

stratégie soignante

Le modèle de partenariat humaniste en santé

■ Le modèle de partenariat humaniste en santé a été co-développé par des professionnels infirmiers et des patients partenaires ■ Inscrit dans l'évolution de notre société et de la pensée infirmière, il propose une nouvelle déclinaison des concepts centraux de la discipline et invite les professionnels et les patients partenaires à "aller ensemble vers" un futur co-construit qui s'inscrit dans le projet de vie du patient.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – empathie ; humanisme ; modèle de soins infirmiers ; patient partenaire ; rôle infirmier

The humanistic partnership model in health care. The humanistic partnership model in health care has been jointly developed by nursing professionals and partner patients. In line with the evolution of our society and nursing thinking, it provides a new implementation of the discipline's core concepts and invites professionals and partner patients to "move together towards" a co-constructed future which is recorded in the patient's life project.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – empathy; humanism; nursing model; nursing role; patient partner

Construits entre les années 1940 et 1970, les systèmes de santé se sont structurés autour des soins aigus et hautement spécialisés, dispensés dans des établissements de santé. Au cours de ces trente dernières années, l'augmentation significative de la prévalence des maladies chroniques, associée à d'autres facteurs, conduit à une évolution considérable des besoins et attentes des patients [1].

Depuis une vingtaine d'années, les conceptions paternalistes des soins et des services ont laissé progressivement la place aux approches centrées sur le patient qui prennent en considération ses particularités, ses valeurs et son vécu [2]. Partout dans le monde, les organisations de soins comme les institutions de formation redoublent d'efforts pour impliquer les patients à des niveaux et selon des modalités d'engagement très différentes [3] et animées par diverses motivations [4].

Les initiatives récentes en matière de prise de décision [5] ou certaines approches d'éducation thérapeutique (ETP) [6], maintiennent toutefois la primauté du rôle des soignants.

UN ÉLÉMENT DE RÉPONSE AUX DÉFIS ACTUELS EN SANTÉ

Les patients¹ souffrent de plus en plus de problèmes complexes de santé alliant maladies aiguë et chronique. Une maladie aiguë représente une rupture temporaire avec le mode de vie alors qu'une pathologie non guérissable entraîne une condition chronique ou liée à des incapacités physiques, sensorielles ou psychologiques, qui signifient la perte définitive de la condition antérieure. Les patients doivent, dans certains cas, être traités de façon continue pour éviter la dégradation de leur état ou des complications.

■ Face à la réduction des

durées d'hospitalisation et à la décentralisation des soins

vers les services ambulatoires, le milieu de vie du patient devient le lieu pour la prestation du service infirmier. Il est donc essentiel que les infirmières² ajustent dans ce contexte leur façon de proposer les soins et d'être en relation avec les patients en leur permettant systématiquement de s'impliquer en tant que partenaires dans leur processus de soins.

■ Tant dans un contexte aigu que chronique, les patients vivent des transitions qui réorientent leur projet de vie. À ces changements situationnels s'ajoutent des transitions développementales (rôle dans la famille) et organisationnelles (rôles de travailleurs de citoyen...) les obligeant à mobiliser leurs ressources personnelles et celles de leurs environnements pour y faire face [7].

Leur situation de santé et leur projet de vie influencent leurs environnements et

DAN LECOQ^{a,e,*}
infirmier, maître de conférences, maîtrise en sciences de la santé publique, Ph.D santé publique

HÉLÈNE LEFEBVRE^{a,b,c}
infirmière, professeure titulaire, Ph.D éducation

ANDRÉ NÉRON^a
Patient partenaire, collaborateur scientifique

CHANTAL VAN CUTSEM^d
infirmière, directrice du département infirmier

AURÉLIA BUSTILLO^d
infirmière, infirmière chef de service, responsable de la formation continue

MARTINE LALOUX^{a,c}
infirmière, maître-assistant, coordinatrice sections "soins infirmiers"

^aUniversité libre de Bruxelles, École de santé publique, Centre de recherche en économie de la santé, gestion des institutions de soins et sciences infirmières, route de Lennik 808, CP592, 1070 Bruxelles, Belgique

^bFaculté des sciences infirmières, université de Montréal, pavillon Marguerite-d'Youville, 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal (Québec) H3T 1A8, Canada

^cChaire d'excellence sciences infirmières et paramédicales du collège santé, université de Bordeaux, 146, rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux, France

^dCliniques universitaires de Bruxelles, Hôpital Erasme, université libre de Bruxelles, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, Belgique

^eHaute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, Belgique

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

dan.lecocq@ulb.ac.be (D. Lecocq).

NOTES

¹Le terme "patient" est délibérément utilisé, même s'il est d'usage de le remplacer par le terme "personne" en sciences infirmières.

