux ou de la douleur et à une meilleure rétention des informations médicales[4, 6, 7]. De même, les oncologues qui ont de meilleures pratiques en cette matière seraient moins enclins à faire l'objet de plaintes[6].

Malgré cela, les problèmes de communication semblent persister en cancérologie. Les patients rapportent encore insatisfactions et lacunes[4, 7, 8]. Ces déficits se manifesteraient principalement quand il est question d'enjeux complexes et chargés émotionnellement[8]. Les médecins auraient trop souvent recours aux stratégies d'évitement des émotions ou au déni de la souffrance du patient, portant plutôt leur attention sur les informations médicales que sur le vécu subjectif[7]. Les aspects psychosociaux de l'expérience de la maladie seraient également peu explorés et les questions ouvertes peu utilisées[7]. Ces manques de compétences relationnelles atteindraient dans certains cas des taux importants et leur étiologie exacte demeure imprécise, même si certains auteurs considèrent que le stress généré par la rencontre avec des patients souffrants pourrait être en cause (incluant en situation d'annonce de mauvaises nouvelles)[9].

Plusieurs chercheurs et experts en communication rappellent combien la communication efficace dans le cadre des soins oncologiques fait partie inhérente de toute rencontre

médicale, et qu'elle en est même un des buts premiers[3]. Cela implique plusieurs capacités : comprendre les perceptions du patient à propos de sa maladie et de ses impacts; établir une relation basée sur la confiance; écouter, recevoir et explorer les émotions du patient; être en mesure de recueillir de l'information sur les dimensions psychosociales de la vie du patient et de s'y intéresser pour en prévenir les complications; accompagner dans la prise de décisions au cours de la trajectoire de soins[3].

Différents programmes de formations destinées aux «fellows» (résidents qui viennent tout juste de terminer leur résidence) et aux oncologues en exercice ont émergé au États-Unis et en Europe au cours des dernières années[3, 5, 10-13]. Les objectifs généraux de ces entraînements pédagogiques à la communication sont de soutenir les cliniciens en oncologie dans la gestion de l'entretien médical, l'échange d'informations, la réponse aux manifestations émotionnelles des patients, la capacité de construire une relation avec le patient et de s'adapter à leurs besoins cognitifs, émotionnels ou relationnels[14]. Ces programmes sont en général appréciés des médecins[4, 7, 14-16] et permettent aux cliniciens d'adopter plus fréquemment certains éléments techniques et certaines attitudes qu'on appelle la «communication centrée sur le patient»[15]. Une revue Cochrane récente dénotait un nombre croissant de résultats favorables à ce type de communication[17], tels qu'une augmentation des réponses empathiques, plus de temps consacré aux aspects psychosociaux lors des consultations médicales[14], moins de stress professionnel, de même que moins d'épuisement lié au travail chez les participants médecins[17].

Outre ces initiatives s'adressant aux médecins en exercice, d'autres protocoles de communication existent en oncologie (ex SPIKES et FICA) et constituent des standards éducationnels au sein des programmes pré et post-gradués des facultés de médecine nord-américaines³[3, 18, 19]. Toutefois, les résidents en oncologie perçoivent souvent les méthodes d'enseignement des techniques d'entrevue opérationnalisées et des

³ Protocole d'annonce de mauvaises nouvelles médicales résumé par l'acronyme anglais *SPIKES* signifiant: S pour *SETTING UP the Interview*, P pour *Assessing the Patient's PERCEPTION*, I pour *Obtaining the Patient's INVITATION*, K pour *Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient*, E pour *Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses*, S pour *STRATEGY and SUMMARY*.

évaluations sous forme «check list» comme réductionnistes et vides de sens, comme un entraînement presque mécanique à des «comportements acquis»[20]. D'autres données indiquent que ces mêmes résidents estiment que les méthodes pédagogiques sont insatisfaisantes et qu'ils ont peu de modèles de rôle qui leur enseignent formellement ce savoir complexe [20, 21].

Malgré son importance sur le plan clinique, la communication efficace demeure pourtant une compétence peu enseignée aux résidents en oncologie[3, 22, 23]. Certains d'entre eux estiment même que les méthodes pédagogiques pour développer ce savoir complexe sont insatisfaisantes et qu'ils ont peu de modèles de rôle qui le leur enseignent[21], et ce même s'ils croient que l'observation d'un superviseur est la méthode d'apprentissage qu'ils préfèrent[24]. Ils trouveront notamment difficiles dans leur communication avec les patients toute discussion au sujet des enjeux de fin de vie, soutenir l'espoir lorsque le pronostic est sombre ainsi que la gestion des patients hostiles[21]; sujets pourtant très fréquents en pratique oncologique[5, 24].

Aux États-Unis, les directeurs de programme de résidence en oncologie siégeant à l'AGCME (*Accreditation Council on Graduate Medical Education*), l'équivalent du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, se sont d'ailleurs unis avec les experts des programmes d'entraînement à la communication (PEC) en oncologie pour divulguer un curriculum consensuel de formation en communication qui débute en résidence et qui se poursuit durant les années de *fellowship* et d'exercice clinique[4]. Peu d'études ont porté leur attention sur l'efficacité de dispositifs pédagogiques pour développer la communication chez les résidents en cancérologie, à l'exception de trois recherches qui ont avancé des résultats positifs[25-27]. Aucune n'avait par contre porté sur les capacités des résidents en spécialités oncologiques à écouter la narration d'un patient atteint de cancer ou à évaluer sa capacité à explorer ses préférences ou croyances à propos de ses soins et son expérience d'avoir été atteint du cancer.

Enseigner la communication centrée sur le patient : un défi de taille en éducation médicale

On attend du médecin d'aujourd'hui, peu importe sa spécialité, qu'il n'incarne plus seulement le rôle d'expert doté de savoirs bruts, mais bien d'un soignant qui offre un soutien capable de reconnaître la subjectivité de ses patients[28], d'entrer réellement en relation avec eux en faisant preuve d'authenticité et d'humanisme[29]. Il doit adopter une approche centrée sur le patient (qui comprend notamment le respect des valeurs, préférences et besoins du patient, de même qu'un soutien affectif [28]). Plusieurs experts et instances du domaine de l'éducation médicale[30, 31] recommandent d'ailleurs aux programmes de spécialités médicales de valoriser davantage que c'est le cas actuellement les compétences communicationnelles et relationnelles.

Plusieurs modèles conceptuels de la communication centrée sur le patient ont émergé dans les dernières années pour en faciliter l'enseignement en médecine (voir annexe 5)[6, 29, 32]. Selon ces modèles, communiquer efficacement voudrait aussi dire prendre le temps de comprendre le comportement du patient lié à la maladie et au traitement. Pour arriver à atteindre ces objectifs, le clinicien doit avoir authentiquement de l'intérêt envers le patient en tant que personne, éliciter les perceptions des patients à propos du problème pour lequel ils consultent ou à propos de leur maladie, explorer avec eux l'impact entier de la maladie (en étayant une compréhension de contexte unique psychosocial et culturel), à éliciter les buts, les idées et les décisions des patients pour finalement atteindre une compréhension partagée des problèmes du patient et des traitements qui est en cohérence avec ses valeurs.

Inspirés par ces modèles, plusieurs programmes pédagogiques et méthodes d'enseignement et d'évaluation visant l'optimisation de la communication ont donc vu le jour ces dernières années dans le cursus médical[29, 33, 34]. Au niveau pré-gradué, la nécessité de développer la communication n'est plus à démontrer et a résulté en de réelles opportunités d'apprentissage[29]. Malgré ces efforts auprès des étudiants pré-gradués, les compétences communicationnelles s'avèrent encore très peu enseignées ou évaluées au niveau post-gradué[33-38]. [6, 29, 32]. Peu d'occasions sont en effet offertes aux résidents lors de la formation post-graduée pour optimiser cette compétence[33, 34, 37, 38] d'autant qu'on a effectivement documenté un déclin dans la

capacité d'empathie [39] et de communiquer adéquatement avec les patients au cours de la formation médicale[33, 40-42]. La façon dont on pourrait maintenir un progrès d'acquisition de cette compétence au niveau post-gradué demeure un objet d'études en éducation médicale.

