Regards croisés sur l'approche centrée patient (ACP) et la relation soigné soignant

Alain MOREAU(1), Matthieu LUSTMAN(2)

(1) Pr émérite du Collège Universitaire de Médecine Générale ; EA 4148 S2HEP ; Faculté Lyon Est-Université Claude Bernard Lyon 1. ; (2) Sociologue, médecin généraliste. Chargé d'enseignement au département de médecine générale de la Faculté de médecine de Créteil. Président de l'association Sciences Humaines et Santé, et membre fondateur du GROUMF.

1 Introduction

En situation aigüe de détresse cardio respiratoire ou de méningite bactérienne, la médecine est capable de soins techniques et médicamenteux qui vont permettre de guérir d'un problème clinique (*Curing*). En situation de maladie chronique, porter attention à sa santé, au prendre soin (*Caring*) va permettre au patient d'améliorer son espérance et sa qualité de vie. En situation de souffrance non guérissable ou de fin de vie, le soin qui apaise et soulage (*Healing*) est essentiel pour le patient. Dans ces 3 types de soin, l'objectif du soignant est de s'adapter au contexte biopsychosocial de chaque situation clinique, aux capacités du patient à agir et à son savoir expérientiel.

La relation thérapeutique entre soignant et soigné est au centre de ces 3 types de soins. La médecine et la relation soignant soigné ont évolué au cours du temps passant d'une relation paternaliste dans une période où les capacités *curing* et *caring* de la science médicale étaient balbutiantes et émergentes à une relation plus équilibrée, délibérative et partenariale dans une période où les capacités de guérir de la médecine se sont accrues.

Comment caractériser au mieux la dynamique de cette démarche clinique relationnelle d'approche centrée patient (ACP) délibérative et partenariale ? Elle reconnait l'expertise de chaque partenaire de la relation entre soignant et soigné pour comprendre le problème de maladie ou de santé, partager leurs perspectives réciproques (savoir biomédical pour le soignant/savoir expérientiel pour le soigné), définir ensemble les objectifs-priorités et les rôles de chacun. L'objectif est de trouver si possible un terrain commun pour partager les décisions à prendre dans un cadre relationnel thérapeutique (Stewart, Brown, Weston, Freeman *et al.*, 2024).

L'approche centrée patient (ACP) comme démarche clinique relationnelle est devenue le concept-principe-éthique de base de la relation soignant-soigné à travers tout un parcours conceptuel historique, socioéconomique (Moreau, Ferrat, Perdrix, Aubin-Auger, 2021). Comment ce concept s'enrichit-il d'autres concepts comme celui de démarche clinique ? Comment cette approche se situe-t-elle dans les débats conceptuels, philosophiques et sociologiques actuels ? Qu'en pense-t-on du côté des patients ? Ce modèle est-il applicable en pratique courante ?

2 Regards croisés du contexte historique et socio-économique

2.1 L'histoire du concept ACP au travers de 6 regards croisés

La relation soignant soigné dans les années 40-50 était dominée par le modèle paternaliste dit de relation consensuelle décrit par Parsons (Kandel, Bousquet, Chouilly, 2015). Selon cet auteur, la maladie constitue une déviance potentielle par rapport à l'ordre social et le médecin est un régulateur qui assure un contrôle social. La relation est asymétrique et fait l'objet d'un consensus au niveau médical et sociétal : le médecin est actif, le patient est passif. Le patient reconnaît le pouvoir du médecin dans la relation thérapeutique. Le médecin se préoccupe du bien-être du patient au nom du principe de bienveillance et de bienfaisance. Le patient possède deux droits : celui d'être reconnu comme malade (le médecin lui donne ce statut) et celui d'être soigné selon des principes scientifiques.

Ce modèle a été contesté au travers de 6 regards qui se sont croisés dans le temps et qui ont accompagné l'évolution de la société.

-Sur un plan philosophique, Canguilhem (1950) a défendu l'idée que « c'est le pathos qui conditionne le logos » : l'expérience de la maladie suscite la connaissance de la pathologie et son anormalité. Le patient est au premier plan pour évaluer sa propre norme de maladie et donner son point de vue sur son état. « En matière de normes biologiques, c'est toujours à l'individu qu'il faut se référer ». Le médecin ne peut donc pas décider seul de l'anormalité de la maladie, sans consulter l'avis du patient.

-Un recentrage sur le patient s'est opéré dans la relation médicale pour nuancer l'asymétrie du modèle paternaliste avec le deuxième regard dans les années 1950 de Balint (1973) issu de la psychanalyse. Le médecin généraliste (MG) peut se prescrire comme un médicament (« le remède médecin ») avec sa pharmacologie propre et son rôle central d'écoute. Le patient fait une offre de symptômes qui ne rentrent pas d'emblée dans le cadre biomédical de la maladie et restent inorganisés. Le médecin a tendance à organiciser en fonction de sa culture biomédicale avec le risque de iatrogénicité alors que la maladie du patient est autogène. Le diagnostic approfondi dépasse le simple diagnostic biomédical et intègre le patient dans son contexte et son vécu. La confusion des langues entre langage patient et langage scientifique rend alors le dialogue incompréhensible.

La relation médecin patient permet d'accumuler au fil du temps un capital confiance et émotionnel, grâce à la continuité des soins et à la disponibilité du médecin dans le cadre de ce qu'il appelle la « Compagnie d'investissement mutuel » Dans le prolongement des travaux de son mari, Enid Balint (1967) a employé le terme de « patient

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

centered medecine » pour décrire des mini-psychothérapies effectuées par des médecins participants à ses séminaires. Ils exposaient des situations cliniques à l'écoute du contexte de vie des patients qui pouvaient permettre de faire des liens avec des symptômes fonctionnels inexpliqués par la médecine.

- De son côté, Rogers (2009) dans les années 1950 a apporté le regard de la psychologie humaniste avec la relation d'aide et de soutien (*counseling*) et l'approche centrée sur la personne dans une perspective phénoménologique de valorisation du ressenti et de l'expérience vécue. Selon lui, chaque organisme humain tend à développer toutes ses potentialités de façon à favoriser sa conservation, la satisfaction de ses besoins, la valorisation de son être-soi dans un but d'autonomie et d'unité bio-psycho-sociale (la tendance actualisante). Pour lui, le moi correspond à l'idée, à la perception globale (*gestalt*) que la personne se fait d'elle-même, de sa relation aux autres et à son milieu de vie à travers ses expériences vécues et en lien avec son système de valeur. L'expérience du moi s'exprime par une représentation-symbolisation et un sentiment qui lui donne sa signification. L'accord entre l'image du moi et l'expérience vécue donne un sentiment de congruence et d'authenticité. Chaque être humain possède de manière unique un cadre de référence interne représentant son monde subjectif. Tout ce qu'exprime une personne à ce sujet et sur son expérience mérite considération de manière inconditionnelle. Cette dernière est un besoin fondamental de tout être humain qui doit la ressentir comme telle. Cette notion clé du système rogérien contribue au processus thérapeutique et au changement d'attitude de la personne. L'empathie vise à comprendre ce cadre de référence, le système de valeur de la personne, ses sentiments comme si on était cette personne sans oublier qu'il s'agit des expériences et perceptions de l'Autre.

- Dans les années 70, Engel (1997) a apporté un quatrième regard qui a largement contribué au concept d'ACP en développant le concept d'approche biopsychosociale. Celui-ci cherche à rendre scientifique la façon dont les patients racontent leurs expériences de la maladie. Comment rendre scientifique le discours du patient sur son expérience de la maladie ? Le patient va se comporter en collaborateur en partageant son expérience subjective avec son médecin (*Communing*) tout en communiquant des informations sur son état de santé qui pourront servir au diagnostic biomédical objectif. L'observation (*Outer viewing*) côté médecin et l'introspection (*Inner viewing*) côté patient vont faire l'objet d'un dialogue (*Interviewing*). Cette triade est la base méthodologique de l'étude clinique, source des données expérientielles qui vont être introduite dans le savoir scientifique de la maladie et lui donner du sens. Il y a un monde entre l'expérience vécue du patient et sa propre mise en mots mais aussi entre le discours exprimé par le patient et ce qu'en retire le médecin pour émettre des hypothèses et faire son diagnostic. Un clinicien expérimenté ira rechercher les liens avec un contexte personnel favorable à l'expression du symptôme. L'approche biomédicale objectivante cherche à éliminer ce genre de données intimes comme non scientifiques alors que comprendre ce qui se passe en écoutant la narration de l'expérience du malade, son histoire vécue de la maladie fait partie de la démarche scientifique d'approche globale. L'approche biopsychosociale intègre la dimension humaine et environnementale dans la connaissance scientifique de la maladie.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

- Le regard socio-anthropologique de Kleinman (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978) a renforcé la distinction entre la maladie de la médecine scientifique (*Disease*) et l'expérience vécue de la maladie (*Illness*) qui fournit un savoir au patient, se façonne et se construit au fil du temps dans un environnement familial et socio-culturel donné. Ce contexte procure des modèles explicatifs qui donnent du sens à la maladie vécue et influencent les attentes, la perception des symptômes. L'enjeu central de la rencontre clinique est une transaction entre les modèles explicatifs du patient et ceux du médecin. Une partie du processus clinique implique des négociations entre ces modèles explicatifs, une fois qu'ils ont été rendus explicites. Ces modèles s'expriment à travers la narration de l'expérience vécue (*Narrative Based Medicine).*

- Dans les années 1980, les auteurs canadiens McWhinney et Stewart ont apporté un sixième regard au travers du concept de « *Patient Centered Medecine* » qui a abouti à la méthode clinique de l'approche centrée patient ACP autour de 6 composantes (Stewart, Brown, Weston *et al.*, 2003) :

1. Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient en tant que personne. La perspective biomédicale renvoie à la conception objective, physiopathologique, anatomoclinique de la maladie (*Disease*). La perspective profane du patient comme personne renvoie à son expérience vécue subjective de la maladie (*Illness*). La perspective du patient s'explore à travers son vécu, ses représentations, attentes, préférences…

2. Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte.