Nous estimons qu'il est plus adéquat de préciser la définition du mot "patient" que de procéder à sa substitution, car le terme "personne" n'est pas utilisé dans les milieux cliniques ni dans la population. Dans le modèle de partenariat humaniste en santé (MPHS), le terme "patient" inclut les proches et toutes les personnes de l'entourage choisies/identifiées par le patient comme étant concernées par sa situation de santé.

²Le terme "infirmière" est utilisé pour désigner l'ensemble des professionnels infirmiers, quel que soit leur genre.

RÉFÉRENCES

- [1] Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet Lond Engl*. 2011;377(9775):1438-47.
- [2] Stewart M, Brown JB, Donner A et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
- [3] 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):437-41.
- [4] Flora L. Le patient formateur auprès des étudiants en médecine. De l'approche historique, la contextualisation, à l'intervention socioéducative. [Thèse de doctorat en sciences de l'éducation]. Paris: Université Vincennes Saint-Denis Paris 8; 2008.
- [5] Légaré F, Turcotte S, Stacey D et al. Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *Patient*. 2012;5(1):1-19.

réciroquement. L'infirmière doit être consciente de ces interinfluences, des savoirs, compétences et ressources du patient quand elle entre en relation avec lui pour l'accompagner.

■ **Dans le modèle de partenariat humaniste en santé** (MPHS), l'infirmière est consciente d'entrer en relation avec le patient avec ses propres valeurs, ses préconceptions et ses objectifs, et qu'il en est de même pour ce dernier. L'accompagnement suppose de la part de l'infirmière de cheminer avec le patient partenaire de façon synchrone, c'est-à-dire dans la direction qu'il souhaite et à son rythme.

■ **Le MPHS est ancré dans la pensée infirmière.** La définition de certains concepts centraux du MPHS est empruntée ou constitue une évolution de celle d'autres modèles de soins infirmiers, depuis celui de Florence Nightingale jusqu'au modèle humaniste des soins infirmiers de l'université de Montréal [8-10]. D'autres auteurs en sciences infirmières, en particulier Alaf Ibrahim Meleis et sa théorie des transitions, et Michel Nadot et son modèle d'intermédiaire culturel, ont inspiré ce modèle [7,11,12] (annexe A). Le MPHS puise également son inspiration dans des courants de pensée transdisciplinaires et d'autres enseignements dont, particulièrement, le modèle de l'écologie systémique d'Urie Bronfenbrenner [13,14], la psychologie positive [15-17] et le modèle de partenariat patient de l'université de Montréal [18,19] (annexe B).

Une dynamique de partenariat

■ **Certains patients souhaitent davantage devenir partenaires de leurs propres**

soins et non plus en être l'objet. Ils veulent que leurs compétences à prendre soin d'eux et que les savoirs tirés de leur expérience avec la maladie soient reconnus.

Le modèle de partenariat patient de l'université de Montréal (Canada) s'appuie sur les savoirs expérientiels des patients partenaires définis comme les « *savoirs [d'expérience de la vie avec la maladie] du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches* » [20].

Ainsi, dans la relation de soins, l'infirmière et le patient partenaire s'engagent dans une relation de partage et de co-apprentissage en mutualisant et combinant leurs savoirs scientifiques et d'expérience et co-construisent le projet de soins.

■ **Dans ce partenariat avec l'infirmière**, les patients développent leurs habiletés pour "prendre en main" leur santé et prendre les décisions qui les concernent, dans une logique d'actualisation de leur projet de vie [21].

L'infirmière humaniste qui accompagne les patients partenaires, qu'ils soient hospitalisés ou dans leur milieu de vie, dans une dynamique de partenariat de santé, reconnaît qu'ils vivent des transitions liées à leur(s) maladie(s), aux conséquences de celle(s)-ci sur leurs rôles familiaux ou sociaux en plus des transitions "normales" de la vie [8]. D'une condition à une autre, ces passages peuvent conduire à une vulnérabilité. Le concept de transition est ainsi au centre du parcours de soins de la personne et de sa famille [8].

■ **La transition vécue par le**

patient partenaire est une expérience singulière et personnelle.

Pour vivre une transition qui fait sens, l'infirmière et le patient co-questionnent la situation de santé et son contexte, afin que celui-ci trouve des réponses dans sa propre expérience, l'infirmière mettant à disposition l'information utile pour y répondre. Elle co-explore avec lui ses perceptions de la situation, ses ressources personnelles et celles disponibles dans sa communauté, et sa façon d'appréhender sa situation, afin de co-mobiliser les moyens à sa disposition pour faciliter cette transition.

L'infirmière considère tout à la fois la transition situationnelle que constitue la maladie, les transitions organisationnelles comme l'impact de celle-ci sur les environnements du patient, tel son travail, ou encore les transitions développementales comme l'évolution potentielle des rôles familiaux.

Le MPHS promeut de la sorte également la recherche par le patient d'une signification à ce qu'il vit "ici et maintenant".