Apprendre à mieux communiquer en écoutant l'histoire d'un patient partenaire

Écouter les préférences, les croyances et les perceptions des patients à propos de leur maladie et de leurs expériences de soins constitue une composante essentielle à la communication efficace en médecine. L'histoire que les patients racontent n'a pas que des vertus diagnostiques ou thérapeutiques, elle constitue également la rare partie subjective de l'évaluation du clinicien et une occasion de connaître le patient comme personne[43]. À ce titre, la médecine narrative est un courant qui valorise le développement de la compétence narrative des futurs médecins[44]. Ce courant très en vogue depuis le début des années 2000 porte son attention sur plusieurs types de narrations[45-49]. Il sera question dans notre étude de la narration de la maladie (*illness narrative*) au sens d'une expérience qui a du sens pour le patient et qu'il veut bien raconter à un soignant ou un apprenti soignant [45, 50]. L'usage de la narration en médecine a fait l'objet de plusieurs publications[45, 51]. Plusieurs innovations pédagogiques s'inspirent aussi de ce courant[46, 47, 52, 53].

Être capable de recueillir la perception du patient face à son expérience de la maladie permet de mieux saisir la réaction du patient face à certains traitements offerts, mène à une meilleure compréhension du vécu subjectif du patient, de ses réactions psychologiques à la maladie, à ses préférences de soins (incluant l'observance), et potentiellement à une meilleure appréciation des médecins par leurs patients[54]. Seulement, on en sait peu sur la réaction des résidents, lorsque, en formation, ils sont invités à accomplir une telle tâche dans leur communication avec le patient. À ce sujet, une récente recherche en soins palliatifs a révélé que de permettre aux résidents d'entendre l'histoire de vie d'un mourant était pédagogiquement intéressante[55]. Les résultats de cette étude révèlent que les résidents ont dit que «l'art de solliciter l'histoire d'un patient est pauvrement enseigné» et peu démontré par les modèles de rôles.

Le cursus médical offre encore peu d'occasions d'apprendre formellement à éliciter la narration du patient au sujet de sa maladie. Peu d'outils pédagogiques validés permettent de formaliser ou d'opérationnaliser la façon de questionner l'histoire d'un patient au sujet de son expérience personnelle en tant que malade, de ses préférences en matière de soins et de ses valeurs. En recherche qualitative, le *McGill Illness Narrative Interview (MINI)*[56, 57] constitue un questionnaire semi-structuré, spécifiquement développé pour explorer la perception que les patients ont de leur maladie dans leur vie, et validé dans plusieurs domaines médicaux (psychiatrie, rhumatologie, cardiologie, etc.). Le MINI a été développé à l'Université McGill[56] et s'est avéré être l'objet de plusieurs publications et un outil de recherche qualitative de plus en plus connu.

Un des moyens pour enseigner ces aspects cachés du curriculum, de sensibiliser les résidents à la notion de subjectivité ou de la dimension expérientielle du malade est d'impliquer des patients partenaires dans l'enseignement. Parmi les dispositifs novateurs d'enseignement de la communication, certains ont recours à l'implication de patients réels[58] et visent la sensibilisation aux enjeux existentiels ou expérientiels de la maladie. Ces patients qu'on appelle maintenant les patients partenaires[59, 60] sont porteurs d'une histoire bien réelle et ont la capacité de soutenir les efforts de l'enseignement médical actuel qui vise à maintenir l'étudiant dans un environnement le plus réel possible[61]. Apprendre la médecine au contact de patient réel a été historiquement la pratique pédagogique la plus commune en éducation médicale et ce depuis plusieurs années[62]. Le courant des patients partenaires visent à impliquer activement de réels patients dans l'enseignement des étudiants en médecine est en essor et fait l'objet de plusieurs recherches[61-64], incluant à l'UdeM où on assiste à un changement de paradigme[59, 60] : on perçoit maintenant le patient de plus en plus comme un partenaire dans l'éducation des médecins en formation[61, 62, 65, 66], détenteur d'une compétence unique. Il est aussi reconnu que pour enseigner la communication et les autres compétences relationnelles de l'éventail CanMEDs, le recours à l'implication d'un patient réel est un atout majeur[62]. C'est ce que nous

proposons dans notre présent devis d'autant que cette implication de patients réels et formés pédagogiquement ne semble pas avoir fait l'objet d'étude auprès de résidents en oncologie.

QUESTION DE RECHERCHE

Comment est vécue l'expérience de communication d'un résident lors d'une intervention narrative avec un patient partenaire ayant été atteint d'un cancer ?

OBJECTIFS DE RECHERCHE

1. Décrire et analyser l'expérience de communication vécue par les résidents et les patients lorsque les résidents élicitent la narration de la maladie d'un patient atteint de cancer
2. Décrire et analyser comment les résidents et les patients perçoivent la valeur pédagogique d'une intervention narrative pour l'apprentissage de la communication

L'article qui est présenté dans la prochaine section sera soumis pour publication après traduction et révision des auteurs principaux. Il est prévu qu'il sera proposé à un journal de pédagogie médical (voir prochaine section), *Academic Medicine*. Dans cet article, une brève description de l'intervention narrative est offerte aux lecteurs puisqu'elle n'est pas décrite ailleurs dans la littérature. Étant donné que l'article scientifique résume en partie le protocole et la recension des écrits, il faut s'attendre à certaines redondances avec le contenu du mémoire.

L'auteur principal a effectué la recension des écrits seul, mais a élaboré l'intervention narrative et procédé à la collecte de données, de même qu'à l'analyse en collaboration avec les autres chercheurs de l'équipe de recherche. Des patients partenaires ont été

invités à commenter le protocole de recherche de même que les questionnaires soumis aux participants. Tous les co-auteurs seront appelés à réviser le texte de l'article avant soumission.

RÉSULTATS (article scientifique prêt pour soumission après autorisation des auteurs et révision)

TITLE

Learning to communicate in oncology: resident physicians listening to patient-partners

AUTHORS (in order)

Jacynthe Rivest, MD, FRCP(C) – **Physician - psychiatrist, CHUM and CRCHUM**

Philippe Karazivan, MD, MA – **Family physician, CRCHUM**

Flora, Luigi, PhD, Education and partner patient research, Experice, Paris 8 Paris Lumière, France - Office of Collaboration and Patient-Partnership, medicine Faculty, University of Montreal

Carole Lambert, MD, FRCP(C), MA – **Radiation oncologist, CHUM**

Constantin Tranulis, MD, FRCP(C) – **Physician - psychiatrist, IUSMM**

Serge Daneault, MD, Ph. D., FRCP(C) – **Palliative care physician, CRCHUM**

Corresponding author:

Jacynthe Rivest

CHUM, Department of Psychiatry,

1000, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 0C1

Email: jacynthe.rivest@umontreal.ca; Tel.: (514) 890-8000, ext. 10653.

INTRODUCTION

Over the years, cancer's care trajectory has lengthened, marked sometimes by recurrences or remissions, or, more often, by a slow progression toward more advanced or terminal stages. Postgraduate training in oncology specialties, including radiation oncology, medical oncology, and surgical oncology, has, in this respect, become an educational challenge, in that it must prepare future physicians to accompany and support patients through all these phases of the illness. To meet these practice standards in oncology, resident physicians need to develop their communication and relational capacities,⁴ even if their programs provide very little training in this area².

Communicating effectively with patients who have cancer

Communication skills, including maintain good-quality communication with a patient, are important in oncology, where patients are confronted with a major stressor and present all sorts of unmet needs³. It has been estimated that around 40% of patients with cancer will present high rates of distress that will require support and a referral from their physician for specialized intervention⁴. Despite recommendations calling for oncology specialists to maintain advanced competencies in communication, patients continue to complain of shortcomings in this regard among their physicians⁵.

Teaching patient-centred communication: a major challenge in medical education

While medical students, during their internship, undergo training to help them learn to communicate more effectively, it appears their empathy tends to diminish and their communications skills to stagnate during their residency^{6,7}. In fact, residents consider that they receive little specific training regarding communication in their postgraduate program. They also note several obstacles to such learning⁸ and lament the lack of role models during their residencies⁹. Teaching initiatives documented in the literature rarely address exploring patients' stories and becoming more aware of their subjective experience of illness, but instead focus on structured protocols^{10,11}. The approaches to

⁴ Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, requirements for postgraduate training programs in radiation oncology, gynecological oncology, and general surgery.

foster development of physician–patient communication are still under research investigation¹²⁻¹⁵.

