

PROPOSITION D'UNE MÉTHODE CONCEPTUELLE D'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT PARTENAIRE DE SOINS

Yamina Abidli, Danielle Piette, Annalisa Casini

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2015/HS S1 | pages 31 à 39

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-31.htm>

Pour citer cet article :

Yamina Abidli *et al.*, « Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins », *Santé Publique* 2015/HS (S1), p. 31-39.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins

Proposal of a conceptual method of supportive care for co-active patients

Yamina Abidli¹, Danielle Piette¹, Annalisa Casini¹

➡ Résumé

L'accompagnement du patient co-actif dans sa prise en charge fait l'objet d'un large consensus à travers le monde. Toutefois, en pratique, on relève peu d'approches « patient partenaire de soins » (PPS). Nous avons postulé que le manque d'investissement dans l'accompagnement du patient partenaire de soin est lié au manque d'intérêt porté aux compétences qui sont nécessaires aux soignants pour un tel accompagnement. Cet article veut répondre à cette lacune.

La méthode PPS est étudiée, adaptée et développée au départ de modèles existants. Elle complète, harmonise et intègre différents courants nés autour de ce besoin de replacer le patient au centre de ses soins et de sa vie en général. La méthode PPS comporte sept étapes par lesquelles le professionnel accompagne le patient dans son processus de soin. L'approche méthodologique de formation des professionnels à cette méthode vise à faire vivre aux professionnels le changement et la difficulté du changement qu'ils attendent du patient dans la relation de soin. Notre méthode nécessite à présent d'être validée par l'expérience d'autres professionnels afin d'en définir les limites d'application et ensuite, de la développer.

Mots-clés : Motivation, autonomie personnelle ; Relations professionnel de santé-patient ; Transfert ; Participation du patient ; Méthodes.

➡ Summary

There is a broad consensus on the importance for health professionals to support co-active patients. However, in practice, very few "patient care partnership" approaches have been developed. We hypothesized that the lack of investment in supporting patient care partnerships is due to the lack of interest in the skills needed by caregivers to provide such support. This paper intends to address this gap.

The patient care partnership method is studied, adapted and developed from existing models. It complements, harmonizes and integrates various schools of thought arising from the need to place the patient at the center of care and life in general.

The patient care partnership method includes 7 stages during which the professional accompanies the patient through the process of care. The methodological approach for training professionals is designed to ensure that professionals experience the change as well as its difficulties of the change they expect from the patient in the care relationship.

This method now needs to be validated by the experience of other professionals in order to define the limits of application and to allow further development.

Keywords: Motivation, Personal autonomy; Professional-patient relations; Transfer; Patient participation; Methods.

¹ École de santé publique – Université libre de Bruxelles – Route de Lennik, 808 – B-1070 Bruxelles – Belgique.

Correspondance : Y. Abidli
Adresse postale : Chaussée de Waterloo 756
Boîte 12 – B-1180 Uccle
yabidli@yahoo.com

Réception : 09/05/2014 – Acceptation : 17/11/2014

Introduction

L'accompagnement du patient partenaire de soins est une réalité émergente du changement qui s'opère actuellement dans la manière d'envisager les soins et la relation qui lie le soignant et le soigné. L'approche patient-partenaire de soins (PPS) recouvre un champ très vaste qui porte l'attention et l'accompagnement au-delà d'une simple préoccupation d'adhésion thérapeutique [1]. Elle nécessite selon nous de mobiliser, de s'appuyer et de développer toutes les compétences du patient mais aussi du soignant. Ces co-compétences sont nécessaires de part et d'autre pour rendre possible une approche globale du patient dans sa problématique de santé ouverte sur toutes les dimensions de sa vie.

Toutefois, dans le débat autour de l'autonomisation du patient, les compétences du soignant nécessaires à un tel accompagnement sont peu mises en avant.

En effet, on trouve une littérature abondante sur les besoins de renforcer la capacité d'auto-soins ou d'auto-gestion chez les patients atteints de maladie chronique. En pratique, un référentiel de compétences à acquérir pour le patient partenaire de soins se dessine peu à peu en réponse aux trois conditions de succès d'une approche co-active du patient [2] avancées dans la littérature :

- un glissement de paradigme ;
- la reconnaissance des compétences du patient ;
- le développement des compétences du patient.

Il y manque à notre sens la définition et le développement des compétences nécessaires aux professionnels pour offrir un accompagnement PPS.

À l'heure actuelle, l'adaptation des soignants à un accompagnement PPS est considérée comme un comportement naturel, volontaire, et avant tout une question de choix.