L'accompagnement infirmier, en mettant l'accent sur les émotions positives, les ressources personnelles, en favorisant le mieux-être du patient, l'invite à construire une vie significative pour lui, malgré la maladie [16,17,22].

En s'appuyant sur les savoirs, les forces, les ressources des partenaires et de leur environnement, y compris l'équipe de soins [23], l'infirmière co-définit la situation de santé avec le patient partenaire afin de mieux comprendre ce qu'il vit, co-planifie les actions à mettre en œuvre avec lui pour qu'il poursuive son projet de vie [24]. Grâce au dialogue qui s'établit entre eux et à la relation mutuelle engagée, l'infirmière

et le patient développent une confiance réciproque favorisant l'acquisition de nouvelles compétences ou habiletés qui leur permettent de vivre au mieux cette expérience de santé. Le patient acquiert ainsi davantage de savoirs dans l'autogestion de ses soins et de la vie avec la maladie.

■ **Cet accompagnement de la transition conduit à un nouvel équilibre** démontrant que la transition a été vécue de façon constructive au profit du projet de vie. Le patient devient conscient des co-apprentissages, des nouvelles habiletés acquises lors du processus de la transition. Ce processus vécu dans la relation d'accompagnement en partenariat l'amène à revoir ou à trouver une signification nouvelle à son expérience de santé. Cet accompagnement en partenariat contribue au mieux-être des patients grâce à la reconnaissance de leurs ressources, de leur expérience en situation et de leur capacité à agir par eux-mêmes et à s'engager ensemble dans une relation avec l'infirmière au cœur du processus de soins en fonction de leur projet de vie.

Une logique systémique

Dans le MPHS, l'expérience de soin vécue par le patient avec l'infirmière dépend de l'interaction et de la participation de chacun comme auteur [14]. Leurs rôles sont déterminés par l'interaction et l'interdépendance de nombreux facteurs [25,26].

■ **Le modèle écosystémique** guide la relation égalitaire qu'ils établiront ensemble dans le cadre de l'accompagnement en partenariat [15]. Le patient partenaire et l'infirmière partenaire sont deux entités qui s'inscrivent

chacun dans un micro-système. Le patient partenaire et l'infirmière partenaire qui entrent en relation constituent un méso-système. Ce dernier s'inscrit dans un exo-système, l'organisation de santé, lui-même inscrit dans le macro-système qu'est la société en général. Les interactions entre les différents systèmes sont bidirectionnelles et réciproques [14]. Suivant le modèle de l'écologie humaine, les systèmes externes à la personne sont eux-mêmes constitués d'éléments physiques, socio-économiques et culturels qui peuvent avoir une influence sur la santé [27,28]. Chacun de ces systèmes évolue à son rythme dans son propre contexte socio-historique formant le chronosystème (figure 1).

■ **L'expérience de santé met le patient en constante interaction avec de multiples environnements** dont l'influence sur son projet de vie ne peut pas être ignorée. La prise en compte éclairée des interrelations infirmière-patient-environnements a toutes les chances de conduire à des actions mieux adaptées aux caractéristiques singulières des patients, maximisant ainsi leurs potentialités tout en permettant de réduire ou de contourner ce qui fait obstacle à leur projet de vie. Enfin, cette approche aide à entrevoir et à aborder le milieu comme un véritable réseau potentiel de soutien par des stratégies visant à travailler avec lui et non pour ou sur lui.

■ **La qualité du partenariat, c'est-à-dire ses effets potentiels, dépend du degré de réciprocité**, du partage dans les échanges et de la reconnaissance du pouvoir du patient partenaire. L'infirmière partenaire doit en priorité convenir, avec le patient partenaire, des éléments

d'expérience qui posent problème, de leurs impacts sur les différentes dimensions de sa vie et des stratégies à mettre en place avec lui.

■ **Le MPHS mise sur les compétences de l'infirmière et celles du patient** pour établir une relation de partenariat visant la réciprocité et les co-apprentissages qui sont susceptibles d'optimiser le développement de chacun et la réalisation du projet de vie et de soins. Il considère l'expérience de santé et le projet de vie dans les soins du patient partenaire dans son environnement physique et social, tel que celui-ci les perçoit. Il permet de comprendre le patient partenaire comme faisant partie d'un système de relations significatives avec ses proches et son milieu de vie, de même qu'avec sa communauté et l'infirmière, afin de favoriser son mieux-être et la qualité des relations qu'il entretient avec son environnement. Le MPHS s'inscrit ainsi dans une volonté d'améliorer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients.