Listening to the patient-partner’s story to learn how to better communicate

Understanding the patient’s illness narrative is the starting point for any therapeutic relationship¹⁶ and is one of the basics in medicine^{17,18}. For this reason, narrative medicine¹⁸ focuses specifically on this interest in the patient’s story. This movement promotes the development of future physicians’ narrative competence¹⁹ and emphasizes its importance in medical practice and teaching^{18,20-23}. A recent qualitative study in fact showed that enabling resident physicians in psychiatry to listen to the life narrative of persons nearing the end of their life, via the administration of a semi-structured questionnaire,⁵ could be pedagogically useful and valuable for learning to understand the life story of a patient in the terminal phase of illness²⁵.

The contribution of patient-partners in postgraduate training is gaining wider acceptance in medical education^{26,27}. Their involvement in various stages of training is, in fact, aimed at making future physicians aware of the experiential dimensions of illness, as well as to value patients’ expertise²⁸: which is “living with illness” and “experiencing healthcare”. The care partnership model is based on complementary competencies: the health professional’s scientific and academic knowledge, and the patient’s experiential knowledge. In contrast to the tradition of using simulated patients, this type of training model recruits, trains, and engages real patients, to work with health sciences students and sensitize them to these subjective realities experienced by patients.

As such, our aim in this study was to explore the experience of resident physicians engaging in a illness narrative interview with a patient-partner who has cancer. More specifically, our research objectives were to:

1. describe the communication experience of residents and patient-partners while sharing their experiential knowledge regarding being diagnosed with and treated for cancer;

⁵ Patient Dignity Inventory, developed by H.M. Chochinov.

2. explore the subjective pedagogical value of such an intervention to teach communication from the residents and patient-partners perspectives.

METHODOLOGY

This is a qualitative exploratory study²⁹ with a phenomenological theoretical framework. Through conducting individual interviews, analyzing them, and identifying emerging themes, our aim was to gain a deeper understanding of the experience of narrative communication of the resident and patient-partner dyad.

The research team invited patient-partners to meet with resident physicians undergoing postgraduate training in an oncology specialty to tell their story of having cancer in a session lasting 30 to 60 minutes. To focus this meeting specifically on the patients' stories about their "living with illness", residents were trained to use the interview grid of the McGill Illness Narrative Interview (MINI)^{30,31}. MINI is a semi-structured questionnaire developed to explore patients' perceptions of their illness and is validated in several medical fields (psychiatry, cardiology, etc.)^{30,31}.

Procedures¹⁰, study locations, and participant characteristics were systematically documented. The research design was approved by the scientific and research ethics committee of our teaching hospital.

The authors identified their explicit assumptions at the outset in developing the protocol. The first was the belief that narrative medicine would be useful in pursuing the stated goal, which was to develop better communication competencies. The second was the belief that patient-partners could play an important role in training future physicians, particularly by encouraging their capacity to take into account patients' perceptions and experiences in how they provide care and conceive of the medical act²⁸. The last key assumption was that an understanding of residents' reactions to a teaching experiment seemed to be a necessary prerequisite to creating a postgraduate training program on communication in oncology.

Recruitment

Theoretical sampling^{32,33} was used to select participants from whom we might learn the most about the phenomenon under study by highlighting new perspectives^{29,33}. Resident in radiation oncology, surgical oncology, and medical oncology (Table 2) were recruited by email either directly or through their academic program director. Patient-partner were recruited by the medical faculty office that developed the Montreal Model [59, 60] and has trained more than 300 patients to contribute to medical education⁶. The used inclusion criteria are listed in Table 1. A brief written questionnaire was used to establish participants' profiles (Table 2). The sample consisted of six different residents and three patient-partners, each doing two interviews. According to Kuzel's premise, with a sample size of five to eight from a homogeneous group achieve saturation was possible³⁴.

Patient-partner involvement in the study

Following the philosophy of partnership²⁶, we involved patient-partners in several stages of the research (protocol development and data collection, results analysis, discussion group participation, article redaction) to obtain feedback on the appropriateness of the design developed, the narrative intervention, the content of the questionnaires to be completed by the patient-partners, and the choice of instrument to guide the residents in their interviews with them.

Data collection

After the illness narrative encounter between the resident and the patient-partner, two researchers conducted and audio-recorded²⁶ individual semi-structured interviews of 45 to 60 minutes to explore the participants' experience. We organized 6 half-days of interviews in our hospital over two months in order to make a schedule that would insure the presence of a patient and a resident in dyad. Each time, a dyad was formed with a resident and a patient. Every time, we would start with an explanation of the process to resident and patient, before asking the resident to performed the narrative intervention in

⁶ Idem.

collaboration with the patient. After the intervention, we administered a questionnaire to the resident who just performed the intervention (and before he would have to go back to his training) and, then, 30 min after, we asked the resident the same questions during another encounter. We performed thus 12 interviews. Our questionnaire was a semi-open questionnaires ³² (Table 3) inspired by the questionnaire developed by Tait and Hodges. Recordings were transcribed and analyzed as each was completed, and we adjusted the questionnaire after each interview, in accordance with the iterative design. Dominant themes emerged after four interviews, and the grid was modified for subsequent ones. As saturation was reached after 10 interviews, the analysis of the last two interviews did not generate more themes, but rather confirmed the stability of our theoretical categories and their properties²⁹.

Data analysis

The transcripts were open coded and a grid was created progressively as data were collected. Emerging themes were identified until saturation was reached. Triangulation was used throughout the analysis. The analysis generated four themes (Table 4).

RESULTS

Little training provided on communication during residency

The resident physicians reported non-existent or inadequate postgraduate training on communication, including on narrative approaches. With one exception, the residents also said they did not have any role models, feedback, or teaching regarding effective communication between a cancer specialist and patients. The residents also pointed to the pedagogical impasse now facing them, meaning the difficulty of conducting other narrative interviews like those they had just completed, because they had not been taught to do it in their training. For this reason, they wanted concrete tools to better guide interviews with patients, learn to get to know them, and take time in their everyday practice to listen to their narratives:

R⁷ — “It isn’t only the questions that are different, but also the type of response that is different. We don’t really know how to manage this: do I take the facts in the responses, or do I take everything?”

The patient-partners also reported that they had not done such narrative interviews with their own treating physicians. However, all patients said that having the opportunity of expressing themselves more personally should have a place in their medical encounters.

P — “But the idea is that, the better you know your patient, the more you’ll know what to say and when, and when to be quiet, or when to interpret.”

Patient-partners’ expressions of empathy for resident physicians

On several occasions the patient-partners in this study expressed empathy toward the residents, as well as toward the physicians they had encountered over the course of their care.

P — “I think, I felt she was asking herself, ‘Do I ask him? Maybe she was afraid of hurting me... Because, when you talk about that, it brings back a lot of emotions.’”

Obstacles to effective communication in oncology

All the subjects noted several obstacles to effective communication or to narrative encounters in oncology, as well as to the teaching or learning of this competency. All the residents mentioned a lack of time. Residents and patients considered the expectations for technical performance during training to be high, and a resident suggested that exploring the patient’s history was not as high a priority as other tasks to be performed in clinical practice.

R — “Given that we don’t have much time, we focus more on things that are medical, physical...”

P — “We sense it if they’re checking to see if they’ve gone off their schedule... The non-verbal says as much as...what’s said.”

Other patient-partners noted that listening to patients’ histories every day in medical practice, especially with regards to the various impacts of illness on the patients’ lives, required empathy and exposed physicians to the risk of being worn down and becoming less compassionate, a phenomenon frequently observed in oncology clinicians³⁵:

⁷ R designates a resident, while P designates a patient partner.

P — “[It’s demanding] ⁴ to get to know the patient, because it requires empathy.... If I hear a lot of [stories] over the course of a day, I can become desensitized, or become overly sensitive and then take it on myself...”

Diverse reactions to the communication experience

The patient-partners considered that their narrative encounter had therapeutic benefits, even when their experience of illness or treatment was behind them. Others said that telling their story to a resident physician who would be treating patients like them gave them a positive feeling, or that being heard by this future specialist in oncology was reassuring.

They also considered this experiment to be beneficial for the fact that they were able to relate their story without the inevitable time pressure associated with medical visits. This enabled them to see their story from a different perspective and sometimes to become aware of phenomena they had not noticed before, as if the narration had given them an opportunity to reflect on their experience or humanized the ordeal of illness.