3. Trouver un terrain commun (*Common Ground*) pour s'entendre avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les objectifs, les priorités du traitement, les rôles de chacun dans une optique réaliste.

4. Mettre en valeur la relation et l'alliance thérapeutique capable de favoriser la confiance et la guérison du patient.

5. Valoriser la prévention et favoriser la promotion de la santé.

6. Faire preuve de réalisme pour le médecin, tenir compte de ses limites, prendre en compte la gestion du temps, la dimension affective de la relation nécessitant de mieux se connaitre en tant que personne.

On retrouve dans ces composantes les influences des précurseurs qui ont contribué à construire ce modèle (Mead, Bower, 2000) :

- Le modèle biopsychosocial de Engel
- Le patient comme personne avec son expérience vécue et ses perspectives-croyances et représentations de la maladie (Balint, Kleinman)
- Le partage du pouvoir et des responsabilités qui fait passer à un modèle de participation mutuel d'adulte à adulte avec les notions de négociation, concordance, « *Patient empowerment* » et décision médicale partagée.
- L'alliance thérapeutique, moteur de l'effet thérapeutique placebo potentialisée par une relation de qualité basée sur l'empathie, la congruence et le regard

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

positif sur l'autre (Rogers) et la compréhension commune du problème et des buts du traitement (la « compagnie d'investissement mutuelle » de Balint).

- Le médecin en tant que personne : le modèle biomédical renvoie à la médecine d'une personne alors que le modèle ACP renvoie à une médecine à 2 personnes en interaction relationnelle qui s'influencent réciproquement avec leurs propres représentations de l'autre et des mécanismes transférentiels pouvant déboucher sur une dynamique psychothérapeutique.

2.2 L'extension du concept ACP vers l'organisationnel et la dimension socioéconomique

En 2001, *l'Institute Of Medecine* (IOM) lance une définition de l'ACP basée plus sur une description de principes éthiques adaptés à un patient acteur autonome, partenaire, responsable, participant à la décision, une sorte de modèle du patient idéal :

> « [...] un partenariat entre praticien, patients et leurs familles (si appropriées) pour s'assurer que les décisions respectent les volontés, besoins et préférences des patients et que les patients aient l'éducation et le soutien dont ils ont besoin pour prendre les décisions et participer à ses propres soins ».

L'institut Picker propose, en 2001, un certain nombre de principes ACP issus des travaux de Gerteis (1993). Il reprend le respect pour les valeurs des patients, leurs préférences et leur besoins exprimés, la communication-information-éducation de façon à faciliter autonomie, autogestion des soins et décision partagée. Il précise des objectifs concrets de qualité des soins, de confort physique, de soutien émotionnel et de réduction des craintes liés aux répercussions des problème de santé. Il introduit des modalités de soins comme la coordination de soins intégrés, l'implication de la famille dans les soins, la continuité des soins et l'accessibilité des soins tant hospitaliers qu'ambulatoires. L'organisation internationale de la médecine générale – médecine de famille (*World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners / family physicians WONCA Europe*) l'a défini comme l'une des caractéristiques de la discipline médecine générale – médecine de famille en 2002[1]

Un élargissement du concept à un modèle organisationnel systémique global et « managérial » s'est opéré dans le monde anglosaxon avec 7 facteurs clés contributifs de l'ACP (Shaller, 2007) :

1. Un leadership centré patient entre le management organisationnel et l'équipe médicale ;
2. Une vision stratégique et planifiée de mise en application en pratique courante avec une communication affichée des objectifs ACP[2] ;

[1] https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine.
[2] Selon le modèle managérial d'excellence https://www.nist.gov/baldrige

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

3. Une implication des patients et familles (élargies aux amis proches) (*Patient and Family Centered Care*) avec aide à l'analyse de la situation, participation à tout le processus des soins avec le système leadership, mise en place de politiques locales et étatiques de délivrances des soins ;
4. Un environnement de soutien aux professionnels valorisant de manière symétrique le respect et la dignité de la personne soignante ;
5. Une évaluation de la performance du processus de soin et des feedbacks des patients ;
6. La qualité de l'environnement construit autour du patient à la fois spatial et architectural, la personnalisation des soins, une médecine intégrant le toucher, le côté apaisant de l'art, les thérapies complémentaires[3] favorable aux soins (*healing*) et à l'efficacité des professionnels ;
7. Une technologie de soutien facilitant la communication avec le patient, son accès à l'information et l'interaction par le dossier électronique.

L'OMS, en 2007 a proposé de promouvoir des soins de santé centrés population dans différents domaines autour de l'individu et de son environnement familial et communautaire (améliorer la littératie, participer à la décision partagée, développer l'autogestion des soins et des soutiens sociaux professionnels locaux gouvernementaux ou non gouvernementaux). L'objectif est aussi d'avoir des professionnels de santé compétents (ayant une approche globale biopsychosociale et empathique, des capacités éducatives, communicationnelles, culturelles, réflexives, une formation continue EBM et jouant un rôle de modèle auprès des étudiants…). L'organisation des soins et du système de santé doit rendre confortable l'environnement des soins tant pour le patient que pour les professionnels, assurer une coordination efficace et efficiente des soins, renforcer le travail d'équipe pluridisciplinaire et les capacités de *leadership* des manageurs en santé. Cela passe par des politiques de santé qui renforcent les soins premiers, les ressources humaines et matérielles, la participation à l'élaboration de politiques éducatives, un financement incitatif basé sur une évaluation des résultats et de l'accessibilité des soins, une utilisation rationnelle des moyens technologiques, de hauts standards de professionnalisme, un contrôle des usagers avec accès au dossier et une protection des informations délivrées aux patients.

Le concept de *Patient Centered Medical Home* (PCMH) (Braddock, Snyder, Neubauer and Fischer, 2012) se définit aussi comme :

> « […] une ressource centrale comprenant une équipe compétente incluant un médecin spécialisé en gestion et coordination de soins chroniques impliquant des patients informés ».

Les associations représentatives disciplinaires américaines des généralistes-médecins de famille, pédiatres et ostéopathes ont défini 4 positions de principes :

1. Un principe ACP intégrant les définitions de l'IOM et Picker Institute, les principes éthiques de bienfaisance, de non nuisance, de respect de l'autonomie du

[3] https://www.planetree.org/

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

patient, le développement d'une compétence culturelle, éducative en santé, en littératie en santé ;

2. L'accessibilité et la coordination avec l'objectif de fournir un accès à un professionnel référent, coordonnateur des soins au sein d'une équipe et permettant au patient de naviguer dans le système de soin ;
3. L'implication des patients, des familles et des professionnels du soin avec des aides décisionnelles et un accès aux techniques et technologies de l'information. Le but du professionnel est d'analyser les barrières, de respecter la possibilité d'un non engagement et de ne pas adhérer à ce qui serait une forme de tyrannie de la santé.
4. L'implication du professionnel pour la démarche qualité des soins afin de réduire les possibilités d'erreur médicale, d'assurer la sécurité du patient, d'éviter la surconsommation de soins et d'optimiser les résultats cliniques dans la continuité des soins avec un professionnel digne de confiance et accordant le temps adapté au patient.

Quelles différences y a-t-il entre PCMH et ACP ? (Huerta, Sieck, Hefner *et al.*, 2013)

Le PCMH vise à rationaliser, mieux gérer et « normaliser » le système de soin dans la coordination des soins, son accessibilité, sa continuité, la délivrance de soins EBM et des ressources financières et communautaires et l'évaluation de sa performance dans une optique populationnelle aux USA.

L'ACP se centre plus sur une démarche de soins personnalisés qui vise une dynamique stimulant en son cœur l'*empowerment* et l'engagement patient. Pour autant, elle tient également compte des particularités de la personne qui peut ne pas vouloir s'engager et adhérer aux principes d'autonomie et d'*empowerment*. Il est difficile de savoir si la greffe PC (ACP) sur le MH est opérationnelle en pratique. L'amalgame des 2 dynamiques est plutôt en tension entre une approche centrée sur des personnes très diverses aux perspectives hétéroclites et une organisation structurelle rationalisée et optimisée dans un cadre normatif managérial et évaluatif.

Le modèle ACP de Stewart (2003), a évolué vers un modèle de démarche clinique (Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam, Freeman, 2014) plus opérationnel et interactif avec réduction à 4 composantes :

1. Explorer la maladie et la santé et l'expérience vécue par le patient à travers la perspective de ses représentations de la maladie et de la santé, ses préoccupations, ses attentes et ses préférences. La cinquième composante « prévention et promotion de la santé » s'intègre dans cette première composante car la prise en compte de perspective patient est importante pour ces 2 types de soin ;
2. Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, la dimension contextuelle (son histoire actuelle, ses événements de vie passés, son interaction avec son environnement et sa dimension socio-culturelle) ;
3. Trouver un terrain commun d'entente avec le patient sur le problème, les solutions, les rôles à jouer et le partage des responsabilités et décisions ;

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

4. Développer une relation thérapeutique médecin-patient délibérative pour construire une alliance thérapeutique. Pour le médecin, faire preuve de réalisme et de réflexivité sur soi et la relation transférentielle, s'adapter à chaque situation, tenir compte des limites et contraintes (gestion du temps) faisait partie d'une 6e composante qui s'est intégrée à la composante relation thérapeutique.