Un tel postulat sur le choix éclairé des professionnels à adopter ce comportement d'accompagnement est inévitablement réducteur car il ferme la porte à toute exploration des besoins des soignants en la matière. Le soignant est ainsi accusé de ne pas vouloir autonomiser le patient alors même qu'une question importante reste en attente d'exploration : quelles sont les conditions d'un accompagnement du patient partenaire de soin par le soignant ? S'agit-il d'une volonté, d'un choix de comportement ou d'une question de compétence ?

Afin d'apporter des réponses à ces questionnements, cet article propose l'introduction d'une méthode PPS pour sensibiliser les professionnels sur les besoins d'un tel accompagnement.

En effet, l'évolution du statut des patients vers le statut de partenaire de soins influence inévitablement le prestataire de soins dans son rôle d'accompagnement. Il est donc essentiel de réfléchir à l'accompagnement que peut offrir le soignant face à cette nouvelle manière d'aborder le patient où l'on entre dans un nouveau champ d'expérience et de compétences.

C'est à ce niveau que notre méthode représente une approche facilitant la prise de conscience de ce besoin chez les soignants. La méthode peut servir de trame de base pour l'accompagnement des patients mais c'est aussi un outil de mise en évidence des compétences nécessaires à un accompagnement PPS.

Il est donc apparu important à ce stade de la recherche de revisiter les pré-requis de la relation de soin patient partenaire de soins à la lueur des compétences à orchestrer par les soignants.

Objectifs et méthodologie de construction de la méthode PPS

Nous cherchons à adapter et mettre en place une méthode PPS pour permettre aux soignants de s'appuyer sur une méthodologie qui sous-tend leurs compétences à consolider pour offrir un accompagnement PPS.

La volonté d'amener le patient à changer de comportement par rapport à son projet de soin implique un changement de comportement dans la manière d'accompagner ce patient et de servir la médecine. Nous avons donc cherché à créer une méthode à partir de la combinaison des principales théories du changement de comportement. Cette méthode tient ainsi compte des différentes étapes du changement de comportement (et vise à faire vivre aux soignants le changement qu'ils seront amenés à accompagner chez le patient).

Plusieurs travaux ont été consacrés à l'identification et la compréhension des facteurs psychosociaux qui permettent de prédire les comportements liés à la santé où différentes théories psychosociales ont été mobilisées, telles que la théorie de l'action raisonnée [3], la théorie des comportements interpersonnels [4], la théorie sociale cognitive [5], et la théorie du comportement planifié [6-8]. Ces travaux ont participé à la validation de l'application de ces théories pour l'étude de comportements sociaux liés à la santé [9] et offrent aujourd'hui un appui à la construction d'une méthode d'accompagnement du patient partenaire de soins. L'enjeu consiste ici à s'appuyer sur une combinaison

des modèles présentés comme plus efficaces pour prédire et expliquer les comportements liés à la santé, là où pris isolément, ces mêmes modèles ne permettent pas de cerner toute la complexité des comportements étudiés [9]. Il est difficile d'améliorer la santé sans obtenir l'engagement des professionnels et des usagers à modifier des comportements [10].

L'essor important de l'éducation thérapeutique de ces dernières années permet de postuler que la difficulté pour la population d'adopter des comportements de santé ne réside pas dans le manque de connaissance sur la pathologie mais dans l'écart entre le désir d'un comportement favorable à la santé et la réalité où les inégalités sociales jouent un rôle important. Il apparaît donc opportun de décortiquer l'élaboration du comportement pour comprendre cette dissonance et essayer de conceptualiser une stratégie d'accompagnement des patients mettant en exergue les compétences nécessaires à développer pour un accompagnement PPS. Ainsi, l'élaboration du comportement a été décomposée en différentes étapes d'un accompagnement patient partenaire de soins.

Enfin, la méthodologie d'apprentissage du modèle par les professionnels se fait au travers des différentes étapes du changement de comportement. Cette approche amène le professionnel à cheminer par les mêmes étapes du changement de comportement que le patient où chaque étape est une étape d'apprentissage pour le soignant comme pour le soigné.

La méthode patient partenaire de soins (PPS)

La figure 1 montre qu'il s'agit d'une approche dynamique en sept phases, dont la phase la plus importante a été représentée au centre : la phase motivation, phase qui représente le levier de réussite de la démarche. Cette dernière est entourée d'un accompagnement proportionnel aux besoins de chaque phase qui est en théorie est plus important au début de la démarche. La méthode d'accompagnement du patient partenaire de soins proposée s'appuie sur le modèle transthéorique du comportement développé par Prochaska et Di Clemente [11]. Ces auteurs soutiennent que les changements de comportement ne se produisent pas en une seule étape, mais à travers une série d'étapes distinctes, prévisibles et chronologiques. Les auteurs considèrent ainsi que les individus devraient mieux réagir aux interventions adaptées aux spécificités du stade auquel ils se trouvent.