P — “I’m also fascinated to see the impact it has on me. Because it makes us reflect on ourselves.”

Most of the residents said they were satisfied with their participation, seeing in it a certain pedagogical value. Some residents also estimated that the patient’s “ventilation” could be therapeutic as they have been heard about reported problems in communication with other physicians. Yet residents considered that such communication was clinically optional. This dissonance is well illustrated here :

R3 — “Telling it to his friend won’t produce the same satisfaction. It’s more of a responsibility in the sense that we’ve been part of the experience with him, so we should listen, even if it’s not something that will be useful to us.”

One unexpected findings was that some participants found their communication experience difficult in certain respects. Some residents said they considered they had not been trained to perform adequately in this exercise, or to discern what was and was not clinically significant in the patient’s narrative.

R — "To some extent, it takes us outside our comfort zone because we're very automatic in how we do our interviews. That is, we adjust them to each patient, but still, we have a structure that we've incorporated since starting our residency."

Some mentioned that listening to the patient's subjective or emotional experience had made them uncomfortable. One resident was shaken up by the narrative of a patient-partner, which reminded of the illness of a loved one. Support was offered, but declined.

DISCUSSION

To our knowledge, no study has qualitatively explored the experiences of being engaged in such narrative interventions. However, our results are consistent with the medical education literature: engaging patient-partners in medical training helps raise awareness of the patient's illness experience and communication training needs remain unmet in oncology, despite many formal recommendations and recent teaching initiatives^{12-15,35-40}. This situation represents an interesting paradox in medical education: generations of students receive little training in physician-patient communication, and then when they enter into professional practice, they are most often unable to serve as role models for the next generation.

Our results suggest that the narrative intervention allowed the residents to hear patients' detailed reports on medical encounters—the words chosen by the physician, non-verbal signs of reticence or distraction (persistently looking at the computer screen), etc. The intervention appears to have provided an opportunity for residents to realize that patients are sensitive to their communication and relational skills. This encounter helped the resident physicians see the patients not just as a «set of symptoms» or "a case", but actually as «people» with their own subjective reality, with whom they have no alternative but to enter into relationship with empathy and respect.

All residents reported not having been trained to offer good-quality listening, nor to acknowledge the patient's lived experience or to encourage emotional expression. When listening to the patient's personal history, they did not know how to identify what

types of information being communicated were significant. Recent literature points out that both undergraduate and postgraduate training have in fact focused more on normative, measurable, and generalizable methods of physician–patient communication—that is, diagnostic interview management techniques, questionnaires targeting a single dimension of the person (e.g. FICA)⁴¹, or protocols (such as for delivering bad news^{10,11})—and not on reflexive or narrative methods that might involve listening competencies.

The second question was whether the residents thought they should be interested in the patient’s experience as a matter of being human or empathetic with them, or whether they believed it was really useful in order to be a competent physician. While this question remained unanswered by residents, the usefulness of the approach was endorsed by patient-partners.

Thirdly, we sometimes observed a blurring of the carer-patient divide, with patient-partners expressing a potentially stronger capacity for empathy than that of the residents. For example, a resident perceived (sometimes mistakenly) that the patients might not “want” to talk about certain aspects of their lives with their physician, such as sexuality, whereas the patient-partner said that, on the contrary, sensing it was the resident who was avoiding those questions.

Finally, the patient-partners reported that the experience gave them a reflexive and potentially therapeutic space in which to “reveal themselves” to another physician who had more time and offered a fresh look at their subjective experience. In fact, narrative medicine is often based on the premise of such benefits^{17,19,21-23}. These observed differences in perceptions appear to be closely related to the notion of empathy in medicine, a complex and relational competency that has been the subject of numerous publications and much controversy in medical education. In oncology, more specifically, this capacity can also be altered or affected by compassion fatigue that may arise among practising physicians as they accompany seriously ill patients³⁵.

Conclusion

At the end of our study, we concluded that the participants generally appreciated having experienced the narrative intervention, even if it occasionally caused discomfort for some of them. The patient-partners showed considerable empathy for the resident physicians. The latter noted significant training gaps in their training with regard to communication and relational competencies, such that they felt inadequately equipped, which the patient-partners regretted.

As our design was qualitative, our aim was not to study the effectiveness of our narrative intervention carried out, but rather to open new avenues for reflection and action in both teaching and research. Based on our results, we suggest that protected, 'emotionally safe' settings for resident physicians to train communication competencies should be developed.

Engaging patient-partners in such teaching could be a powerful means of heightening students' awareness of human realities and experiences, both of which are important for an oncology specialist to understand. These teaching interventions could help future physicians become aware of how they communicate, listen to a history, or enter into relationship with the patients they are treating for diseases that are potentially fatal, or that impose a burden of loss and bereavement.

Acknowledgments

- Research subjects: patient-partners and residents, for their generosity
- Research team, Supervisor and co-supervisors in the master's program
- For assistance in recruitment
 - Dr. Alain Bestawros and Dr. Jean-Luc Dionne (medical oncology program directors)
 - Dr. Ramses Wassef (surgical oncology)
 - Dr. Simon Turcotte (surgical oncology)
 - Dr. Carole Lambert (director, radiation oncology program, 2014)
- Office of Collaboration and Patient-Partnership, University of Montreal
- Resident coordinator of the medical oncology program
- Colleagues who participated in the revision: Dr. Leclair and Dr. Gupta

TABLES AND FIGURES

TABLE 1. Inclusion criteria for participants

<p>Resident physicians</p> <ul style="list-style-type: none"> - is a resident in medical oncology, surgical oncology, or radiation oncology at the University of Montreal - completed the internal medicine common core (for residents in medical oncology) - able to be freed up from the residency for about 2.5 hours in spring 2015 - has signed the resident physician consent form
<p>Patient-partners (for the discussion group or the narrative intervention)</p> <ul style="list-style-type: none"> - has been diagnosed with cancer and is in remission - has undergone chemotherapy and or radiation therapy - has been trained as a patient-partner in the medical education program - is available for a full day in spring 2015 - has enough energy to engage in two consecutive half-days of interviews - has signed the subject participation consent form - did not have the participating residents as treating physicians

TABLE 2. Participant profiles

	Resident physicians (n = 6)
Sex	Male: 1 Female: 5
Residency training level	R1: 1 R2: 2 R3: 1 R4: 0 R5: 2
Residency program	Radiation oncology: 3 Surgical oncology: 2 Medical oncology: 1

	Patient-partners (n = 6)
Gender	Male: 2 Female: 4
Age	Between 31 and 79 years
Tumour site	Lymphoma: 2 Thyroid: 1 Breast: 1 Prostate: 1 Leukemia: 1
Cancer severity	Non-metastatic: 4 Metastatic: 2

Oncology treatments received	Chemotherapy: 3 Radiation therapy: 2 Surgery: 3 Hormone therapy: 1 Stem cell transplant: 1
Type of participation	Focus group: 2 Narrative intervention: 4

TABLE 3. Questionnaires for semi-structured interviews for data collection

Questionnaire for resident physicians
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is this like anything you already do or have seen done in your practice? ▪ What more did you find out from this type of interview (as opposed to the usual clinical interview)? ▪ Is there any clinical value to knowing these additional elements of the patient's history? ▪ How was this experience, for you, of communication with a patient-partner (outside your comfort zone? too long? routine? too conventional? too "imc-idc" [introduction to clinical method, introduction to clinical process]?) ▪ Have you retained anything for your practice based on the patient's unique history? ▪ What sections: <ul style="list-style-type: none"> ○ were difficult for you? ○ were the most interesting? have stayed with you? ○ made you more uncomfortable? ▪ How do you think the patient felt about this interview with you? ▪ Talk about the MINI questionnaire ▪ Why isn't this done in clinical practice? (pourquoi les astérisques?) ▪ How do you feel when the patient tells you about unhappy or unsatisfactory experiences of communication with other physicians? Is there a generational effect?