Les deux premières composantes répondent plutôt à la question : à *quoi* s'intéresser pour prendre soin du patient ? La troisième composante à : *pourquoi* s'y intéresser ? Et la quatrième composante à : *comment* s'y intéresser ? Ces 3 questions sont en dynamique interactive. Le *quoi* donne un contenu à une logique du soin qui prend en compte la rencontre de deux expertises complémentaires : l'expérience vécue de la maladie, la perspective expérientielle du patient et la connaissance scientifique de la maladie du médecin dans une approche globale biopsychosociale contextualisée. Le *pourquoi* donne un objectif, le but opérationnel de trouver un terrain commun dans le cadre du soin. Le *comment* donne les moyens de la résolution de problème par la relation thérapeutique et la communication médecin-patient. Cette quatrième composante est le moteur de la démarche clinique ACP.

Une revue de synthèse récente (Brickley, Sladdina, Williams *et al.*, 2020) propose un nouveau modèle qui élargit le modèle de Stewart à deux autres composantes : la continuité des soins et la prise en compte des résultats des soins tant en termes quantitatifs d'efficacité et d'efficience clinique que de résultats qualitatifs (qualité de vie, satisfaction).

3 Les regards croisés qui enrichissent l'ACP comme démarche clinique

3.1 Pratique EBM et partage de perspective ACP

L'ACP met en avant l'expertise des savoirs expérientiels du soigné en partage avec l'expertise scientifique du soignant. Mais ce partage se fait dans le cadre d'une relation intersubjective ce qui peut rentrer en conflit avec la prétention médicale à l'objectivité. La médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medecine, EBM) fournit des données actualisées de la science que l'on utilise de manière consciente, explicite et judicieuse. Mais certains concepteurs de cette démarche clinique EBM l'ont toujours considéré comme un moyen permettant de prendre une décision éclairée dans le soin au patient en tenant compte de ses préférences (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson, 1996). L'expertise clinique du médecin doit aller de pair avec l'intégration des données actuelles de la science qui ne s'adaptent pas toujours à la situation particulière de chaque patient et à ses choix personnels. Le modèle au départ objectivant a été amélioré par Haynes (Haynes, Devereaux, Guyatt, 2003) pour que cette décision clinique tienne compte de la situation clinique contextualisée du patient, de son comportement et de ses choix subjectifs quand ceux-ci sont confrontés à la médecine factuelle des données (Evidence Based Medecine EBM). La compétence EBM du médecin compétent se construit autour de 3 dimensions (Gay, Beaulieu, 2004)[4]. Les données probantes n'ont pas forcément la priorité sur les 2 autres dimensions. On

[4] Voir figure 2 B Gay.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

remarquera la proximité des 2 premières dimensions avec les 2 composantes de l'ACP (l'approche globale, contextualisée, biopsychosociale et la perspective du patient (ses représentations, ses préférences…). La prise de décision se fait à la fois sur les données actuelles de la science, les données sur la personne et son contexte (biopsychosocial) dans le cadre d'une relation partenariale.

3.2 Psychologie de la santé et approche biopsychosociale

Le modèle TIM (Transactionnel Intégratif Multifactoriel) d'approche biopsychosociale (Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2021) intègre des déterminants socio-économiques, socio- culturels (niveau d'étude, statut socio-économique, conditions de travail, intégration sociale.), des variables socio-démographiques, des antécédents biomédicaux mais aussi des dispositions psychologiques salutogènes à effets protecteurs (optimisme, capacité de contrôle, estime de soi, sentiment d'efficacité personnel…) ou pathogènes source de vulnérabilité (hostilité, névrosisme, dépression…). Il décrit des processus médiateurs psychologiques, physiologiques, transactionnels qui peuvent expliquer les résultats en termes de santé, de qualité de vie physique, émotionnelle, sociale. Dans le cadre de ce modèle large, le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1987)[5] vise, pour chaque personne, à s'ajuster à une situation environnementale, source de stress. Ce modèle est une adaptation du modèle plus général du stress (Selye). Il comprend une première phase d'autoévaluation de la personne : 1) Comment je perçois la situation ? (Stress perçu) ; 2) Que puis-je faire ? Quelle sont mes ressources personnelles pour affronter cette situation ? (Contrôle perçu) ; 3) Qui peut m'aider ? Quelle sont mes ressources externes ? (Soutien social perçu). Une fois cette étape effectuée, 2 stratégies d'ajustement (coping) peuvent être mis en œuvre : 1) Comment vais-je transformer la situation, résoudre le problème ? (Coping centré sur le problème : analyse et résolution de problème, coping actif) 2) Comment puis-je me modifier pour m'adapter ? (Coping cognitivo- émotionnel, défensif, passif). Certains auteurs parlent de coping centré sur le sens que le patient donne à sa problématique d'un point de vue cognitivo- émotionnel.

On remarque que ce processus est opérant dans une démarche clinique ACP. Celle-ci favorise l'écoute active de la perception de la situation par le patient, encourage les capacités à agir et à mobiliser les ressources de ce même patient. Le soignant va le soutenir dans une alliance thérapeutique. La relation thérapeutique délibérative va permettre de trouver un terrain commun de compréhension et d'entente sur la situation problématique. L'objectif est de rechercher des solutions ajustées aux dispositions de la personne en tenant compte de ses facteurs protecteurs, de sa vulnérabilité, de ses modes de défense tout en favorisant l'expression de ses émotions et de ses perspectives sur la situation.

Le modèle TIM permet l'étude de facteurs de risques et de pronostic dans le cadre d'études observationnelles longitudinales. On peut envisager des interventions impliquant les processus médiateurs pour évaluer leur impact en termes de résultats en santé. Mais ce modèle flexible et complexe comprend beaucoup de variables qui n'ont pas toutes la même pertinence ni le même poids dans les corrélations ou la causalité.

[5] Cité par Chapelle, 2018 : 120.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

3.3 L'interactionnisme symbolique dans la démarche clinique relationnel ACP

L'ACP n'a de sens que dans une dynamique de soins centrés sur la relation (*Relationship Centred Care* RCC). Celle-ci est basée sur les concepts de partenariat, d'attention au processus relationnel, à la décision partagée et la conscience-connaissance de soi (*Self Awareness*) dans ce processus (Suchman A., 2006). L'interactionnisme symbolique (IS) peut éclairer cette relation soignant-soigné (Le Breton, 2008). Selon ce concept, le système social n'est pas préexistant en tant que structure mais en constante construction, par l'interaction entre les personnes dans un échange de significations symboliques. Selon Mead (1934), à l'origine de cette école de pensée, l'esprit humain est le produit d'une interaction sociale symbolique entre Soi. Chacun possède un Soi (*Self*), lieu de contrôle, instance de réflexion et de réflexivité, mais aussi processus social expérientiel et comportemental qui permet une délibération intime entre le Moi et le Je. Le Moi est le Soi-objet connu, ce que je connais de moi, qui représente l'ensemble des rôles intériorisés, des attitudes organisées en lien avec ce que je crois être les pensées et attitudes générales du groupe social (l'Autrui généralisé, le monde des conventions). Le Je incarne le Soi-sujet connaissant, éprouvant et agissant de manière concrète en tant que personne au quotidien dans l'interaction. La personne se compose en routine un personnage à partir de ce Moi et il lui faut comprendre le personnage de l'autre (Goffman, 1956). L'interaction s'exprime sous forme de rituels (manière de se vêtir, de s'adresser à l'Autre, de toucher, de se regarder…) dont les formes et signes relèvent d'un ordre symbolique (par exemple porter une blouse blanche ou pas, serrer la main ou pas, tutoiement ou vouvoiement…). Soignant et soigné sont des acteurs sociaux qui proposent une façade symbolique pour élaborer un personnage qui effectuera une sorte de figure de style sur la scène sociale dans le face à face de la consultation.

Par exemple, le patient peut adopter une attitude de personnage agressif, revendicateur, exigeant, qui en réalité masque une souffrance anxiodépressive dans un contexte psychosocial perturbé. En contrepoint, le personnage médecin peut adopter une posture d'autorité inadaptée (y-a qu'à… faut que) qui peut être ressentie par le patient comme une agressivité réactionnelle symétrique favorisant une escalade et empêchant une alliance thérapeutique. L'attitude du professionnel lui permet de croire contrôler cette interaction en adoptant ce personnage en position haute et se protéger ainsi contre ce qu'il vit comme une agression en tant que personne. Si le professionnel comprend cette dichotomie personnage/personne qui éclaire son contre transfert, il peut revenir à un personnage plus empathique en cohérence avec sa personne qui a compris la souffrance de la personne-patient.

Cette approche interactionniste symbolique dans la pratique médicale invite à développer un terrain commun de compréhension par une écoute attentive des perspectives du patient et des explications compréhensibles de la perspective du médecin, ceci afin de trouver un terrain d'entente en donnant du sens à la relation et de favoriser une alliance thérapeutique (Moreau *et al.*, 2022) (fig2). Une interaction relationnelle riche sur le plan affectif, créative de curiosité, délibérative, qui donne du sens et de la confiance peut provoquer des changements alors qu'une interaction relationnelle basée sur la peur, le désespoir, la culpabilité, la pression de performance à tout prix,

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

provoque des réactions défensives et des résistances nuisibles au changement. L'observation, par le médecin, du style relationnel symbolique est un enjeu essentiel dans l'ici et maintenant d'une consultation.