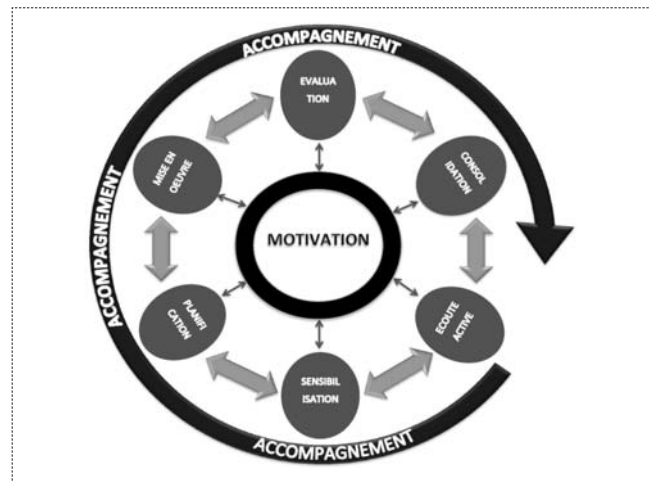


Figure 1 : Méthode d'accompagnement patient partenaire de soins, une approche dynamique avec rétroactions possibles entre toutes les phases à tout moment.

Hypothèses sous-jacentes à l'élaboration de la méthode PPS

Cette méthode reconnaît dans la relation de soin la coexistence de deux systèmes interdépendants de changement de comportement, le cognitif et l'affectif. Le postulat sous-jacent est que le soignant doit donc disposer des compétences psychosociales nécessaires pour activer l'indispensable levier émotionnel dans la démarche d'accompagnement offerte au patient.

En effet, « l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé » [12].

Les compétences psychosociales sont définies dans notre approche comme : « l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » [12].

Finalité de la méthode PPS

La finalité de la méthode PPS est d'apporter une méthode qui sert à la formation et l'accompagnement des soignants mais aussi des patients. La méthode intègre les éléments-clés des théories sur le changement de comportement et programmes d'éducation à la santé.

Tableau I : Finalités de la méthode patient partenaire de soins pour les soignants extraites des finalités pour le patient

Sept étapes	Finalités/patients	Finalités/soignants
Écoute active du soignant	Accueil Confiance Sens	État du savoir du patient Vécu et mise en lien avec les besoins Aspects environnementaux Mise en lumière des éléments porteurs de sens pour la personne
Sensibilisation	Information Prise de conscience du besoin Connaissance de soi Compétences Adhésion	Information Connaissance de soi Connaissance du patient Conviction Entraînement de l'adhésion
Motivation	Engagement par l'anticipation d'une satisfaction	Attitude favorable
Planification	Décisions Plan d'action	Décisions Plan d'action
Mise en œuvre	Action	Passage à l'action
Évaluation	Réajustements éventuels	Réajustements éventuels
Consolidation	Gestion de l'autonomie	Gestion de l'autonomie

Le tableau I développe les sept étapes des professionnels. Les finalités des prestataires sont construites au départ des finalités du patient. Il s'agit donc bien d'un processus d'accompagnement qui ne se substitue pas aux besoins des patients mais qui démarre au contraire de leurs besoins pour offrir aux prestataires de soin une stratégie d'accompagnement des patients partenaires de soins.

Ainsi, cette méthode vise avant tout à éveiller, clarifier, faciliter et accompagner le changement que le prestataire de soins peut apporter dans son comportement d'accompagnement pour construire une relation de soin patient partenaire de soins.

Cette approche d'accompagnement tient compte des différentes étapes du changement de comportement et a l'avantage de mettre l'accent sur les compétences psychosociales à développer par les professionnels pour un accompagnement patient partenaire de soins. C'est une sorte de fil rouge qui structure les différentes étapes complexes du processus nécessaire à la gestion de la santé.

La méthode invite également le soignant à réinventer l'accompagnement du patient pour atteindre les objectifs ambitieux d'efficience d'un tel accompagnement.