LES POSTULATS ET LES VALEURS

■ **Les postulats** du MPHS sont :

- **chaque être humain est unique**. Il mérite tous les égards et la considération de chacun ;
- **chaque être humain co-construit de façon singulière son projet de vie** avec des partenaires dans ses environnements ;
- **chaque être humain se gouverne par lui-même** compte tenu de ses potentialités intrinsèques et du sens qu'il donne à ses propres choix [29] ;
- **pour chaque être humain, le rôle infirmier comprend** à la fois le soin au patient, des actions en coopération avec d'autres professionnels, y

RÉFÉRENCES

- [6] World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Therapeutic patient education. Continuing education programs for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO; 1998. p. 90. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
- [7] Meleis AI, Sawyer LM, Im EO et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28.
- [8] Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 3^e édition. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2010.
- [9] Paquette-Desjardins D, Sauvé J, Gros C. Modèle McGill : une approche collaborative en soins infirmiers. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2015.
- [10] Cara C, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H et al. Le Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Rech Soins Infirm*. 2016;(125):20-31.
- [11] Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook*. 1994;42(6):255-9.
- [12] Nadot M, Busset F, Gross J. L'activité infirmière: le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable. Paris: De Boeck-Estern; 2013.
- [13] Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1979.
- [14] Bronfenbrenner U. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications; 2005.
- [15] Frankl VE. Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie. Montréal, Québec: Les Éditions de l'Homme; 2005.
- [16] Lecomte J. Introduction à la psychologie positive. Paris: Dunod; 2014.

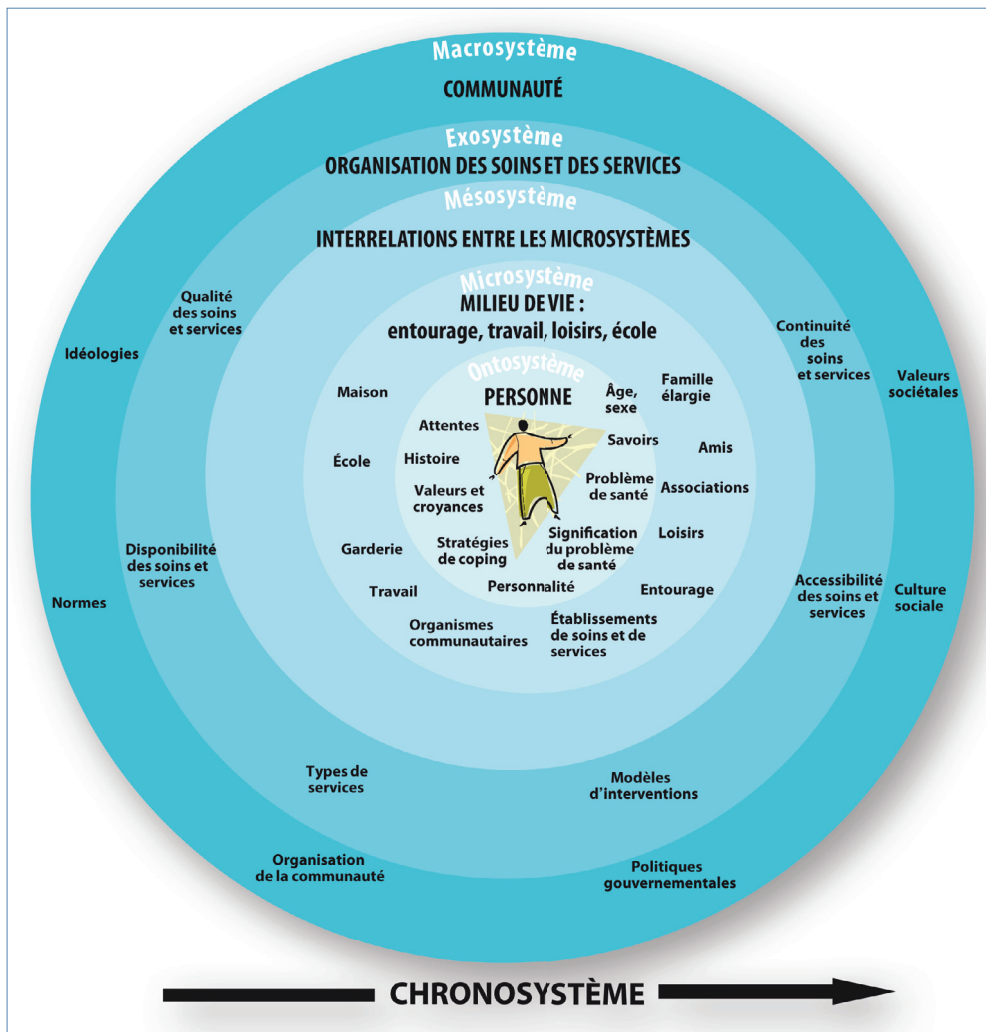


Figure 1. Systèmes dans lesquels s'inscrivent les partenaires (tiré et adapté d'Urie Brofenbrenner par Hélène Lefebvre et Marie-Josée Levert [13,28]).