Comment peut-on observer la co-construction d'un terrain et d'un sens commun lors de la consultation médicale ?

L'ethnométhodologie est une branche de l'IS et de la microsociologie, dont le chef de file est Garfinkel (2001) (Le Breton, 2008). Comment observe-t-elle une consultation médicale et donne-t-elle du sens au terrain commun coconstruit dans une pratique d'ACP ? La consultation médicale se construit à travers des gestes (examen clinique) et des mots échangés qui n'ont de sens que dans ce contexte donné (indexicalité). Les patients utilisent un vocabulaire descriptif qui organise l'expérience et des expressions bien connues qui donnent des significations à la situation. *La consultation* est une pratique en pensée et en langage verbal et non verbal qui décrit et construit la réalité de la maladie. Cette pratique donne du sens et crée des attentes qui vont de soi. Le processus interprétatif de compréhension commune permet de construire un ordre médical dans le cadre d'un terrain commun et d'un sens commun pour soigné et soignant en fonction de leurs attentes. Par exemple une personne âgée pourrait préférer un cadre relationnel de type paternaliste et une autre un cadre plus autonomiste dans le processus de décision partagée. La consultation donne la capacité à ordonner la complexité de la situation, à ranger en catégories typiques des connaissances (grave, urgent…), mais aussi des préjugés (« Cette patiente est gentille » … « Ce patient n'est pas capable »), ou des simplifications réductrices disqualifiantes (« Ce n'est rien… »). Le compte rendu que chaque acteur (patient ou médecin) fait de la réalité *aboutit à une* théorie co-construite du réel que l'on va retrouver dans les perspectives de chacun. Elle a une dimension objective (le raisonnement clinique) et une dimension subjective et symbolique (le sens de chaque consultation dans son contexte). Tout patient, membre de la communauté des patients, a une compétence linguistique, cognitive et sociale des pratiques de la consultation médicale habituelle. Celle-ci est contextualisée dans un environnement socio-culturel donné. La compétence de chaque personne-membre permet un accomplissement pratique pour trouver un terrain commun et si possible un accord partagé sur ce qui est compris comme règle ou norme. De nombreux traits de conversation sont considérés comme allant de soi. Dans l'implicite social, le médecin prescrit une ordonnance et le patient est censé observer la prescription. *Cela permet* une économie d'explicitation, facilite la fluidité du lien social, la rencontre avec l'autre … et peut masquer aussi les conflits (sur l'adhésion thérapeutique non explorée par exemple).

Au fil du temps, dans la continuité des soins, la confiance sécurise l'interaction avec la routine, ses avantages (gain de temps par la connaissance des antécédents et perspectives) et risques (passer à côté de nouveautés diagnostiques en croyant bien connaitre le patient). L'expérience vécue de la pratique de la consultation retrouvée dans la perspective de chacun des protagonistes procure un cadre de référence à ses interprétations et donne du sens au monde de la maladie. Soigné et soignant co-construisent un sens commun qui permet de se repérer et d'interagir dans une réciprocité des perspectives. Ce sens peut aussi se décliner en positif (concordance, compréhension,

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

éthique…) ou en négatif (discordance, incompréhension, conflit…) rendant le terrain commun plus ou moins opérationnel dans le cadre relationnel (Moreau *et al.*, 2022).

3.4 L'interaction réflexive entre la perspective expérientielle VRAIE du patient et celle du médecin

La première composante de l'ACP vise pour le professionnel à écouter et comprendre la perspective expérientielle du patient que l'on peut synthétiser de manière pédagogique par l'acronyme VRAIE (Moreau *et al.*, 2022) : Comment Vit il sa problématique de santé (son ressenti, ses préoccupations, ses craintes …) ? Comment il se Représente son problème (ses croyances conceptions préjugés…) ? Quelles sont ses Attentes (ses besoins, ses espérances…) ? Qu'est ce qui est Important pour lui (ses préférences, ses valeurs, ce qui a du sens pour lui…) ? Quelle est son Etat d'esprit ? (Vision positive ou négative de la situation, représentation exogène ou endogène de la problématique, capacité de résilience, tendance optimiste ou dépressive…) ?

Quand le patient exprime son problème, sa situation de maladie ou de santé par la narration, il se confie mais aussi s'écoute, ce qui favorise sa confiance et sa réflexivité. En contrepoint, le professionnel va prendre en compte des données objectives et celles de sa propre expérience subjective (Baarts, Tulinius, Reventlow, 2000). Il prend de la distance à la recherche de signes objectifs par des questions précises et par son examen clinique (raisonnement clinique). Il fait aussi appel à son propre savoir expérientiel emmagasiné au fil du temps dans sa mémoire. Il va rechercher les prototypes de situations analogues vécues comme professionnel mais aussi comme être humain partageant les mêmes problématiques que ses patients dans un cadre empathique. Dans le cadre de la relation thérapeutique, la démarche clinique nécessite une connaissance de Soi (*Self Awareness*) du thérapeute qui va entrer en résonance affective avec des patients parfois difficiles (Stewart *et al.*, 2014). Là encore, être à l'écoute de son contre-transfert permet de mieux comprendre le patient et ses réactions. Cela entraine un questionnement sur sa propre perspective VRAIE sur la problématique du patient (Moreau, Guyon, Zorzi, 2023) :

- Comment je Vis ma relation avec ce patient ?
- Comment je me Représente le patient ?
- Qu'est-ce que j'Attends de ce patient ?
- Qu'est ce qui est Important pour moi dans ce qu'il véhicule comme préférences, valeurs ou sens de la vie ?
- Quel est mon Etat d'esprit ? Est-ce que j'ai fait le deuil de la toute-puissance de la médecine ? Quelles sont mes limites personnelles mais aussi organisationnelles ? Est-ce je fais la part entre ce qui est de mon ressort professionnel et ce qui est de l'ordre du système sanitaire et social ? Est-ce que je me sens impliqué ou indifférent ? Comment je prends soin de moi ?

Ce questionnement renforce la réflexivité, éclaire la résonance affective et structure le raisonnement clinique. Cette réflexivité modère des comportements contre transférentiel préjudiciable à la relation (antipathie, apathie…) et rend conscients des biais cognitifs préjudiciables à la prise en charge biomédicale

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Mais ces perspectives sont-elles toujours vraies au quotidien (Moreau, Guyon, Zorzi, *et al.*, 2023) ? Le comportement, à travers le personnage exprimé, le rôle adopté, est-il réel, sincère, non intentionnel, inconscient ou uniquement une mise en scène et un jeu d'acteur non réel, non naturel ? On peut être insincère et intimement convaincu de sa sincérité. L'apparence du personnage est en lien avec la réalité mais n'a pas une valeur intrinsèque en soi. Elle doit être questionnée. On peut travailler consciemment ce que l'on est en tant que personne, en faisant la part de la personne et du personnage dans le cadre d'une formation professionnelle (Groupe Balint, Groupe de Pairs). La dimension éthique de cette dialectique personne/personnage avec son côté manipulatoire possible doit être prise en compte.

3.5 Démarche relationnelle et effet thérapeutique

L'objectif de la médecine est de guérir. C'est un résultat attendu mais en quoi le développement de la relation soigné-soignant, central dans l'ACP, est-il thérapeutique ? Comment peut-on l'expliquer ?

Le pouvoir de guérir (*Healing power*) a toujours existé dans toutes les civilisations humaines pour traiter le ressenti de la maladie plutôt que la maladie en soi. Les êtres humains ont toujours eu des réponses naturelles biologiques réparatrices (guérison naturelle *Natural Healing* par système immunitaire, anti inflammatoire, coagulation du sang…) aux traumatismes et agressions internes ou externes des maladies, infections ou accidents. L'effet placebo dépend du contexte psychosocial qui fait intervenir la relation thérapeutique, la réputation du *healer*, le rituel du soin (*Healing*), l'espace de soin, les croyances socio- culturelles (Wampold, 2018). La réponse placebo renvoie aussi à la régression à la moyenne, l'évolution naturelle de la maladie et aux attentes-croyances des patients (que l'on retrouve dans l'exploration de la perspective VRAIE du patient) ce qui justifie l'utilisation d'un placebo pour neutraliser cet effet dans les essais cliniques randomisés (ECR). Le protocole expérimental en ouvert (*open*) ou caché (*hidden*) permet de faire ou non intervenir le côté relationnel. De nombreuses études ont montré la supériorité en termes d'efficacité des modalités thérapeutiques en situation ouverte plutôt que cachée. L'aspect cognitif informatif de la procédure intervient mais surtout le côté affectif et chaleureux de la relation.

En psychothérapie, les métanalyses montrent que l'alliance thérapeutique, l'empathie, le regard positif, la collaboration sur les buts, la congruence, la création d'attentes positives sont corrélés à des résultats cliniques positifs par une taille d'effet entre 0.4 et 06 (Norcross, Wampold, 2018). Six facteurs communs spécifiques à tout processus psychothérapeutique ont été identifiés (Chambon, Marie-Cardine, 2003) :

- Développer une relation thérapeute-patient permettant un climat de compréhension empathique et une alliance thérapeutique ;
- Faire vivre une expérience cognitive et émotionnelle qui donne du sens ;
- Mobiliser et porter attention aux émotions ;
- Faire réfléchir sur Soi pour augmenter le sentiment d'efficacité personnel, l'estime de Soi et l'autocontrôle ;
- Accroitre la motivation et les attentes positives ;

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

- Faire pratiquer pour acquérir de nouvelles capacités.