Méthode PPS : présentation des étapes

Les principaux changements de paradigme dans l'approche des professionnels de la santé vers le *self-management* des patients se réfèrent à une démarche de promotion de

la santé reprise dans la Charte d'Ottawa [13]. L'approche PPS fait aussi appel à un nouveau paradigme de soin qui centre la relation de soin non sur la maladie mais sur la personne, en référence à l'approche mise au point par Carl Rogers [14]. À l'heure actuelle, l'approche de soin la plus rencontrée reste l'approche basée sur le rapport coût/bénéfice du comportement relatif à la santé. Cette approche représente classiquement le point de départ de l'information donnée au patient. Il s'agit d'une approche centrée sur la maladie pour identifier la nature du changement devant être obtenu, et la capacité de mener à bien ce changement. Elle nécessite de la part du professionnel que celui-ci arrive à persuader le patient de l'efficacité de l'action de changement proposé. En pratique, on constate que cette approche n'est pas en mesure d'améliorer l'observance des traitements, et donc les résultats de santé. Cet aspect met en avant le fait que la connaissance des risques liés à la maladie ne suffit pas pour susciter chez l'individu l'adoption de comportements adéquats pour sa santé et souligne l'écart qui existe entre cognition et action. Pour mener une personne à changer ses comportements, une stratégie dite comportementale et non persuasive permet d'obtenir, dès le départ, l'engagement nécessaire à ce changement. En effet, lorsque les individus s'engagent dans leurs choix, le changement de comportement semble se produire plus facilement. La théorie de l'engagement se présente donc comme une théorie où les conséquences idéologiques de la réalisation d'une action sont prises en compte. Kiesler [15] définit dans ce contexte l'engagement

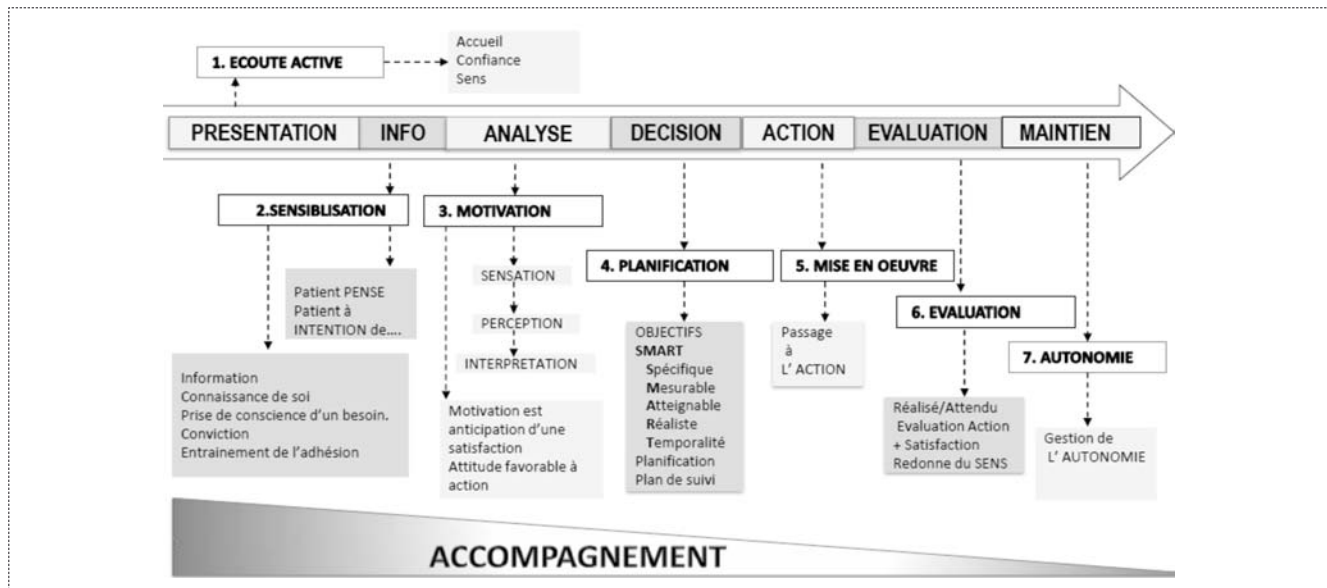


Figure 2 : Décomposition d'une approche d'accompagnement patient partenaire de soins – phase 1 à 7.

comme « la promesse faite à soi-même dans le cours de l'action ».

La sensibilisation du patient est ainsi une phase importante de l'accompagnement, mais cette sensibilisation ne peut pas se faire si l'on ne tient compte que de la maladie. Dans une approche PPS, il est certes important de comprendre le fonctionnement de la pathologie mais il est tout aussi fondamental de comprendre le fonctionnement du patient. Une phase de sensibilisation limitée à l'information ne suffit donc pas pour amener la motivation au changement de comportement et ne représente pas la première étape d'accompagnement du patient.