Questionnaire for patient-partners
<ul style="list-style-type: none"> ▪ The information you related or revealed today, have you ever had the opportunity to share this before, in your experience as a patient? (pourquoi les astérisques?) ▪ Do you think the resident learned anything in this contact with you? If yes, what? ▪ Do you think it's important for your oncology specialists to know all this additional information about your story to do their job well? What does your story have to do with other patients – what will the resident take away from it for his/her practice? ▪ How was this experience for you? And for the resident? ▪ Could you talk about the types of questions you were asked? Is this a good questionnaire? Are there parts that are: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficult? ▪ Missing? ▪ Important? ▪ When did you sense that the resident was most interested in what you were saying? ▪ Do you think this intervention could add something to the training regarding communication in oncology, or not? ▪ Why isn't this done in clinical practice? (pourquoi les astérisques?) ▪ Do you think there is a generational effect in communication styles? ▪ What will you be thinking about tonight?

TABLE 4. The most significant emergent themes

Emergent themes
Little training on physician–patient communication
Obstacles to effective communication in oncology
Patient-partners’ expressions of empathy for resident physicians
Diverse reactions to the communication experiment

References

1. Société canadienne de cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2014. In: cancer CcdlScd. Toronto (Ontario): Société canadienne du cancer; 2014.
2. Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. "Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2012;27(4):786-789.
3. Clover KA, Mitchell AJ, Britton B, Carter G. Why do oncology outpatients who report emotional distress decline help? *Psycho-oncology*. 2015;24(7):812-818.
4. Howell D KH, Esplen MJ, Hack T, Hamel M, Howes J, Jones J, Li M, Manii D, McLeod D MC, Sellick S, Riahizadeh S, Noroozi H, & Ali M on behalf of the Cancer, Cancer. JAGotCPA. A Pan Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, Anxiety) in Adults with Cancer. In: *Psychosocial CPACCJAGatCAo, Oncology*. Toronto 2015.
5. Street RL, Jr., Gordon H, Haidet P. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social science & medicine*. 2007;65(3):586-598.
6. Newton BW. Walking a fine line: is it possible to remain an empathic physician and have a hardened heart? *Frontiers in human neuroscience*. 2013;7:233.
7. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med*. 2008;83(3):244-249.
8. van den Eertwegh V, van Dalen J, van Dulmen S, van der Vleuten C, Scherpbier A. Residents' perceived barriers to communication skills learning: Comparing two medical working contexts in postgraduate training. *Patient education and counseling*. 2014.
9. Samant R, Aivas I, Bourque JM, Tucker T. Oncology residents' perspectives on communication skills and shared decision making. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*. 2010;25(4):474-477.
10. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current opinion in oncology*. 2005;17(4):331-335.
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliner G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000;5(4):302-311.
12. Wouda JC, Hulsman RL. Pathways towards designing effective medical communication curricula. *Patient education and counseling*. 2013;93(1):1-2.
13. Wouda JC, van de Wiel HB. Inconsistency of residents' communication performance in challenging consultations. *Patient education and counseling*. 2013;93(3):579-585.
14. Wouda JC, van de Wiel HB. How to attain expertise in clinical communication? *Paediatric respiratory reviews*. 2013;14(4):213-218.
15. Wouda JC, van de Wiel HB. Education in patient-physician communication: how to improve effectiveness? *Patient education and counseling*. 2013;90(1):46-53.

16. Lethborg C, Aranda S, Kissane D. Meaning in adjustment to cancer: a model of care. *Palliative & supportive care*. 2008;6(1):61-70.
17. Bleakley A. Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education. *Med Educ*. 2005;39(5):534-540.
18. Shapiro J. Illness narratives: reliability, authenticity and the empathic witness. *Medical humanities*. 2011;37(2):68-72.
19. Charon R. What narrative competence is for. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2001;1(1):62-63.
20. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Acad Med*. 2009;84(2):192-198.
21. Charon R. At the membranes of care: stories in narrative medicine. *Acad Med*. 2012;87(3):342-347.
22. Charon R. The patient-physician relationship. *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2001;286(15):1897-1902.
23. Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Annals of internal medicine*. 2001;134(1):83-87.
24. O'Mahony S. Against narrative medicine. *Perspect Biol Med*. 2013;56(4):611-619.
25. Tait GR, Hodges BD. Residents learning from a narrative experience with dying patients: a qualitative study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013;18(4):727-743.
26. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al. [The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals]. *Sante publique*. 2015;27(1 Suppl):S41-50.
27. Pomey MP, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. *PLoS One*. 2015;10(4):e0122499.
28. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*. 2015;90(4):437-441.
29. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ.com*. 2008;337:a288.
30. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcult Psychiatry*. 2006;43(4):671-691.
31. Groleau D, Whitley R, Lesperance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place*. 2010;16(5):853-860.
32. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. *BMJ Books ed*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
33. Kuper A, Lingard L, Levinson W. Critically appraising qualitative research. *Bmj*. 2008;337:a1035.
34. Kuzel AJ, Engel JD, Addison RB, Bogdewic SP. Desirable features of qualitative research. *Fam Pract Res J*. 1994;14(4):369-378.
35. King A, Hoppe RB. "Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. *Journal of graduate medical education*. 2013;5(3):385-393.

36. Back AL, Arnold RM, Tulskey JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol*. 2003;21(12):2433-2436.
37. Levinson W, Pizzo PA. Patient-physician communication: it's about time. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2011;305(17):1802-1803.
38. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health affairs*. 2010;29(7):1310-1318.
39. Epstein RM, Street RJ. *Patient-centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. National Institutes of Health Publication ed. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH publication; 2007.
40. de Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient education and counseling*. 2009;74(3):287-294.
41. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2013;63(4):280-289.

DISCUSSION

La présente étude révèle que l'expérience de communication entre un médecin-résident et un patient partenaire ciblant les aspects expérientiels s'avère un phénomène complexe et qui mérite l'attention des chercheurs. Plusieurs des résultats obtenus sont en phase avec la littérature existante tant en éducation médicale et qu'en oncologie. On pense notamment à la perception des résidents au sujet de leur formation insuffisante en matière de communication médecin-patient, aux insatisfactions des patients quant à la qualité de compétences communicationnelles et relationnelles de leurs spécialistes en oncologie, aux barrières à la communication efficace sur le terrain clinique (ex. manque de temps, culture favorisant les aspects médicaux, peu de modèles de rôle, etc.) ou finalement, à l'enthousiasme des patients partenaires à s'engager dans l'enseignement médical. Ces résultats semblent aussi en phase avec la pratique clinique en oncologie psychosociale. Les défis relationnels qui surviennent tous les jours avec les patients à qui on prodigue des traitements contre un cancer sont nombreux. Dans ma pratique clinique de psychiatre spécialisée en oncologie, bon nombre de patients me racontent comment la communication est à la fois cruciale dans leur expérience de soins (et on oserait dire, dans leur expérience humaine d'être malade), à la fois déterminante pour établir une relation de confiance avec leur médecin qui a, de l'avis des patients, «leur vie entre les mains». Cet échec de communication a un impact important sur la qualité des soins et semble prendre racine dans la formation médicale, puisque les qualités communicationnelles, telles que rapportés par les patients, tiennent plutôt de l'exception que de la règle.

Plusieurs questions demeurent par contre en suspens et mériteraient l'attention des chercheurs. D'abord, notre devis n'a pas été élaboré dans une visée déductive et ne permet pas de défendre ou confirmer l'efficacité de notre intervention narrative. Cette avenue serait toutefois sans doute une étape déterminante à franchir d'un point de vue épistémologique. Dans cet optique, il serait aussi pertinent d'explorer comment une intervention narrative comme nous l'avons développée pourrait ou pas permettre au médecin-résident de mieux comprendre que le patient a une expérience on ne peut plus

subjective de sa maladie et de ses soins, et que cette expérience s'inscrit dans une trajectoire de vie unique et particulière. Si c'était le cas, cela pourrait bonifier la formation en matière de communication, compétence-clé de l'exercice médical, incluant en spécialité oncologique. Lors de la formation en psychiatrie, les médecins-résidents sont rapidement sensibilisés aux enjeux de communication avec leurs patients, l'entrevue constituant l'outil d'évaluation de choix, sur lequel repose même l'acuité diagnostique. Ils reçoivent également une rétroaction spécifique à la compétence de communication puisqu'ils sont souvent évalués lors d'entrevues dites au miroir, c'est-à-dire en supervision directe alors qu'un patient hospitalisé accepte de se prêter au jeu de raconter son histoire. Ce contexte d'apprentissage et d'évaluation rappelle ici le dispositif narratif mis en scène par notre recherche, d'abord parce qu'il s'agit d'une histoire racontée par la personne ayant réellement souffert d'une maladie, puis aussi parce que le patient se retrouve à être partenaire du développement des compétences du médecin en formation.