L'infirmière et le patient sont également partenaires des activités réalisées avec d'autres professionnels, y compris les médecins, et des contributions apportées au bénéfice de l'institution de santé. Ces actions, issues de la combinaison des savoirs scientifiques et d'expériences du patient partenaire et de l'infirmière partenaire visent à répondre aux attentes et aux priorités du patient tout en considérant celles des professionnels et des gestionnaires du domaine de la santé.

Cette vision s'inscrit dans l'évolution de la pensée infirmière, mais également dans un courant sociétal plus large, qui plaide notamment pour une plus grande démocratie sanitaire et une implication renouvelée des citoyens en tant qu'acteurs sociaux.

La personne

Les partenaires sont toutes les personnes impliquées dans l'expérience de soin : le patient, un proche, l'infirmière et tous les intervenants de l'équipe de soins impliqués dans l'expérience. Les partenaires interagissent de façon égalitaire.

Le patient est un être libre et autonome, capable de faire des choix éclairés, donc en mesure de s'autodéterminer et de faire preuve de créativité.

L'environnement

Les partenaires s'inscrivent dans un environnement constitué de systèmes en interrelations, qui représentent un environnement complexe que les partenaires co-découvrent dans une relation de partage d'éléments en lien avec le projet de vie du patient et le projet de soins commun.

La santé

Les partenaires sont constitués

RÉFÉRENCES

[17] Lecomte J. Donner un sens à sa vie. Paris: Éditions Odile Jacob; 2007.
 [18] DCPD et CIO-UdeM. Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2016. <https://ecoledupartenariat.org/fr/>
 [19] Flora L, Berkesse A, Payot A et al. Chapitre 3. L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. J Int Bioéthique. 2016;27(1):59-72.

compris avec les médecins, et des contributions au bénéfice de l'institution de santé.

- **Les valeurs** du MPHS sont :
 - **le respect de l'humain dans son essence** : chaque être humain, dans toutes ses dimensions, mérite tous les égards et la considération du fait de son statut d'être humain [29] ;
 - **l'autonomie de la personne** : chaque être humain est libre et capable de se gouverner lui-même et d'effectuer ses propres choix [28] ;
 - **l'égalité dans la relation** : chaque être humain est traité de la même manière dans le respect de son identité [21] ;

- **la croyance dans le potentiel de chaque être humain** qui, dans la diversité, mobilise ses forces et ses ressources [30] ;
- **la fidélité dans ses engagements** : chaque être humain agit selon ses principes et respecte ses engagements ; il est responsable de ses actes [31].

LES CONCEPTS CENTRAUX

Le MPHS propose une façon d'accompagner le patient partenaire dans toutes les dimensions qu'il souhaite pour son projet de vie, afin de co-construire avec lui des actions infirmières dans une relation égalitaire.

de caractéristiques identitaires de différentes natures en interrelation : biophysique, psychologique, socioculturelle et spirituelle. L'ensemble de celles-ci tend vers un équilibre satisfaisant pour le patient qui constitue son identité-intégrité en santé.

Le soin

Lorsque l'identité-intégrité du patient est déstabilisée par l'expérience de santé-maladie, les partenaires se mettent en mouvement, chacun avec leurs savoirs et leurs ressources propres, et cheminent ensemble vers un nouvel état d'équilibre. Le soin est alors co-construit à partir des savoirs scientifiques et expérientiels des partenaires qui évoluent dans un environnement partagé.

L'OBJECTIF DE L'ACCOMPAGNEMENT

Le but de l'accompagnement infirmier est d'aller ensemble avec le patient vers un équilibre en santé jugé satisfaisant par celui-ci.

■ **Une stratégie d'accompagnement est co-définie** par le patient partenaire et l'infirmière. Elle prend en compte le patient avec ses caractéristiques identitaires singulières, son environnement physique, social, culturel, ses moyens et ses ressources pour qu'il acquiert une identité-intégrité en santé qui, à cause de la nouvelle expérience, ne sera pas celle d'avant.

■ **Grâce à la relation de soins se co-construisent des actions communes** dans un mouvement synergique vers un nouvel équilibre, fruit de la combinaison des aspirations des partenaires dans un espace-temps partagé.

Les partenaires acceptent

l'interdépendance et la complémentarité qui les unit. Ils sont co-responsables de l'accompagnement.

LES RÔLES DE L'INFIRMIÈRE

Dans sa position de médiateur, l'infirmière initie un accompagnement en partenariat en mettant en relation les sphères biomédicale, administrative, et le patient. De cette manière, tous les partenaires cheminent vers un nouvel équilibre pour que le patient trouve une nouvelle identité-intégrité en santé.

Le lien significatif

■ **L'infirmière accompagne le patient pour lui permettre de co-construire de façon optimale son expérience de soins** en conformité avec son projet de vie et dans le respect de son autodétermination. Elle accorde une importance capitale à établir un lien significatif et de partenariat avec le patient afin de prendre en compte sa singularité dans ses choix, son projet de vie, et est garante du partage de la responsabilité. L'infirmière reconnaît le patient dans toutes ses dimensions.