Une méthode d'accompagnement à travers les étapes du changement de comportement doit prendre en compte le projet de vie des sujets pour donner du sens aux actions et laisser une place à certains éléments comme la prise de décision, la gestion des émotions, la connaissance de soi, l'affirmation de soi. La méthode d'accompagnement doit aller au-delà de la simple livraison d'informations et doit développer tous les aspects de la personne humaine pour lui donner des capacités qui lui permettent d'explorer toutes sortes d'informations vers la transformation en action en cohérence avec le projet de vie.

Cet aspect nécessite le développement d'une professionnalisation de l'écoute accordée au patient pour comprendre quelle est l'impulsion fondamentale pour le patient en mesure de soutenir la démarche, dans quel contexte s'inscrit cette démarche de soin et lui donne du sens.

La première étape d'accompagnement du patient est donc bien la phase **d'écoute active** telle qu'envisagée dans l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick [16].

Cette étape représente une phase que nous avons appelée phase de présentation pour souligner le besoin de bien connaître le patient et son environnement et d'ajuster l'accompagnement.

Dans la théorie sociale cognitive développée par Bandura [17], l'action de prévention est sous-tendue par l'apprentissage d'un nouveau comportement pour lequel il s'agit d'entraîner l'adhésion. Cet apport de Bandura amène à ne plus limiter la sensibilisation du patient à l'information. Il s'agit au contraire de centrer l'entraînement de l'adhésion à un projet de soin en lien avec un projet de vie, comme finalité de la phase de sensibilisation de l'accompagnement du patient.

La deuxième étape d'accompagnement est donc appelée phase **de sensibilisation**. Le but de cette étape est d'informer le patient et lui permettre d'appréhender toute la complexité de la problématique. Il s'agit également de sensibiliser le patient à la co-construction d'un projet médical rattaché à un projet de vie.

La connaissance de soi du soignant nécessaire pour qu'il ne transpose pas ses besoins, ses attentes sur ceux du patient ainsi que la connaissance du patient qui a été acquise dans la phase d'écoute active permettront au professionnel d'aborder le patient dans une attitude qui ne juge pas, qui ne diminue pas, qui n'infantilise pas et où le patient se sent accepté tel qu'il est. Ce type d'approche du patient va

donner les moyens au prestataire de soin de transformer l'attente du patient en demande. En effet, un patient en position d'attente vis-à-vis du soignant est en quelque sorte en position de victimisation où le patient attend que le prestataire de soins vienne à son aide et le prenne en charge. Cette attitude passive est en contradiction avec la participation du patient nécessaire à l'autonomisation du patient. Il reste donc primordial de faire participer le patient.

L'attitude d'accompagnement ne vise pas le contenu médical mais uniquement le processus par lequel le contenu médical est déposé auprès du patient. Une approche du patient comme sujet et non objet de soin place le patient dans une position participative : co-active.

L'adhésion à un projet de soin relié à un projet de vie est ainsi présentée comme finalité de la conduite de la phase de sensibilisation car l'entraînement de l'adhésion est un mouvement qui vient du patient en faveur de la motivation grâce à l'éveil de l'intention.

Cependant, selon le raisonnement de Fishbein et Ajzen [18], l'adhésion facilite le passage vers la motivation sans être pour autant synonyme d'action. Ajzen [8] postule par ailleurs que le comportement à prédire doit être placé sous le contrôle de la personne qui doit prendre la décision d'adopter ou non le comportement. Il ressort de ces travaux que le comportement d'une personne est fonction de son intention de le réaliser (désir, volonté, souhait, détermination, etc.). Fishbein et Ajzen [18] situent l'intention entre l'attitude et le comportement. En effet, les gens considèrent les conséquences de leurs actes avant de décider s'ils adoptent ou non un certain comportement : ils anticipent une satisfaction ou une frustration. Cependant, ce modèle n'apporte pas d'indication sur les variables qui transforment l'intention en action. Une réponse en ce sens est apportée par la théorie des comportements interpersonnels proposée par Triandis [19]. En effet, selon cet auteur, le comportement résulte de trois facteurs : l'intention d'adopter le comportement, l'habitude et la présence de conditions facilitant ou empêchant l'adoption du comportement. L'intention est ainsi acceptée comme l'expression de la motivation à adopter le comportement alors que l'habitude reste le degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée.

L'intention qui naît aux sources de l'adhésion à un projet est ainsi précurseur de motivation sans être pour autant synonyme d'action. On repère donc à ce stade une phase évidente de motivation qui reste sous le champ de l'intention. La motivation est donc une phase qui est à explorer au-delà de l'intention.

La troisième étape de notre méthode est ainsi la phase de motivation.