L'état d'esprit, que l'on explore en écoutant la perspective VRAIE, est un élément essentiel de l'effet placebo, c'est-à-dire de l'effet thérapeutique non spécifique aussi bien du côté du patient que du côté du médecin (Zion, Crum, 2018). L'état d'esprit guide les processus attentionnels et motivationnels essentiels aux changements. L'empathie va accentuer l'état d'esprit positif et atténuer l'état d'esprit négatif. Le conditionnement à l'effet placebo remonte à l'enfance, à la façon dont l'entourage et l'environnement socioculturel vont prendre soin de l'être humain en devenir et façonner sa disposition d'esprit, son *être soi* et son sentiment d'efficacité personnel (Bandura, 2007).

Un essai contrôlé randomisé (Kaptchuk, Kelley, Conboy, 2008) à trois bras en simple aveugle de six semaines a été effectué pour évaluer trois interventions : l'observation de l'évolution naturelle dans une liste d'attente, un rituel thérapeutique de type acupuncture placebo (limité) et une relation de soutien patient-praticien, augmentée par la chaleur humaine, l'attention et la confiance chez des patients atteints du syndrome du côlon irritable. Les participants (262 adultes,76 % de femmes, âgées en moyenne de 39 ans), en situation ambulatoire, ont été répartis selon les 3 types d'interventions. Toutes les comparaisons par paires entre la relation patient-praticien augmentée et limitée étaient significatives : échelle d'amélioration globale ($P<0{,}001$), soulagement adéquat des symptômes ($P<0{,}001$), score de gravité des symptômes ($P = 0{,}007$), qualité de vie ($P = 0{,}01$). Les effets thérapeutiques non spécifiques placebo pouvaient produire des résultats statistiquement et cliniquement significatifs mais la relation de soutien patient-praticien restait la composante la plus robuste. L'effet placebo permettait de comprendre une part de l'efficacité de la relation thérapeutique. Mais l'évaluation de l'efficacité de la relation thérapeutique dans l'ACP doit faire l'objet de recherches spécifiques tant quantitatives (par des ECR) que qualitatives.

3.6 Méta communiquer pour trouver un terrain commun dans une logique systémique

La démarche clinique ACP relationnelle se définit comme une dynamique interactive qui peut s'apparenter à une démarche systémique. La relation soignant-soigné valorisée dans l'ACP s'exprime par un mode de communication qui peut permettre de trouver un terrain commun et susciter des changements favorables aux soins (*Curing, Caring, Healing*). Dans une logique systémique, chaque séquence de communication est un échange d'informations et de méta information (information *sur* l'information, qui va au-delà de l'information simple) avec interaction entre chaque séquence (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975). Pour que la communication soit complète, il faut que chacun possède la même quantité d'informations et comprenne la même chose en méta communication pour construire ce terrain commun. En communication habituelle, chacun a tendance à ponctuer la séquence de son propre point de vue en raisonnant, en logique binaire, en termes de cause à effet, alors que chacun est à la fois cause et effet du problème dans une logique circulaire cybernétique systémique. Ce type de changement est décrit comme un changement de type 1 obéissant à une logique de causalité binaire. La logique circulaire favorise des changements de type 2 (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975). La logique binaire repose sur le bon sens qui présuppose que toujours plus de la même chose, comme par exemple des conseils ou

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

des attitudes qui viennent de l'extérieur du style « Y'a Qu'à…Faut que… », permettent de changer le comportement de l'autre. Par exemple un conseil itératif d'arrêter de fumer par le professionnel n'aura que très peu d'effet chez un fumeur tant que le professionnel ne se sera pas intéressé à son point de vue en le questionnant de manière ouverte et méta-communiquant sur les raisons de ses difficultés. Comme nous l'avons déjà entrevu, quand, dans la relation, les personnages soigné-soignant figent les représentations de l'autre, ils rendent tout changement impossible tant que les 2 personnes ne se mettent pas en position de métacognition et métacommunication pour se placer dans le cadre d'un changement de type 2 dans une logique circulaire. Par exemple, dans une étude qualitative phénoménologique, un patient souffrant d'une diabète de type 2 n'a pas été enclin à vouloir changer de comportement alimentaire et à sortir de sa sédentarité suite aux conseils de son médecin tant que ce dernier l'a considéré comme un personnage « immature incapable de suivre son régime » et n'a pas écouté en position de métacommunication sa perspective VRAIE de personne (Moreau *et al.*, 2022) (Moreau, Guyon, Zorzi, 2023).

Ce changement *méta* permet de comprendre le problème et sa logique pour sortir d'un système de pensée et d'un cadre de référence qui figent ou aggravent le problème. Le changement de type 2 vise à prendre en compte les effets de « comment ça se passe dans ma relation avec ce patient, qu'est ce qui peut bloquer la situation dans l'ici et maintenant ? » On n'interroge pas l'histoire du « pourquoi en est-on arrivé là ? » dans une logique interprétative psychologisante, une recherche de causalité en position *top down* qui interpelle un passé qui n'est plus là pour changer.

4 Regards croisés de concepts de sciences humaines autour de la relation ACP

4.1 Les perspectives conceptuelles de la relation médecin patient qui cadre, renforce ou limite l'ACP

1) Le fonctionnalisme du patient consommateur informé autonome

   La dyade soigné-soignant est un système social complexe dans lequel chacun possède une fonction et joue un rôle. On retrouve, dans les années 1950, l'attitude paternaliste du médecin qui définit l'anormalité du patient-malade passif. A partir des années 1960, le patient évolue vers un rôle de consommateur de soins qui a besoin d'être informé pour assumer ses responsabilités et ses priorités de patient. Le patient doit être satisfait, responsable et observant. En miroir, le fournisseur de soin doit s'impliquer dans des prestations de qualité (*Quality Management, Quality Improvement*) et le patient est au centre des services de soins. Le patient a un regard évaluatif et sa perception est une donnée fondamentale à explorer. Le patient fonctionne de façon autonome et active.

2) 2) La relation de pouvoir conflictuel du modèle paternaliste

   Par analogie avec une vision de classe de la société, la relation médecin-patient peut être considérée comme une relation de pouvoir basée sur le savoir acquis du médecin dans un parcours académique scientifique qui lui permet de parler comme la voix de la médecine alors que le patient parle de sa vie au quotidien.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

D'où les conflits potentiels polarisant *illness/ disease*, biomédical/ biopsychosocial, *Evidence Based Medecine* EBM/ *Narrative Based Medecine* NBM, *curing/ caring*. Le médecin garde son pouvoir de contrôler l'information et la relation reste asymétrique. Le médecin peut monopoliser le discours verbal, fermer ses questions et interrompre la voix de la vie au quotidien. On se situe dans une dimension paternaliste de la relation.

3) L'utilitarisme de la décision partagée

Cette théorie présuppose que les protagonistes de la relation cherchent rationnellement à en optimiser les couts/ bénéfices afin d'arriver à une meilleure situation. Le modèle en est la décision médicale partagée dans laquelle le médecin, par son expertise, va exposer les risques et bénéfices des options en jeu et le patient va exprimer ses valeurs et préférences pour trouver une solution dans un modèle de délibération de perspective. Mais ce modèle se heurte aux incertitudes sur le pour et le contre qui ne sont pas toujours claires du point de vue EBM et l'échange d'information n'est pas toujours bien comprise par le patient.

4) La construction sociale

La compréhension du monde social et les comportements sont façonnés par les échanges et l'interaction entre les personnes et avec l'environnement. Sans nier les différences entre la réalité de la vision médicale et l'expérience vécue du patient, le modèle explicatif biomédical scientifique objectif comme le modèle explicatif expérientiel profane subjectif du patient sont à considérer comme des constructions sociales. L'objectif est de les intégrer comme deux réalités qui se complètent et se coconstruisent. La communication (*Narrative Based Medecine*) permet au patient de mieux élaborer son problème et son explication. Le fait de partager avec le médecin son histoire, son monde, ses idées, ses perspectives (*Share Mind*) permet au patient d'accéder à une certaine autonomie dans une relation de confiance pour co-construire un terrain d'entente et une acceptation commune.

La démarche ACP du modèle Stewart se situe très clairement dans la perspective co-constructiviste. Mais sa flexibilité lui permet de prendre en compte les attentes des patients et de valoriser les *capabilités* réelles du patient à agir, à évaluer et à se responsabiliser pour fonctionner au mieux. La démarche ACP peut être utilitaire dans l'échange d'informations au sein d'une prise de décision partagée. Le soignant peut aussi délivrer une information validée sous une forme de néo-paternalisme éclairé en proposant une petite dose de délibération dans le cadre d'une relation empathique (Moreau, Carol, Dedianne *et al.*, 2012). Il s'agit de ne pas surcharger le patient d'injonctions de recommandations pas toujours EBM et pas toujours utilitaires pour le patient.

4.2 Les visions « philosophiques » sous-jacentes à la mise en œuvre l'ACP

L'ACP reste un concept dans l'air du temps plutôt politiquement correct mais très large, vague et confus dans ses principes philosophiques. On peut essayer de discerner 3 types de visions philosophiques qui expriment les différentes façons dont s'est

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

construit l'ACP en lien avec une histoire et une réalité socioculturelle autour du soin en santé (Pluut, 2016).