Autre question soulevée par notre devis a trait aux défis pédagogiques de l'apprentissage de la compétence de communication, bien établis dans les écrits. Cela l'est peut-être encore davantage en oncologie où il est notamment documenté que les oncologues tendent à éviter les enjeux psychosociaux et les aspects émotionnels lors des rencontres médicales[7, 16]. Il est vrai que cet aspect est d'ailleurs remarquée en pratique clinique alors que les patients rapportent qu'ils ont peu l'impression qu'il y a de la place aux émotions dans leurs entretiens avec leur équipe médicale. En cohérence avec ce constat de la pratique clinique, les sujets résidents de notre devis ont parfois fait état d'une impression de ne pouvoir bénéficier de modèles de rôle dans leurs milieux cliniques pour améliorer leurs compétences en communication. Il serait intéressant à ce sujet de sonder les résidents et les superviseurs sur leurs perceptions de cet enjeu, et comment il pourrait être contourné lors de la formation post-graduée. L'autre défi pédagogique qui a émergé de notre recherche est celui de la perception selon laquelle la connaissance de la vie du patient ou de son histoire telle qu'il le raconte n'est pas nécessairement utile (outre pour le fait que cela peut aider le clinicien à référer le patient à des services psychosociaux et non pas à lui offrir du soutien lui-même d'ailleurs). Cela

constitue en effet un défi puisque cette perception pourrait limiter l'apprentissage d'un médecin-résident d'abord parce qu'il est possible que son superviseur pense la même chose et parce que cela pourrait le rendre résistant au changement ou fermé à un nouvel apprentissage.

Un de nos résultats obtenus est apparu inusité, tel que mentionné dans l'article : il se retrouvait dans notre corpus de données et a émergé de notre analyse, mais s'est aussi observé lors de l'intervention narrative auquel les chercheurs ont assisté. Il s'agit des manifestations d'empathie évidentes des patients partenaires d'abord dans leur discours à l'endroit des médecins spécialistes, puis envers les médecins-résidents qui jouaient le jeu avec eux lors de l'intervention narrative. Il serait intéressant d'explorer ce phénomène dans le cadre de la participation des patients partenaires dans l'enseignement médical, puisque ceci pourrait en effet être une autre manifestation de la chute de l'empathie que l'on retrouve débiter chez l'externe en médecine et qui peut persister à la résidence. Il est surprenant de penser que ce sont les patients partenaires qui manifestent davantage leur empathie à l'étudiant plutôt que l'inverse, surtout dans le contexte où le patient raconte son expérience très personnelle de son vécu avec une maladie grave aux impacts fréquents et importants. Il est vrai que lors de notre formation médicale, et même au moment de se retrouver dans la posture du superviseur, il arrive souvent que les patients vont tentés de démontrer à l'enseignant que l'étudiant a «tout fait ce qu'il fallait» lors de son intervention avant celui du superviseur, comme par empathie pour celui qui apprend, en reconnaissant que le défi d'être un apprenti médecin est de taille.

Finalement, la dernière question restant sans réponse que nos résultats soulèvent est celle des impacts cognitifs et émotifs potentiels de l'intervention narrative sur les médecins-résidents et sur les patients partenaires. Si la pertinence de l'engagement du patient dans l'enseignement médical n'est plus à démontrer, il serait tout de même important de se demander s'il peut y avoir des limitations ou des précautions à prendre à cet engagement dans le sens où il semble que la narration du patient ait pu engendrer des réactions émotionnelles parfois difficiles chez le médecins-résidents chez qui cela

évoquait des expériences antérieures et chez le patient qui, en se remémorant sa propre expérience, ressentait une certaine reviviscences. Ce point serait particulièrement important à étudier d'abord parce que l'apprentissage expérientiel est une modalité puissante, mais qu'elle nécessite un environnement protégé pour s'opérer. Puis, il faut aussi considérer que, sur le plan éthique, il serait inadmissible d'exposer des patients partenaires à une souffrance supplémentaire à celle vécue précédemment lors de la maladie et de l'expérience de soins, de même qu'à des médecins-résidents qui déjà doivent être confrontés à la maladie dès le début de leur formation. Nous avons tous fait l'expérience, comme psychiatre, de proches qui vacillent devant la détresse de leur être aimé, ou de soignants, en particulier d'apprentis soignants, qui, touchés par la narration du patient sentent le fardeau potentiel de soigner des êtres humains aux prises avec une souffrance manifeste, qui rappelle des souvenirs difficiles ou désagréables de sa propre histoire ou de celle de sa famille par exemple. Ce métier de psychiatre est d'ailleurs associé à des risques d'épuisement, ou carrément de troubles mentaux. Être exposé aux épreuves les plus difficiles de la vie alors qu'on est habitué d'un sentiment d'invulnérabilité peut en effet être choquant ou à tout le moins bouleversant.

CONCLUSION

Quoique déterminant pour l'avenir de la qualité des soins offerts aux patients atteints de cancer, l'apprentissage et l'enseignement de la communication en oncologie, une compétence complexe et multidimensionnelle, constituent des défis pédagogiques de taille pour les enseignants et les programmes post-gradués. L'exploration d'une méthode narrative pour mettre en contact les futurs spécialistes en oncologie soulève des enjeux éducationnels et souligne la pertinence d'étudier en profondeur comment les patients partenaires peuvent sensibiliser, dans des conditions pédagogiques optimales, ces spécialistes en devenir au caractère unique et subjectif de l'expérience du patient. La recherche sur l'efficacité de méthodes et stratégies d'enseignement de la communication en oncologie pourrait permettre à terme d'améliorer la qualité de la communication entre un patient et son médecin et peut-être de changer la culture de lacunes en cette matière.

Sources documentaires et références bibliographiques

1. Société canadienne de cancer, *Statistiques canadiennes sur le cancer 2014*, C.c.d.l.S.c.d. cancer, Editor. 2014, Société canadienne du cancer: Toronto (Ontario). p. 140.
2. Rowland, J.H., et al., *Cancer survivorship research in Europe and the United States: where have we been, where are we going, and what can we learn from each other?* Cancer, 2013. **119 Suppl 11**: p. 2094-108.
3. Baile, W.F. and J. Aaron, *Patient-physician communication in oncology: past, present, and future*. Curr Opin Oncol, 2005. **17**(4): p. 331-5.
4. Kissane, D.W., et al., *Communication skills training for oncology professionals*. J Clin Oncol, 2012. **30**(11): p. 1242-7.
5. Epner, D.E. and W.F. Baile, *Difficult Conversations: Teaching Medical Oncology Trainees Communication Skills One Hour at a Time*. Acad Med, 2014.
6. Epstein, R.M. and R.J. Street, *Patient-centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. National Institutes of Health Publication ed. 2007, Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH publication.
7. Stiefel, F., et al., *Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009*. Ann Oncol, 2010. **21**(2): p. 204-7.
8. Shockney, L.D. and A. Back, *Communicating with patients on treatment options for advanced disease*. J Natl Compr Canc Netw, 2013. **11**(5 Suppl): p. 684-6.
9. Jacobsen, J. and V.A. Jackson, *A communication approach for oncologists: understanding patient coping and communicating about bad news, palliative care, and hospice*. J Natl Compr Canc Netw, 2009. **7**(4): p. 475-80.
10. Dean, M. and R.L. Street, Jr., *A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress*. Patient Educ Couns, 2014. **94**(2): p. 143-8.
11. Fallowfield, L., et al., *Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial*. Lancet, 2002. **359**(9307): p. 650-6.
12. Bialer, P.A., et al., *Responding to patient anger: development and evaluation of an oncology communication skills training module*. Palliat Support Care, 2011. **9**(4): p. 359-65.
13. Back, A.L., et al., *Approaching difficult communication tasks in oncology*. CA Cancer J Clin, 2005. **55**(3): p. 164-77.
14. Bourquin, C., et al., *Mandatory communication skills training for oncologists: enforcement does not substantially impact satisfaction*. Support Care Cancer, 2014.
15. Barth, J. and P. Lannen, *Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis*. Ann Oncol, 2011. **22**(5): p. 1030-40.
16. Stiefel, F., N. Favre, and J.N. Despland, *Communication skills training in oncology: it works!* Recent Results Cancer Res, 2006. **168**: p. 113-9.
17. Moore, P.M., et al., *Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. **3**: p. CD003751.
18. Baile, W.F., et al., *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. Oncologist, 2000. **5**(4): p. 302-11.
19. Peteet, J.R. and M.J. Balboni, *Spirituality and religion in oncology*. CA Cancer J Clin, 2013. **63**(4): p. 280-9.