Cette phase correspond dans notre description à une phase d'analyse des actions possibles (la motivation se rapporte à une action, un comportement) compte tenu de l'adhésion à un projet (l'adhésion se rapporte à un projet).

C'est le besoin qui, selon Maslow [20] pousse au comportement et c'est dans l'environnement que chaque personne trouve des opportunités de satisfaire ses besoins. L'anticipation du résultat d'un comportement (côté gratifiant et sécurisant du comportement) permet donc de choisir le comportement. À partir de là, naît une attitude favorable à ce comportement, la personne est alors dite motivée à agir. La motivation naît d'une forme d'ajustement anticipé entre la performance perçue et le standard que l'on s'impose personnellement. Ce mécanisme de construction de la motivation est dirigé par le projet de soin intégré à un projet de vie et non par un projet de soin construit dans un état de futur flou. L'autosatisfaction à atteindre un objectif donne une direction à l'action et au maintien de l'action dans la durée. Des facteurs cognitifs (évaluation des avantages et des inconvénients des comportements envisageables), affectifs (plaisir et déplaisir) sociaux mais aussi moraux se mêlent à travers le système de référence dans l'élaboration de la motivation. Ces éléments mettent en évidence qu'une démarche d'accompagnement basée sur un tel modèle doit permettre au sujet une analyse de son comportement et des arguments qui le poussent à adopter une nouvelle manière d'agir (une nouvelle pratique).

La motivation peut donc être acceptée comme une attitude favorable envers l'action. Entre l'intention d'agir et la motivation à agir, d'autres facteurs menant au comportement peuvent être envisagés. Robaye [21] ouvre le débat sur la décision du choix des tâches dans lequel il soutient que l'importance de la tâche et l'espérance de succès sont à même de susciter la motivation (anticipation d'une satisfaction). Il introduit donc la notion de défi comme paramètre à associer à la motivation. Rotter [22] a, quant à lui, proposé la notion de *locus of control* en distinguant les facteurs internes, qui sont sous le contrôle de l'individu et les facteurs externes qui lui échappent. Selon cette théorie, l'espérance du succès dépend non seulement de la fréquence des succès que l'individu a obtenus (réalisations, côté gratifiant) mais aussi de la croyance que les succès sont sous son contrôle (sentiment de maîtrise, côté sécurisant). De plus, Kuhl [23] ajoute une composante du choix de la tâche en lien avec l'attitude du sujet, à une plus ou moins grande propension à l'action. L'auteur estime que la motivation susceptible de se transformer en action dépend du succès espéré mais aussi de l'attitude du sujet face à l'action. Il distingue ainsi le sujet centré sur l'action, du sujet

centré sur l'analyse de la situation. Dans le premier cas, il y a une sélection rapide de l'action et dans le second cas, il y a une large place laissée à l'hésitation qui retarde la prise de décision.

Cette notion de décision est donc importante à intégrer dans un accompagnement PPS où comme le souligne Kuhl [23], nous ne sommes pas tous égaux devant la prise de décision.

La décision est donc le trait d'union entre la motivation et l'action par le choix d'un comportement par le patient qui lui est apparu dans la phase de motivation comme sécurisant et gratifiant. La notion de défi est un élément qui vient pondérer positivement la prise de décision compte tenu de l'attitude du sujet face à l'action. Ces choix d'action doivent ensuite être organisés dans un plan d'action pour planifier les actions ainsi sélectionnées et faciliter la décision d'action.

La quatrième étape de notre approche est donc la phase de **planification** des actions suite à la décision d'action du patient.

La décision, vectrice de la mise en œuvre est importante à accompagner car elle entraîne la responsabilité. En effet, c'est celui qui décide qui est responsable et c'est cette responsabilité qui renforce la motivation.

Un moyen de renforcer la motivation est donc de donner des responsabilités en permettant de décider. Donner aux personnes la possibilité de participer aux décisions qui les concernent, est donc bien l'enjeu d'une approche PPS.

La planification permet donc d'accompagner et susciter la décision de mise en œuvre, et de basculer du projet aux objectifs. Il s'agit à ce stade de gérer les décisions et donc de devenir systématique sur la méthode mais pas sur le contenu.

La cinquième étape est l'évidente phase de **mise en œuvre** qui correspond au passage à l'action.

La co-formulation des objectifs permet de passer à l'action à travers la co-définition d'un plan d'action et d'un plan de suivi.