Pour la vision 1, le soin (*Caring*) s'adresse à un patient vulnérable, souffrant, en besoin d'aide, qui a son expérience vécue et sa propre perspective. Il se fait dans une approche holistique biopsychosociale qui atténue la vulnérabilité, soulage la souffrance et améliore la qualité du diagnostic. Le processus de soin permet de partager l'information et favorise un engagement thérapeutique des deux acteurs dans une relation de confiance. La vision 1 est orienté vers une pratique médicale humaniste et bienfaisante centrée sur un patient souffrant mais qui se construit passivement. Le professionnel garde un rôle important et asymétrique de soignant

Pour la vision 2, le patient se construit dans l'autonomie, l'autodétermination, l'auto contrôle, un actif engagement en faveur de sa santé, le partage des responsabilités pour prendre le pouvoir (*empowerment*) en opposition au modèle paternaliste. Il y a un transfert d'informations du professionnel vers le patient qui éclaire ses choix. Des outils d'aide à la décision sont utiles. Le dossier médical appartient au patient qui garde le rôle principal.

Pour la vision 3, la pratique ACP doit être sensible, flexible et adaptée au contexte particulier de patients qui ne rentrent pas forcément dans les cadres précis des deux premiers discours. Par exemple, si la préférence du patient va dans le sens d'une prise en charge conventionnelle biomédicale et paternaliste, professionnel et patient en accord peuvent aller en ce sens. La sensibilité culturelle ou spirituelle du patient avec ses croyances peut être aussi prise en compte. Un partage des perspectives de chacun est nécessaire y compris dans le travail d'information pour explorer jusqu'où le patient souhaite savoir. En cas de problème de littératie, s'adapter aux capacités de compréhension par une communication analogique adaptée et des aides visuelles est essentiel. La compréhension et l'interprétation qui sont fait de l'information est à vérifier. Le rôle de chacun reste à définir au cas par cas. On se rapproche du « modèle délibératif » de Charles dans le processus du partage de la décision (Charles, Gafni, Whelan, 1999) et du « terrain commun » de l'ACP de Stewart.

Dans la démarche ACP, ces visions ne sont pas à envisager de manière séparée et exclusive mais plutôt en conversation, en co-construction et enrichissements permanents. Chaque vision pose des questions morales aux autres. Par exemple, la vision 2 de l'*empowerment* ne dispense pas de garder une responsabilité médicale dans une situation de soins biomédicaux où le médecin s'est engagé (vision 1). Un patient qui ne souhaite pas aborder sa situation psychosociale en restant dans une situation biomédicale (vision 3) pourrait perdre le bénéfice d'une approche biopsychosociale (vision 1). Un patient autonome (vision 2) dans une situation où les choix thérapeutiques, en termes de bénéfice /risque ne sont pas clairs, pourra bénéficier de recommandations de son médecin (vision 1). Ces différentes visions peuvent permettre une réflexion, être un sujet de conflit et de négociation autour de ce qui est bon et important pour chacun à partager dans la rencontre médicale.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

5 Que pensent les soignés de l'ACP ?

La création d'une alliance internationale des organisations de patients en 1999 (*International Alliance of Patients' Organisation* IAOP) marque la volonté des patients de faire entendre leurs voix[6] L'IAOP a mené une revue de littérature sur les principes et définitions de l'ACP. Elle a mis en évidence un noyau dur de toutes les définitions autour du respect des besoins, préférences et valeur des patients. Mais pour le reste, il n'y avait pas de définitions consensuelles au niveau international. Il pouvait y avoir des omissions sur les droits des patients (implicite dans les pays adhérents aux droits de l'Homme mais moins dans d'autres pays), la responsabilité du patient (dans l'adhésion thérapeutique, le self management, l'engagement …), la référence à l'EBM ou la sécurité du patient. On retrouvait des tensions entre la santé individuelle de l'ACP *versus* la santé des populations, l'origine culturellement occidentale des travaux sur l'ACP *versus* le reste du monde, l'implication individuelle dans les soins par exemple dans la décision *versus* l'implication de la représentation collective des patients pour agir sur les décision politiques. Les barrières à l'application pratique et la faisabilité étaient nombreuses : les confrontations entre le modèle biomédical et les préférences du patient, l'organisation du système de soin en particulier la continuité des soins, l'intégration des soins aux changements de conditions de vie des patients chroniques, les difficultés de partage de pouvoir, de la délivrance d'information et de l'implication des patients individuellement et collectivement. Les résultats des travaux de recherche en termes d'efficacité ou d'efficience n'étaient pas probants.

6 Regards critiques et limites du modèle ACP

6.1 Un modèle à penser en miroir ?

Sur le papier, le modèle de l'ACP semble idéal. Il permet non seulement de penser la relation soignant-soigné, mais il propose aux soignants un guide pratique de l'action. En effet avec ses grands principes (une relation plus équilibrée, délibérative et partenariale), ce modèle correspond parfaitement à la modernité où l'autonomie est devenue le concept princeps. Actuellement, respecter l'autonomie des acteurs est devenue un guide de l'action voire une injonction. Ce modèle comporte le grand avantage de renvoyer le modèle paternaliste aux calendes grecs en faisant prendre conscience aux soignants du fait qu'il n'est plus censé être d'actualité. Dans la même logique, les concepts mobilisés pour guider l'action (explorer l'expérience vécue, la perspective patient, l'approche biopsychosociale, le terrain commun, la co-construction, le réalisme, la réflexivité) sont heuristiques. Ils donnent une bonne idée des objectifs à atteindre pour que, dans la relation soignant-soigné, le soigné soit non seulement respecté mais pris en compte dans toute sa complexité et dans toutes ses dimensions et qu'en même temps le soignant garde en tête ses propres limites. Il s'agit pour le soignant de ne pas s'épuiser à rechercher une relation soignant-soigné parfaite.

Prendre en compte la complexité et s'adapter à chaque situation a ses limites. De quelle manière penser ces limites ? La réflexivité peut alors constituer l'outil parfait pour le soignant tant pour penser sa manière d'agir et d'être en relation avec les soignés

[6] Voir IAOP. *What is Patient-Centred healthcare ? a review of definitions and principles.* Disponible sur : https://www.iapo.org.uk.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

que pour réfléchir à son mode d'investissement dans la relation. Pour le praticien, l'objectif est de trouver le bon équilibre entre la plus grande compréhension possible de la situation tout en se préservant lui-même. Il s'agit d'une logique en tension qui n'est pas simple à penser.

Une réserve pourrait être cependant être émise dans une lecture critique de ce modèle : si l'objectif est de rééquilibrer la relation soignant-soigné, pourquoi est-ce que tout semble pensé uniquement à travers le prisme de ce que doit faire le soignant, des compétences qu'il doit acquérir ? Ce qui, d'une certaine manière, le met toujours dans une posture d'expert, même si cet expert est grandement invité à descendre de son piédestal, à interroger sa formation, sa pratique et à se remettre en cause. Si se centrer sur le rôle du soignant est logique parce qu'il s'agit de proposer un outil pour l'aider à mieux appréhender la relation soignant-soigné, réfléchir en miroir au rôle du soigné ne pourrait-il pas être heuristique et éclairer en retour le modèle de l'ACP ? Si la réflexion sur le rôle des soignés était réalisée avec ces derniers afin de mieux percevoir leurs visions des choses, leurs attentes, leurs besoins, le modèle de l'ACP ne pourrait-il pas s'enrichir et évoluer ? Les soignés ont peut-être besoin, de leur côté, de mieux saisir la perspective des soignants. En outre est-ce qu'un modèle de rôle pourrait faire sens pour eux ? Les soignés peuvent se sentir perdus face à la complexité de l'univers de la santé et face à des soignants qu'ils connaissent relativement peu, qui se dévoilent très peu. Dans la consultation, le soignant conduit le plus souvent un interrogatoire, parfois un entretien (mais c'est plus rare) pour comprendre le soigné. La réciproque n'est pas vraie. Le soigné ne peut poser aucune question directe aux soignants sur lui-même et son fonctionnement. Il ne peut qu'observer et essayer d'interpréter les actions, les réactions. L'idée n'est pas que le soigné connaisse l'intimité du soignant, mais qu'il puisse connaitre sa vision du soin et de la relation soignant-soigné pourrait faire sens. D'un point de vue pratique de quelle manière les soignés pensent et imaginent-ils ce qu'ils peuvent demander à un soignant et attendre de ce dernier ? S'ils peuvent refuser un soin, jusqu'où peuvent-ils vraiment demander de faire tel examen, de recevoir tel type de traitement ? De même, est-ce que prendre en compte la vision des soignés sur les soignants pourrait être utile pour l'élaboration des modèles ? Dans une logique de rééquilibrage, il y aurait peut-être du sens à croiser davantage les regards entre soignants et soignés et à proposer un modèle vraiment coconstruit et pas uniquement en théorie. Dans le même sens, il pourrait être utile d'observer de quelle manière les acteurs s'influencent l'un l'autre au cours d'une consultation et pas uniquement dans un cadre d'interaction symbolique et de réflexivité médicale. La relation soignant-soigné se construit et se réfléchit aussi à deux. Le modèle pourrait alors tenir compte des interactions entre les acteurs et intégrer la dynamique de la relation soignant-soigné.