20. van den Eertwegh, V., et al., *Residents' perceived barriers to communication skills learning: Comparing two medical working contexts in postgraduate training*. Patient Educ Couns, 2014.
21. Samant, R., et al., *Oncology residents' perspectives on communication skills and shared decision making*. J Cancer Educ, 2010. **25**(4): p. 474-7.
22. Hebert, H.D., et al., *Are we training our fellows adequately in delivering bad news to patients? A survey of hematology/oncology program directors*. J Palliat Med, 2009. **12**(12): p. 1119-24.
23. Back, A.L., et al., *Teaching communication skills to medical oncology fellows*. J Clin Oncol, 2003. **21**(12): p. 2433-6.
24. Wheatley-Price, P., et al., *Resident preparedness in discussing prognosis in patients with advanced lung cancer*. Support Care Cancer, 2010. **18**(4): p. 491-7.
25. Bar-Sela, G., D. Lulav-Grinwald, and I. Mitnik, *"Balint group" meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level*. J Cancer Educ, 2012. **27**(4): p. 786-9.
26. Alexander, S.C., et al., *A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life*. Acad Med, 2006. **81**(11): p. 1008-12.
27. Ju, M., et al., *Assessing interpersonal and communication skills in radiation oncology residents: a pilot standardized patient program*. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2014. **88**(5): p. 1129-35.
28. Lussier, M.-T. and C. Richard, *La communication professionnelle en santé*. 2005, Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. (ERPI). 840.
29. King, A. and R.B. Hoppe, *"Best Practice" for Patient-Centered Communication: A Narrative Review*. J Grad Med Educ, 2013. **5**(3): p. 385-393.
30. Frank, J.R. and D. Danoff, *The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies*. Med Teach, 2007. **29**(7): p. 642-7.
31. Laidlaw, A. and J. Hart, *Communication skills: an essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51*. Med Teach, 2011. **33**(1): p. 6-8.
32. de Haes, H. and J. Bensing, *Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes*. Patient Educ Couns, 2009. **74**(3): p. 287-94.
33. Wouda, J.C. and H.B. van de Wiel, *How to attain expertise in clinical communication?* Paediatr Respir Rev, 2013. **14**(4): p. 213-8.
34. Wouda, J.C. and H.B. van de Wiel, *Education in patient-physician communication: how to improve effectiveness?* Patient Educ Couns, 2013. **90**(1): p. 46-53.
35. Levinson, W. and P.A. Pizzo, *Patient-physician communication: it's about time*. JAMA, 2011. **305**(17): p. 1802-3.
36. Levinson, W., C.S. Lesser, and R.M. Epstein, *Developing physician communication skills for patient-centered care*. Health Aff (Millwood), 2010. **29**(7): p. 1310-8.
37. Wouda, J.C. and R.L. Hulsman, *Pathways towards designing effective medical communication curricula*. Patient Educ Couns, 2013. **93**(1): p. 1-2.
38. Wouda, J.C. and H.B. van de Wiel, *Inconsistency of residents' communication performance in challenging consultations*. Patient Educ Couns, 2013. **93**(3): p. 579-85.
39. Newton, B.W., *Walking a fine line: is it possible to remain an empathic physician and have a hardened heart?* Front Hum Neurosci, 2013. **7**: p. 233.

40. Buckman, R., J.A. Tulskey, and G. Rodin, *Empathic responses in clinical practice: intuition or tuition?* CMAJ, 2011. **183**(5): p. 569-71.
41. Rider, E.A. and C.H. Keefer, *Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox.* Med Educ, 2006. **40**(7): p. 624-9.
42. Henry, S.G., E.S. Holmboe, and R.M. Frankel, *Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: a review with suggestions for implementation.* Med Teach, 2013. **35**(5): p. 395-403.
43. Lethborg, C., S. Aranda, and D. Kissane, *Meaning in adjustment to cancer: a model of care.* Palliat Support Care, 2008. **6**(1): p. 61-70.
44. Charon, R., *What narrative competence is for.* Am J Bioeth, 2001. **1**(1): p. 62-3.
45. Shapiro, J., *Illness narratives: reliability, authenticity and the empathic witness.* Med Humanit, 2011. **37**(2): p. 68-72.
46. Shapiro, J., et al., *Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications.* Acad Med, 2009. **84**(2): p. 192-8.
47. Charon, R., *At the membranes of care: stories in narrative medicine.* Acad Med, 2012. **87**(3): p. 342-7.
48. Charon, R., *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust.* JAMA, 2001. **286**(15): p. 1897-902.
49. Charon, R., *Narrative medicine: form, function, and ethics.* Ann Intern Med, 2001. **134**(1): p. 83-7.
50. Bleakley, A., *Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education.* Med Educ, 2005. **39**(5): p. 534-40.
51. Holmgren, L., et al., *Terminology and praxis: clarifying the scope of narrative in medicine.* Lit Med, 2011. **29**(2): p. 246-73.
52. Schwartz, D.G., et al., *The health sciences librarian in medical education: a vital pathways project task force.* J Med Libr Assoc, 2009. **97**(4): p. 280-4.
53. Rian, J. and R. Hammer, *The practical application of narrative medicine at Mayo Clinic: imagining the scaffold of a worthy house.* Cult Med Psychiatry, 2013. **37**(4): p. 670-80.
54. Sirri, L., G.A. Fava, and N. Sonino, *The unifying concept of illness behavior.* Psychother Psychosom, 2013. **82**(2): p. 74-81.
55. Tait, G.R. and B.D. Hodges, *Residents learning from a narrative experience with dying patients: a qualitative study.* Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2013. **18**(4): p. 727-43.
56. Groleau, D., A. Young, and L.J. Kirmayer, *The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience.* Transcult Psychiatry, 2006. **43**(4): p. 671-91.
57. Groleau, D., et al., *Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place.* Health Place, 2010. **16**(5): p. 853-60.
58. Klein, S., et al., *The effects of the participation of patients with cancer in teaching communication skills to medical undergraduates: a randomised study with follow-up after 2 years.* Eur J Cancer, 2000. **36**(2): p. 273-81.
59. Pomey, M.P., et al., *[The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals].* Sante Publique, 2015. **27**(1 Suppl): p. S41-50.
60. Pomey, M.P., et al., *Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care.* PLoS One, 2015. **10**(4): p. e0122499.

61. Jha, V., et al., *Strategies and interventions for the involvement of real patients in medical education: a systematic review*. Med Educ, 2009. **43**(1): p. 10-20.
62. Towle, A., et al., *Active patient involvement in the education of health professionals*. Med Educ, 2010. **44**(1): p. 64-74.
63. Jha, V., et al., *What educators and students really think about using patients as teachers in medical education: a qualitative study*. Med Educ, 2009. **43**(5): p. 449-56.
64. Lauckner, H., S. Doucet, and S. Wells, *Patients as educators: the challenges and benefits of sharing experiences with students*. Med Educ, 2012. **46**(10): p. 992-1000.
65. Barr, J., et al., *Sustainable involvement of real patients in medical education: thanks to volunteerism and relationship management*. Med Educ, 2009. **43**(6): p. 599-600.
66. Bell, K., et al., *When only the real thing will do: junior medical students' learning from real patients*. Med Educ, 2009. **43**(11): p. 1036-43.
67. Boet, S., et al., *Review article: medical education research: an overview of methods*. Can J Anaesth, 2012. **59**(2): p. 159-70.
68. Hutchinson, L., *Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions*. BMJ, 1999. **318**(7193): p. 1267-9.