La mise en œuvre exige l'évaluation et donc s'impose **une sixième étape** dite phase **d'évaluation** où il convient d'évaluer le résultat par rapport à l'attendu mais aussi la satisfaction du patient à l'atteinte de l'objectif. C'est lors de la mise en œuvre que la personne découvrira si son anticipation par rapport à l'action se confirme. Dans tous les cas, il y a mise en mémoire de cette expérience et de son résultat. Cette étape est ainsi primordiale car elle apporte les signes de reconnaissance en donnant le sens de l'action (la direction et la valeur de l'action). L'évaluation est indissociable d'une mise en œuvre et permet de transformer le cas échéant l'idée d'échec en obstacle à surmonter.

L'amélioration permise par l'évaluation met ainsi de manière progressive sur la voie de l'autonomie. Cette phase d'autonomie ou plus précisément de gestion de l'autonomie a pour but d'aider le patient à maintenir les comportements de santé adaptés à son état. La gestion de l'**autonomie** représente ainsi la **septième et dernière étape** de notre approche.

Discussion, conclusion et perspectives

La méthode PPS se base sur une approche d'accompagnement qui se veut adaptable et transposable à la pratique de terrain. En effet, bien que les modèles mobilisés dans notre méthode aient leur utilité pour planifier ou évaluer certaines interventions menées à l'échelle communautaire, on comprend facilement que leur lourdeur et leur complexité limitent leur utilité dans le contexte instantané de la consultation soignant-soigné. Il est donc apparu important de proposer une méthode qui intègre et rassemble ces différents modèles.

Par ailleurs, les modèles cognitifs passent sous silence le rôle majeur joué par les émotions du soignant et celles du soigné dans la concordance thérapeutique. Ces modèles présentent le comportement des individus comme un processus logique, modifiable par l'information et le raisonnement. Cependant, les soignants et les soignés, comme tous les êtres humains, obéissent à une tendance naturelle à satisfaire leurs besoins émotionnels. La méthode PPS reconnaît, quant à elle, deux systèmes interdépendants de changement de comportement, le cognitif et l'affectif.

Tout comme le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente, la méthode d'accompagnement se déroule à travers les différentes étapes du changement de comportement. L'approche PPS s'éloigne du modèle transthéorique dans la manière d'envisager le processus d'avantage de manière cyclique avec des rétroactions possibles à tout moment et entre tous les stades. Les différentes phases de la méthode gravitent autour d'une phase centrale, la motivation, véritable levier de réussite de la démarche. Cette approche n'est donc pas forcément conduite de manière linéaire mais plutôt dynamique et adaptable à chaque difficulté que les individus rencontrent, difficultés qui peuvent être franchies grâce à des interventions spécifiques en lien avec le bon diagnostic de phase qui pose problème. En effet, à chaque étape correspondent des tactiques cliniques efficaces pour mener le patient vers l'autonomie.

Le diagnostic de stade d'accompagnement du patient permet ainsi d'utiliser plus judicieusement les ressources cliniques.

La méthode PPS s'apparente également au modèle de Prochaska et Di Clemente par l'association des objectifs thérapeutiques en phase avec l'étape de changement dans laquelle le patient se trouve. Cette méthode travaille, à l'instar du modèle transthéorique, *l'a priori* du changement dans les premières étapes avec estimation des avantages et des inconvénients du changement. Par contre, la méthode PPS ne prévoit pas de véritable fin du processus comme le suggère le modèle transthéorique car il n'y a pas de sortie de la problématique pour les patients atteints de pathologies chroniques. Il existe plutôt un besoin d'accompagnement continu proportionnel aux besoins de chaque phase où en théorie, l'accompagnement est plus important au début de la démarche.

Un aspect constructif de la méthode PPS est certainement de considérer la rechute comme un épisode attendu et valorisable *a posteriori* du changement plutôt que comme un échec.

Par ailleurs, nous avons postulé que le manque d'investissement dans l'accompagnement du patient partenaire de soin est lié au manque d'intérêt porté à l'heure actuelle aux compétences des soignants nécessaires pour un tel accompagnement. La définition de ces compétences faisant défaut, il était justifié de rechercher le moyen de les mettre en exergue et de disposer d'une méthode sur laquelle s'appuyer afin de développer les compétences nécessaires pour un accompagnement PPS. Enfin, la volonté ayant ses limites face à la résistance au changement, il était opportun de définir une stratégie d'approche des professionnels qui surmonte de telles résistances. Ainsi, la méthodologie d'enseignement à la méthode fait cheminer les professionnels à travers les mêmes étapes du changement proposées pour conduire la relation de soin. Il s'agit d'une approche méthodologique qui fait vivre aux professionnels le changement et la difficulté du changement qu'ils attendent du patient dans la relation de soin.