6.2 Les limites de l'implémentation du modèle ACP

Ensuite tout l'enjeu serait de savoir si le modèle de l'ACP apporte autant de questions que de solutions, voire même plus de questions. Stewart (Stewart *et al.*, 2024) en est à son quatrième livre pour essayer de modéliser les relations soignant-soigné à travers le concept d'ACP. Cela montre bien à quel point les chercheurs peuvent ressentir le besoin de continuer à s'interroger et, par la suite, de faire évoluer leur schéma. Dans

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

cette dernière version, Stewart constate que même les schémas conceptuels censés éclairés la démarche clinique ne peuvent capturer la complexité et les mystérieuses réalités de la relation soignant-soigné. Le manque d'implémentation est dû au manque d'adhésion des professionnels, ce qui pousse à interroger par exemple les logiques d'appropriation de son modèle par les soignants (et aussi les soignés). De fait, pour les acteurs de terrain, le rejet du modèle paternaliste semble faire consensus dans le champ de la médecine générale. Cependant tous les acteurs ont-ils conscience que le passage du modèle paternaliste à un modèle qui respecte l'autonomie est complexe et entraine logiquement une évolution fondamentale du rôle des soignants (et en miroir des soignés) ? Pour penser cette complexité, il a fallu passer par la théorisation, la modélisation et l'émergence de toute une série de nouveaux concepts. Ce passage par la modélisation a permis que l'ACP devienne une référence et une référence qui fait sens tant elle est en résonnance avec la modernité. Cependant penser en termes de modèle et de recommandation ne suffit pas, il convient aussi de réfléchir en termes d'implémentation et de passage de la théorie à la pratique. L'enjeu est triple : 1) de quelle manière les soignants se sont-ils appropriés ce modèle, sur quel mode, avec quelle limite et de quelle manière l'ont-ils décliné dans la pratique ? 2) de quelle manière les institutions accompagnent-elles les soignants dans cette démarche ? Est-ce que les conditions de travail et l'organisation du travail ont évolué ? 3) De quelle manière est-il possible d'étudier ces évolutions, avec quelle méthode ?

Dans une première lecture, il est possible de faire l'hypothèse que pour nombre de praticiens, le modèle de l'ACP a été accueilli avec beaucoup d'intérêt et même de joie. En effet, dans cette logique, les médecins qui sont en recherche de rigueur scientifique peuvent apprécier d'avoir un outil pratique, pour dépasser la simple démarche empirique et pouvoir s'appuyer sur une démarche validée par des experts, pour aller vers une relation soignant-soigné de qualité. De fait, avec ce modèle, les praticiens disposent enfin d'un guide de l'action qui leur apporte de nouvelles connaissances, de nouveaux concepts qui leur évitent de bricoler à l'aveugle, de tâtonner dans la relation soignant-soigné. Ce modèle fait particulièrement sens pour les soignants qui souhaitent s'investir dans cette relation. D'autres professionnels, qui souhaitent moins s'engager, peuvent voir dans ce modèle le côté descendant, de nouvelles injonctions qu'il faut suivre sans qu'elles fassent forcément sens. Ils peuvent alors réserver à ce modèle un accueil plus mitigé. D'autres encore peuvent percevoir tout l'intérêt du modèle, en saisir la richesse, la pertinence, la finesse, ainsi que l'évolution qu'il représente, et cependant, en fonction de leur expérience et de leurs connaissances de la complexité de la relation soignant-soigné, se montrer nuancé, interrogatif et pointer les difficultés : jusqu'où ce modèle est-il réalisable dans une consultation ? Que signifie réellement le mot réalisable ? Jusqu'où la complexité peut-elle être pensée ? Jusqu'où est-il possible de comprendre l'autre ? Avec quel moyen, quel outil ? Faudrait-il laisser un temps au soignant particulier pour réaliser un récit de vie ? Jusqu'où faut-il prendre en compte dans la pratique la perspective patient ? Que faire lorsque le soignant n'est pas d'accord avec une demande d'un soigné ? Comment négocier, jusqu'où ? De quelle manière se confronter à des conflits de valeur ? Comment se confronter à un patient qui souhaite imposer sa volonté, ses demandes (la relation soignant-soigné n'est pas toujours irénique) ? Jusqu'où faut-il s'adapter ? Jusqu'où être attentionné dans l'échange

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

aux réactions du soigné ? Quel espace et quel temps pour analyser ces réactions ? De quelle manière penser la co-construction de la relation soignant/soigné ? Quels sont les moyens et le temps que je me donne pour construire le terrain commun ? De quelle manière s'assurer que l'entente est réelle et non de façade ? Et jusqu'où dois-je remettre en cause mon rôle ? Avec quelle limite ?

6.3 Les problématiques d'implémentation du modèle ACP

De fait, si le modèle insiste sur l'importance de la faisabilité (faire preuve de réalisme et de réflexivité, tenir compte des limites et contraintes fait partie d'une 6e composante qui s'est intégrée à la composante relation thérapeutique), tous les autres items concernent les compétences que le soignant doit développer pour coconstruire la relation soignant-soigné. Vu la prééminence de tout ce qu'il faut acquérir pour comprendre et accompagner le soigné, dans quelle mesure le soignant prendra-t-il le temps de se confronter à l'acronyme VRAIE et de se demander : « Comment je Vis ma relation avec ce patient ? », « Comment je me Représente le patient ? », « Qu'est-ce que j'Attends de ce patient ? », « Qu'est ce qui est Important pour moi dans ce qu'il véhicule comme préférences, valeurs ou sens de la vie ? », « Quel est mon Etat d'esprit ? ». Et si les professionnels prennent le temps de répondre à ces questions, seront-ils rassurés sur leurs capacités ou se demanderont-ils avec encore plus d'acuité si ce modèle est applicable dans la réalité d'une consultation de 15 minutes en moyenne ? Et s'il est applicable, de quelle manière, jusqu'où, avec quelles limites et dans quelles conditions ? Le passage de la théorie à la pratique est bien au cœur de ces questions. Elles renvoient à ce que les sociologues ont appelé la différence entre le *travail réel* et le *travail prescrit*.

Ne pas prendre suffisamment en compte les questions d'implémentation, d'opérationnalité et renvoyer toute la réflexion vers la réflexivité des praticiens fait courir le risque que la théorie débouche sur une logique de recommandation mécanique, d'injonction et d'hyper-responsabilisation des soignants. Cette hyper-responsabilisation peut conduire à l'incompréhension, au quiproquo voire au *Burn Out Syndrom*. La complexité est source de richesse mais aussi d'épuisement. Le soignant a besoin de complexité pour s'inscrire dans une relation soignant-soigné qui fasse sens et qui soit congruente avec ses valeurs mais il a aussi besoin de simplicité et de pouvoir organiser la relation soignant-soigné, sans se sentir débordé et courir sans cesse derrière le temps. La relation soignant-soigné ne constitue que l'un des aspects du travail du soignant. Si cet aspect est essentiel, il doit être intégré avec toutes les autres tâches que le soignant doit accomplir. De quelle manière cette intégration peut-elle être pensée, réalisée ? Les théoriciens, lorsqu'ils ont élaboré leur modèle, ont-ils pensé l'ensemble du travail des soignants, ou se sont-ils focalisés uniquement sur l'aspect relationnel ?

6.4 Les conditions du changement et leurs limites dans la démarche ACP

Cette brève analyse nous incite aussi à comprendre qu'il ne s'agit pas ici de simplement réfléchir au passage de la théorie à la pratique mais d'avoir conscience du fait que ce modèle invite les soignants à changer en profondeur, voire à se transformer. Ce temps de changement doit être pensé et accompagné. Qu'en est-il dans la réalité ?

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Les sociologues ont pensé une sociologie du changement : est-elle reprise ? (Bernoux, 2010)

Penser le changement implique de poser toute une série de questions. L'avantage de ce modèle est qu'il fait émerger de nombreux concepts qui donnent sens au renouvellement de la relation soignant-soigné dans la pratique. Cependant, si chacun éclaire la relation soignant-soigné, en même temps, chacun d'entre eux ouvre une porte vers la complexité, vers un univers qu'il faut explorer et savoir jusqu'où explorer. Ainsi, concrètement, de quelle manière un soignant explore-t-il les représentations sociales d'un soigné sur son problème de santé ? Que signifie exactement la perspective patient ? Est-ce juste connaitre ses préoccupations, ses attentes et ses préférences et non pas connaitre vraiment sa vie dans toute sa complexité, sa manière de penser, sa vision du soin, des soignants, le rôle qu'il souhaite avoir dans la relation soignant/soigné, ses représentations de la relation soignant/soigné ? Les concepts proposés comportent une forme de précision très heuristique pour bien accompagner la pratique mais restent encore en partie vagues. De fait chaque soignant peut les l'interpréter à sa manière et de façon large ou restrictive. En outre, le modèle ne précise pas jusqu'où il faut chercher les préoccupations, les attentes, les préférences et jusqu'où il faut en tenir compte. Ainsi, si nous prenons le cas d'un patient précaire qui présente une lombosciatique sévère en partie due à sa literie défectueuse, faut-il pour s'inscrire dans la perspective patient l'accompagner chez Emmaüs pour récupérer un matelas. Est-ce aller trop loin ? Un bon matelas est pourtant nécessaire au soin, il est primordial, mais c'est plus simple de donner un traitement. Combien de soignant feront ce geste ? Combien considèreront que ce geste dépasse leur rôle et qu'il est hors cadre thérapeutique ? De même, un soignant qui accompagne un soigné présentant une souffrance psychique doit-il ou non laisser son numéro de téléphone portable personnel si le patient manifeste des idées suicidaires sans que, pour autant, une hospitalisation soit nécessaire immédiatement ? Ce qui peut signifier : accepter un appel téléphonique à minuit, par exemple. De même lorsque qu'un patient demande un examen ou un traitement et que le praticien sait, en se référant au savoir biomédical, que l'examen est inutile, que le traitement n'est pas adéquat, doit-il pour décider et proposer une stratégie, se référer à ce qu'il sait en priorité (son statut d'expert) ou privilégier la perspective patient (les bonnes raisons du soigné) ? Faut-il privilégier le savoir biomédical ou le savoir relationnel ? Comment trouver le bon équilibre ? Expliquer suffit-il toujours ? Faut-il négocier ? Jusqu'où ? Faut-il céder ? Quel aspect faut-il privilégier ?