Tableaux

TABLEAU 1 : Critères d'inclusion des participants

<p>Médecins résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> - être résident en oncologie médicale, en chirurgie oncologique ou en radio-oncologie à l'UdeM - avoir complété le tronc commun de médecine interne (pour les résidents en oncologie médicale) - être libéré du stage pendant 2 h 30 environ au printemps 2015 - avoir signé le consentement de participation du sujet-résident
<p>Patients partenaires (pour le groupe de discussion ou l'intervention narrative)</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir été atteint d'un cancer et en être en rémission - avoir reçu des traitements de chimiothérapie et/ou de radiothérapie - avoir été formé pour être patient partenaire dans l'enseignement médical - être disponible une journée entière au printemps 2015 - être en mesure de fournir l'énergie suffisante pour deux demi-journées consécutives d'entrevue - avoir signé le consentement de participation du sujet - ne pas avoir eu les résidents participants comme médecin traitant

TABLEAU 2 : Profil des participants

	Médecins résidents (n=6)	
Sexe	Homme : 1 Femme : 5	
Niveau de formation	R1 : 1 R2 : 2 R3 : 1 R4 : 0 R5 : 2	
Programme de résidence	Radio-oncologie : 3 Chirurgie oncologique : 2 Oncologie médicale : 1	
<table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Patients partenaires (n=6)</td> </tr> </table>		Patients partenaires (n=6)
Patients partenaires (n=6)		

Sexe	Homme : 2 Femme : 4
Âge	Entre 31 et 79 ans
Site tumoral	Lymphome : 2 Thyroïde : 1 Sein : 1 Prostate : 1 Leucémie : 1
Sévérité de la maladie oncologique	Non métastatique : 4 Métastatique : 2
Traitements oncologiques reçus	Chimiothérapie : 3 ; Radiothérapie : 2 ; Chirurgie : 3 ; Hormonothérapie : 1 ; Greffe de cellules souches : 1
Type de participation	Focus group : 2 Intervention narrative : 4

TABLEAUX 3 et 4 : Questionnaires des entretiens semi-structurés pour la collecte de données

Questionnaire destiné aux médecins résidents
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est-ce ça ressemble à ce que vous faites ou à ce que vous avez vu faire dans votre pratique ? ▪ Qu'est-ce qu'on a appris de plus avec ce genre d'entretien là (par rapport à une entrevue clinique habituelle) ? ▪ Est-ce qu'il y a une valeur clinique à connaître ces éléments supplémentaires de l'histoire du patient ▪ Comment c'était cette expérience de communication avec un patient partenaire? (sortis de votre zone de confort ? Trop long ? Habituel ? Trop « convenu », trop « imc-idc » ? ▪ Est-ce que vous retenir quelque chose pour votre pratique à la lumière de l'histoire unique du patient ? ▪ Quelles ont été les sections : <ul style="list-style-type: none"> ○ difficiles pour vous ? ○ les plus intéressantes que vous retenir ? ○ qui vous rendaient plus mal à l'aise ? ▪ Comment pensez-vous que le patient a trouvé l'entretien avec vous ? ▪ Commentez le questionnaire MINI. ▪ Pourquoi, cela n'est pas fait en clinique?* ▪ Comment vous sentez-vous quand le patient vous raconte des

expériences douloureuses ou insatisfaisantes de communication avec d'autres médecins ? Effet de générations ?

Questionnaire destiné aux patients partenaires

- Ce que vous avez raconté ou dévoilé aujourd'hui, est-ce que vous avez déjà eu la chance dans votre expérience de patient de le faire avant ?**
- Croyez-vous que le résident a appris quelque chose à votre contact ? Si oui, quoi ?
- Tout ce qu'on a appris de plus sur votre histoire, est-ce important pour vos spécialistes en oncologie de le connaître pour bien faire leur travail ? Quel est le lien entre votre histoire et les autres patients – qu'est-ce que le résident va retenir pour sa pratique ?
- Comment ça a été pour vous ? Et pour le résident ?
- Pouvez-vous commenter le type de questions qu'on vous a posées ? Est-ce un bon questionnaire ?
 - Parties difficiles ?
 - Manquantes ?
 - Importantes ?
- Quand est-ce que vous avez senti que le résident était le plus intéressé par vos propos ?
- Est-ce que cette intervention pourrait ou pas ajouter quelque chose à la formation en matière de communication en oncologie ?
- Pourquoi, cela n'est pas fait en clinique?*** Croyez-vous qu'il y ait un effet de génération dans les styles de communication ?
- À quoi allez-vous penser ce soir ?

TABLEAU 5 : Thèmes émergents à l'analyse initiale

Thèmes émergents initialement identifiés	
1	C'est une intervention (sur le patient et le résident)
2	Empathie de l'un envers l'autre
3	Raisons de ne pas le faire
4	Qualité du questionnaire MINI
5	Caractérisation de l'expérience vécue lors de l'intervention – comment ça s'est passé ?
6	Pertinence de l'intervention – à quoi ça sert d'avoir cette rencontre

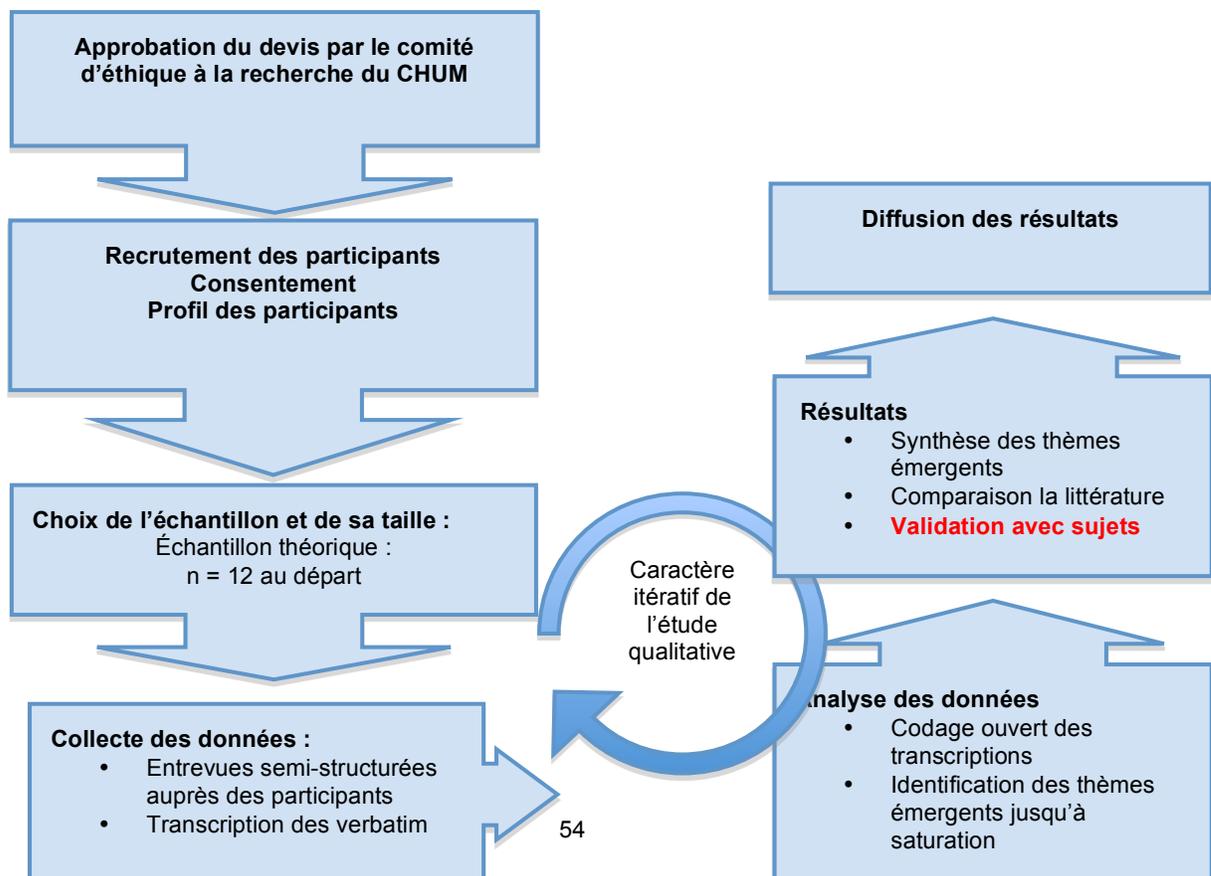
7	Perception de souffrance chez le patient partenaire
8	Expériences antérieures de communication avec des médecins
9	Valeur pédagogique à l'intervention narrative
10	Expérience subjective du patient partenaire
11	Effet de génération sur la communication
12	Autre (effet de la narration, importance de miser sur les forces, etc.)

Figures

Figure 1 : Intervention narrative et collecte de données



Figure 2 : Déroulement de l'étude



Annexes