Nous avons ainsi montré en quoi les conditions nécessaires à un accompagnement PPS se présentent pour nous comme une question de compétence, de comportement mais aussi de volonté. En effet, il s'agit de faire le lien entre le savoir, le pouvoir et le vouloir des soignants à offrir un accompagnement PPS mais aussi à tenir compte de la possible dissonance entre cognition et pratique. Décortiquer l'approche au niveau des différentes étapes du changement de comportement pour libérer les soignants de l'habitude, de la peur ou du manque de « savoir-faire » par manque de « savoir-faire devenir » un patient partenaire de soins nous est apparu fondamental.

Notre approche est basée sur une expérience de plus de 20 ans en milieu hospitalier. Il s'agit d'une approche qui peut servir de fil conducteur à la relation de soin où chaque étape est une étape d'apprentissage pour la personne. C'est une méthode qui permet de situer les besoins de l'accompagnement au besoin de chaque étape et qui tient compte des besoins tant du patient que du soignant. Elle nécessite à présent d'être confrontée au vécu, à la représentation et à l'expérience d'autres professionnels sur le terrain afin de valider son processus, en définir les limites d'application et ensuite, la développer.

Cette étape nécessite de démarrer une recherche de terrain où un protocole de recherche-action permettra de placer l'objet de la recherche dans son contexte et d'évaluer l'efficacité et les limites de cette méthode. La mobilisation des ressources du patient mais aussi des aidants proches constitue aujourd'hui un fait social, articulant les domaines de la santé, de l'éducation et de la recherche. Nous avons questionné les obstacles et proposé une méthode pour faciliter l'institutionnalisation du fait social chez les soignants, il nous reste à présent à interroger l'introduction de cette méthode à la fois à l'intérieur du système de santé et d'un système social tenant compte des inégalités sociales et des aidants proches.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Karazivan P, Dumez V, Lebel P. Le patient partenaire de soins : un atout pour le médecin. In *L'inhalo*. 2013;30(3):21. [Consulté le 23/12/2013] Disponible sur : <http://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/Opiq_inhalo_Octobre_2013_VF.pdf>
2. Dumez V. Le patient partenaire : défis d'intégration et de co-construction – Montréal : Faculté de Médecine – Bureau de l'expertise patient partenaire – Université de Montréal; 2012. (Consulté le 30/09/2012) Disponible sur : <URL: www.rass.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/.../Dumez_RASS2012.pdf>
3. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.
4. Triandis H. Values, attitudes and interpersonal behavior. In: Howe H, Page M, eds. Nebraska Symposium on Motivation, 1979. Lincoln: University of Nebraska Press; 1980.
5. Bandura A. Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*. 1982;37:122-48.
6. Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In Kuhl J, Beckman J, eds. Action-control: From cognition to behavior; 1985:11-39.
7. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. Milton-Keynes, England: Open University Press & Chicago, IL: Dorsey Press; 1988.

8. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50:179-211.
9. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior. A review of its applications to health – related behaviors. *Am J Health Promot*. 1996;11:87-98.
10. Coleman K, Mattke S, Perrault PJ, Wagner EH. Untangling practice redesign from disease management: how do we best care for the chronically ill?, *Annu Rev Public Health*. 2009;30:385-408.
11. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change? *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-5.
12. World health organisation (WHO). Program on mental health, life skills education in school. Genève: WHO; WHO/MNH/PSF/93.7A. Rev 2; 1993.
13. Conférence internationale pour la promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Genève : Organisation mondiale de la santé. 1986. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_Fpdf>
14. Rogers C. L'approche centrée sur la personne, Anthologie de textes présentés par Kirschenbaum H. et Land Henderson V. Lausanne : Éditions Randin ; 2001.
15. Kiesler C. The psychology of commitment: Experiments linking behavior to belief. New York: Academic Press; 1971.
16. Rollnick S, Miller W, Butler C. Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation. Paris : Inter Éditions ; 2009.
17. Bandura A. Social learning theory. Englewood cliffs, NJ: Prentice-hall; 1977.
18. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
19. Triandis H. Interpersonal behavior. Monterey, CA: Brook/Cole; 1977.
20. Maslow A. A theory of human motivation, *The Psychological Review*. 1943;50(4):370-96.
21. Robaye F. Niveaux d'aspiration et d'expectation : critères de personnalité. Paris : Presse Universitaire de France ; 1957.
22. Rotter JB. Generalized Expectancies for Internal *versus* External Control of Reinforcement. *Psychol Monogr*. 1966;80(1):1-28.
23. Kuhl J. Volitional mediators of cognition-behavior consistency: Self-regulatory processes and action *versus* state orientation. In: J. Kuhl, J. Beckmann, eds. Action control: From cognition to behavior. New York: Springer; 1985.