■ **Dans son rôle de médiateur institutionnel au sein de l'équipe interprofessionnelle**, l'infirmière valorise le projet de vie du patient en le faisant reconnaître auprès de tous les partenaires. Elle inscrit ses prestations dans une dynamique de coopération interprofessionnelle incluant le partenariat patient.

Qu'il s'agisse d'actions à caractère administratif, médico-déléguées ou autonomes, l'infirmière s'engage, dans sa position de médiateur institutionnel, à ce que tous les intervenants de l'équipe de soins

co-construisent avec le patient une trajectoire de soins intégrative tenant compte de ses aspirations et de ses priorités, qui constituent son projet de vie [13].

■ **La compétence professionnelle infirmière en action**, dans l'accompagnement en partenariat, consiste à s'ouvrir aux savoirs et vérités co-construits par les échanges et les dialogues en situation avec l'autre [32]. Par le dialogue, l'infirmière encourage la recherche mutuelle de sens. La relation de professionnelle à patient met en scène deux personnes placées sur un niveau d'égalité qui échangent au sujet d'une situation pour laquelle leur double compétence est requise [32]. Elle suppose aussi une posture émancipatrice visant à créer un environnement relationnel qui soit une opportunité pour chacun de grandir en humanité et de se développer. Ainsi, l'infirmière s'adapte par le dialogue et la réflexivité au fil de l'accompagnement, qui est en constante redéfinition et en ajustement en regard de la situation.

■ **Cette compétence professionnelle exige d'adopter certaines attitudes** comme être disponible, présent, ouvert, attentif et signifier à l'autre « *Je suis là* » [32], solliciter l'autonomie de la personne en misant sur ses ressources, dans une démarche humaniste.

Ces attitudes se traduisent par des comportements comme une posture d'écoute, c'est-à-dire être attentif, mais surtout interagir, répondre, solliciter et dynamiser un questionnement en lien avec la situation présente. C'est aussi un processus de négociation des compréhensions, de délibération interactive et de conception partagée du sens [33]. Il s'accomplit tant

RÉFÉRENCES

- [20] Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de l'université de Montréal. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services, vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. 2014. p. 66. http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- [21] Habermas J. Théorie de l'agir communicationnel. Tome 1, Rationalité de l'action et rationalisation de la société. Paris: Fayard; 1987.
- [22] Steger MF. Meaning in Life. In: Lopez SJ, Snyder CR (eds). The Oxford Handbook of Positive Psychology. 2^e éd. Oxford University Press; 2009. p. 679-87.
- [23] Johnson NG. On treating adolescent girls: Focus on strengths and resiliency in psychotherapy. J Clin Psychol. 2003;59(11):1193-203.
- [24] Seligman MF. Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In: Lopez SJ, Snyder CR (eds). The Oxford Handbook of Positive Psychology. 2^e éd. Oxford University Press; 2009. p. 679-87.
- [25] Sylvestre A, Schornsteiner AM, Zingg F et al. Il était une fois Sylvain... L'histoire d'une intervention logopédique selon un modèle écosystémique. Lang Prat. 1999;(24):13-27.
- [26] Sylvestre A, Dionne C. Modèle interactionniste d'intervention en orthophonie. Reue francophone de la déficience intellectuelle. 1994;5(2):155-66. http://www.rfdi.org/wp-content/uploads/2013/06/SYL_v5.pdf
- [27] Marmot M, Friel S, Bell R et al; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-9.
- [28] Lefebvre H, Levert MJ, Dorze GL et al. Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral : vers la résilience ? Rech Soins Infirm. 2014;(115):107-23.

RÉFÉRENCES

- [29] Paillard C, Jeanguiot-Pierre-Poulet N. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers: vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné : 627 définitions, 1 706 références bibliographiques, 1 236 citations. Noisy-le-Grand: Setes; 2015.
- [30] Cara C, Roy M, Thibault L et al. Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM. Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation. Montréal, Québec: Université de Montréal, faculté des sciences infirmières; 2015.
- [31] Truchon S. Intégrité et confiance : Un tandem gagnant. J OIIQ. 2010;7(1). <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/integrite-et-confiance-un-tandem-gagnant>
- [32] Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Rech Soins Infirm. 2012;3(110):13-20.
- [33] Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. Rech Soins Infirm. 2012;3(110):17.
- [34] Paul M. La démarche d'accompagnement : repères méthodologiques et ressources théoriques. De Boeck Supérieur; 2016.
- [35] Paul M. Ce qu'accompagner veut dire. Carrièreologie. 2003;9(1):121-44. http://www.carriereologie.uqam.ca/volume09_1-2/07_paul/
- [36] Lefebvre H, Levert MJ. Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches. In: Actes de Les journées de la prévention 2009 Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. Paris: Inpes; 2010. p. 18-35. http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2009/session2/PPT_LEFEBVRE_Helene.pdf

dans le silence réceptif que dans l'interpellation.

■ **L'accompagnement en partenariat vise la co-construction d'un projet de soins** qui s'inscrit dans le projet de vie du patient partenaire. L'infirmière invite le patient à s'exprimer, à se raconter, car l'expression de soi est la première condition pour s'impliquer [32]. L'infirmière partenaire invite le patient partenaire à exprimer son projet de vie dans le but de définir des priorités communes qui vont orienter le projet de soins.

La prestation du soin

La prestation du soin infirmier est l'accompagnement en partenariat qui vise à « *aller ensemble avec le patient vers...* » en s'ajustant à chaque situation, à chaque personne [32,34]. Il est un processus privilégiant des interactions sous forme d'échange entre les partenaires.

■ **L'accompagnement en partenariat, fondé sur la reconnaissance mutuelle des savoirs de chaque partenaire,** consiste à co-définir la situation de santé du patient, à co-planifier, à co-agir et co-évaluer de façon continue en fonction du projet de vie du patient. Le patient définit le positionnement de l'infirmière : « *devant le patient pour le guider, à ses côtés pour l'escorter, derrière lui pour le conduire.* » [35] L'infirmière est là où le patient souhaite qu'elle soit, à l'endroit où la dynamique de la relation conduit les partenaires.

■ **Des co-apprentissages** résultent de l'accompagnement en partenariat : les savoirs des partenaires s'enrichissent mutuellement dans et par la relation. Ce processus favorise l'auto-détermination du patient dans le sens d'une prise de décisions

libres et éclairées ayant pour objectif l'atteinte de résultats de santé jugés optimaux par le patient, en harmonie avec son projet de vie.

LA DÉMARCHÉ OPÉRATIONNELLE

La démarche du MPHS comporte trois étapes [36], qui se déroulent parfois de façon simultanée et s'influencent :

- **co-définir** la situation : collecter, co-analysée et co-interpréter des éléments d'expérience ;
- **co-planifier** les soins et co-intervenir ;
- **co-évaluer** avec le patient et avec l'équipe.

Il s'agit d'une démarche progressive et continue qui s'inscrit dans le projet de vie du patient partenaire (figure 2). La co-définition de la situation est continue et permet aux partenaires de coopérer de façon dynamique par le dialogue et la réflexivité.

Plusieurs priorités identifiées par le patient partenaire peuvent être poursuivies à la fois.

Première étape

La première étape consiste à collecter des éléments d'expérience puis à les co-analyser et co-interpréter pour aboutir à une co-définition de la situation de santé.

■ **La démarche de soins débute par un entretien de santé** afin de réaliser un inventaire le plus complet possible des éléments de compréhension de l'expérience de santé du patient partenaire.

L'infirmière partenaire dépasse "l'agir stratégique" par lequel elle chercherait à exercer une certaine influence sur l'autre, pour aller vers un "agir communicationnel" [21]. Elle s'entend

avec le patient partenaire, de façon à interpréter ensemble la situation et à s'accorder mutuellement sur la conduite à tenir. Avant de se mettre à cheminer, l'infirmière partenaire et le patient partenaire, s'entendent sur une définition commune de la situation de départ qui va permettre de préciser non seulement les résultats de santé, la "destination commune", mais aussi les orientations à prendre, le "chemin à emprunter". Se lancer dans l'action sans cette définition commune, intervenir sans s'être entendus, risque de conduire l'infirmière à proposer de fausses pistes, voire de mener à des impasses... Si cela devait se produire, il faudrait retrouver une définition commune par la négociation et la discussion.

■ **Ainsi, il s'agit de recueillir des données à des fins d'inventaire** ce qui fait problème du point de vue du patient partenaire et du proche, en explorant la situation avec lui. Lors de cette étape, l'infirmière partenaire note aussi "ce qui va bien" et les forces du patient dans la situation vécue (« *Je sais que vous avez été admis pour [...]. Parlez-moi de ce qui va bien, de ce qui va moins bien, de ce qui vous préoccupe.* »). Les principaux impacts de l'expérience de santé sur le projet de vie du patient et sa signification pour le patient sont discutés.

■ **Les données collectées sont de nature objective et subjective.** Les données objectives proviennent de sources variées : examen clinique, données antérieures, outils de mesure clinique et échelles d'évaluation. Les informations subjectives sont des éléments d'expérience provenant du patient, de ses proches et de l'environnement. L'infirmière s'assure auprès du

patient partenaire que tous les éléments pertinents dans cette situation ont été co-explorés durant l'entretien de santé afin de compléter la compréhension de la situation pour pouvoir l'accompagner dès ce moment. L'infirmière en réalise une synthèse qu'elle co-validate auprès du patient partenaire afin de s'assurer d'une compréhension commune de l'expérience.

■ **L'infirmière co-explore ensuite avec le patient les éléments mentionnés** qui représentent actuellement le problème le plus important du point de vue du patient et de ses proches. Les partenaires co-identifient les principales répercussions ou perturbations sur les dimensions identitaires qui bouleversent son intégrité. Afin de co-orienter les soins, l'infirmière s'enquiert de l'impact de la perturbation qui préoccupe le plus la personne. Elle formule, avec ses propres mots ou ceux de la personne, la synthèse de ce qui lui cause le plus de difficulté (« *Est-ce bien cela qui vous préoccupe le plus ? Qui vous cause le plus de difficulté ? En quoi ou comment ce problème affecte votre fonctionnement, votre bien-être ?* »). Elle co-validate avec le patient partenaire la définition commune à partir de laquelle les partenaires vont cheminer.

Deuxième étape

La co-planification des soins et la co-action représentent la deuxième étape.

■ **Dans le but de co-planifier les soins avec le patient partenaire**, l'infirmière co-définit avec lui les priorités de soin et les critères d'évaluation associés. Elle discute avec le patient pour co-définir la priorité de soin des partenaires : celle pour laquelle le patient est prêt à s'engager dans un travail en

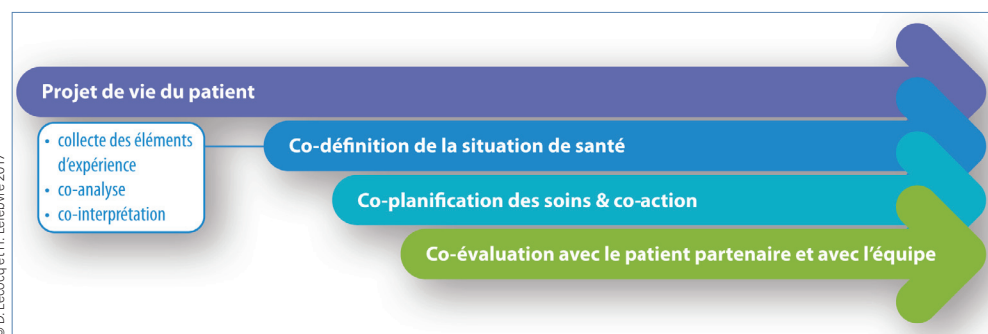


Figure 2. Démarche de soins du modèle de partenariat humaniste en santé (inspirée de [36]).

partenariat avec l'infirmière. L'infirmière et le patient co-identifient ensemble les intervenants pouvant contribuer à l'accompagnement dans la situation et la contribution qui peut en être attendue (« *Qui peut contribuer et comment à l'atteinte de l'objectif prioritaire ?* »). Pour les aspects liés à la sortie de la personne, la communauté est intégrée dans la démarche au plus tard à l'étape de co-planification. L'accompagnement infirmier consiste à valoriser les forces et les ressources du patient pour répondre à ses préoccupations.

■ **Les partenaires conviennent ensemble d'un éventail de co-actions possibles.** L'infirmière réalise ensuite la synthèse et co-validate auprès du patient partenaire (« *En concertation, nous convenons donc ensemble que nous allons mettre en œuvre telles actions avec tels intervenants* »). L'infirmière, le patient partenaire et les autres intervenants concernés s'engagent ensemble dans des actions coopératives afin de co-construire les stratégies optimales à la préservation, le maintien ou le recouvrement d'une identité-intégrité satisfaisante du point de vue du patient partenaire.

Troisième étape

La co-évaluation constitue la troisième étape de la démarche. Tout au long et à la fin du

processus, dans une approche réflexive et dans le dialogue, l'infirmière, le patient partenaire, les intervenants concernés co-évaluent ensemble les effets des stratégies co-construites sur la préservation, le maintien ou le recouvrement de l'identité-intégrité de la personne. L'équipe de soins, incluant le patient partenaire, co-évalue aussi son partenariat afin de s'ajuster constamment à l'expérience de chacun.

CONCLUSION

Le MPHS s'inscrit dans l'évolution des modèles de soins infirmiers en proposant une façon d'accompagner le patient partenaire sur un mode relationnel égalitaire. Il ne prévoit pas de "faire avec", ni "d'être avec", mais "d'aller ensemble avec" le patient partenaire, vers un futur co-construit qui s'inscrit dans son projet de vie : l'infirmière est présente avec le patient pour cheminer avec lui de façon synchrone, en s'appuyant sur la complémentarité de leurs ressources et de celles des autres intervenants partenaires (annexe C). ■

ANNEXES A,B, C. MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire (Annexes A, B et C) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.soins.2017.05.016>

Remerciements

Les auteurs remercient tous les patients partenaires impliqués dans le programme d'amélioration de la qualité des soins et des services aux Cliniques universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme, le personnel infirmier des Cliniques universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme, et en particulier tous ceux impliqués dans ce projet, ainsi que l'équipe enseignante de la section soins infirmiers de la Haute École Libre de Bruxelles.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.