Ces trois exemples sont peut-être excessifs (à chacun d'en décider), cependant ils montrent la palette des possibles et la solitude éventuelle des soignants qui ne disposent pas forcément d'espace pour discuter de ce type de situation. Le même type de question peut se poser pour les autres concepts proposés. Que signifie en théorie et en pratique : comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, saisir le contexte ? Si le modèle se fait un peu plus précis sur l'idée de contexte, il s'agit de connaitre l'histoire actuelle de la personne, ses événements de vie passés, ses interactions avec son environnement et sa dimension socio culturelle, ce qui est gagné en précision, en guide de l'action, est perdu en faisabilité. De fait, chacune des déclinaisons du concept initial relève d'un univers en soi et peut ouvrir une boite de pandore. Il faudrait presque une étude pour comprendre chacun de ces éléments.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Et une fois que le soignant acquiert ces nouvelles connaissances, de quelle manière peut-il les intégrer dans la relation soignant-soigné, dans ce qu'il propose au soigné ? Cette démarche est-elle réaliste ? La vraie question ne serait-elle pas de réfléchir ensemble et de voir de quelle manière le soignant peut se confronter à ces différents aspects de la vie du patient ? De quelle manière les rechercher, quelles limites poser ? Que peut apporter pour une relation soignant-soigné réaliste la connaissance de ces éléments ? Que peut faire un soignant en cas de harcèlement au travail, de rupture amoureuse, de cadre de vie précaire, d'un appartement insalubre, de conflit avec les voisins ? Jusqu'où accompagner un patient migrant qui arrive en France et qui découvre un système de santé qu'il ne connait pas et qui se pose mille questions toutes justifiées ? La réponse ne peut pas être binaire, elle ne peut pas être « ce n'est pas mon rôle, c'est hors cadre », ou « il est impératif d'intégrer ces éléments dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne parce que c'est la perspective patient » sans prendre en compte ses limites et ce qui relève du rôle du soignant. Il ne suffit ni de dégager sa responsabilité facilement, ni de donner quelques éléments de réassurance faciles au soignant comme : « il faut poser des limites », « il ne faut pas dépasser le cadre du soin », « il faut recadrer le patient », ni de perdre de vue l'importance de penser la perspective patient. La réponse à cette forme d'aporie semble être : comment poser ses limites ? Des limites à soi-même, des limites à son propre investissement et des limites aux autres ? Quelle est la bonne distance avec l'autre ?

6.5 Réfléchir au concept de limite

Comme ce débat revient souvent dans les critiques portées sur le modèle de l'ACP et que la réponse est souvent la même (prendre le temps de penser la faisabilité et de se connaitre soi-même), ne faudrait-il pas prioriser une nouvelle question : quel espace, au-delà de la réflexivité, faut-il donner à la réflexion sur le concept de limite ? Faut-il uniquement demander à l'acteur de réfléchir par lui-même aux limites qu'il doit savoir trouver puis poser, lui infligeant ainsi une nouvelle charge mentale ou faut-il aussi entrer dans une logique de déconstruction du concept de limite, mais aussi des notions de bonne distance, de cadre, de rôles, de responsabilité et aussi de prise en compte de la perspective patient ? De quelle manière la prise en compte de cette perspective peut-elle s'intégrer dans la pratique des soignants ? Quel acteur serait susceptible de porter cette réflexion ? En effet, comme la réponse n'est pas binaire mais suppose la confrontation avec la complexité, c'est bien la question de la recherche qui est posée ici ainsi que la question du dialogue avec les sciences humaines et sociales. De fait, la réponse ne peut pas être apportée sans s'inscrire dans un temps de mise à distance de l'action ; sans que la réflexion soit, par la suite, intégrée à l'action ; sans que soit posée la question de l'articulation entre l'action et la réflexion, entre la théorie et la pratique.

La réflexion pourrait être la même pour la recherche du terrain commun, du temps de la délibération et de la co-construction de la relation soignant/soigné. De quelle manière se construit le terrain commun ? Quel temps faut-il prendre pour le construire ? Qui décide qu'un accord a été trouvé ? L'accord trouvé prend-il en compte tous les enjeux ou est-il minimaliste parce qu'il s'agit de trouver rapidement une solution ? Quelle est la logique qui sous-tend cet accord ? Une logique d'ajustement réciproque

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

plus ou moins tacite ; une logique d'adaptation plus ou moins réfléchie, plus ou moins réciproque ; une logique de négociation plus ou moins tendue entre lutte de pouvoir et compréhension réciproque ; une logique de collaboration entre soignant et soigné au sens de la définition proposée par d'Amour (D'Amour, Sicotte, Lévy, 1999). Collaborer suppose alors de connaitre l'autre et d'être reconnu par lui, d'avoir établi une relation de confiance, d'avoir pris le temps de construire une vision commune et de s'être donné des règles de fonctionnement. Construire le terrain commun en suivant une logique de collaboration suppose une forme d'égalité entre soignant et soigné et que les deux acteurs aient le pris le temps de discuter de leur vision de la relation soignant-soigné. Il semble évident que le terrain commun ne sera pas le même, s'il émerge à partir d'une logique d'ajustement, d'adaptation, de négociation ou de collaboration. En outre le terrain commun émerge-il de l'échange dans une démarche plus ou moins pensée ou est-il construit à deux de manière réfléchie ?

6.6 Communication soignant-soigné et interaction sociale

Si trouver un terrain commun sur une pathologie précise n'est pas simple, coconstruire une relation l'est encore moins, surtout que cela suppose de prendre le temps d'appréhender la dynamique des interactions entre les acteurs. Il ne s'agit plus alors juste de s'ajuster, de s'adapter, de négocier sur un point précis mais de construire ensemble un système d'action qui soit capable de prendre en compte les différents éléments qui composent la relation soignant-soigné. Cette stratégie suppose en tout premier lieu de penser ce que peut être une interaction sociale. Si le concept d'interactionnisme symbolique évoqué précédemment dans cet article a déjà montré sa richesse pour comprendre comment les acteurs s'inscrivent dans un processus relationnel, Edmond Marc et Dominique Picard (Marc, Picard,1989) ont déconstruit ce concept dont la complexité ne peut être qu'esquissée ici. Selon ces deux auteurs appréhender les interactions sociales implique de comprendre les processus de communication, d'information, les principes de causalité circulaire et de rétroaction ainsi que la prise en compte du contexte et de la dynamique propre à chaque système relationnel. Il va de soi que tous ces concepts sont bien trop complexes et qu'ils ne sont pas adaptés à la pratique des soignants dans une consultation. Ces derniers ne peuvent pas investir tous ces champs de réflexion. De fait, saisir simplement tout ce qu'il y a derrière le mot communication suppose au moins d'être en mesure d'en concevoir les six fonctions (expressive, conative, phatique, métalinguistique, dénotative, poétique). Méconnaitre ces six fonctions n'empêche absolument pas de communiquer, mais rend très difficile le fait de comprendre ce que l'on fait lorsqu'on communique. Cette compréhension peut être importante pour élaborer des modèles. Cependant le choix doit-il s'effectuer entre une co-construction intuitive de la relation soignant-soigné au grès de l'expérience des acteurs et de leurs compétences d'un côté et de l'autre d'une co-construction pertinente, riche mais bien trop complexe et inadaptée à la pratique ? Est-il possible d'imaginer une troisième voix, *via* une médiation entre le monde de la santé et le monde des sciences humaines et sociales ? Cette médiation pourrait permettre en s'appuyant sur quelques éléments de réflexion en provenance des sciences humaines et sociales, d'impulser un peu plus de complexité raisonnable dans la co-construction de la relation soignant-soigné ? Il serait possible d'envisager par exemple d'effectuer des recherches qualitatives par entretien semi directif ou focus group de soignants

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

pour connaitre les expériences de communication professionnelle correspondant aux 6 fonctions et aussi des entretiens auprès des patients en miroir. La réflexion sur le concept de délibération serait du même ordre[7].

6.7 Le souhaitable et le faisable en ACP

Sans débat, le modèle de l'ACP risque d'exposer les soignants à des injonctions paradoxales. Comment différencier ce qui est souhaitable de ce qui est faisable dans la pratique ? Jusqu'où est-il nécessaire de s'investir pour que la prise en compte de la perspective patient ait un sens réel et en même temps jusqu'où est-il raisonnable de s'engager ? De quelle manière répondre à toute les questions concrètes que pose le modèle ? Faut-il rester dans une logique d'application du modèle ou faut-il l'interroger ? De quelle manière interroger la complexité des différents concepts mobilisés qui constituent autant de guides de l'action que de modèles de rôle ? Le modèle a bien pris en compte la complexité de ce que peut vivre le soignant, il indique bien la ligne à suivre. Cependant, pour apprendre à définir ses limites, il donne uniquement comme mode d'emploi la réflexivité et quelques questions à se poser. Il s'agit déjà d'un premier outil excellent et nouveau pour des soignants qui restent souvent assez isolés dans leur réflexion à ce sujet. Cependant, est-ce suffisant ? Seuls les acteurs de terrain peuvent répondre à cette question. En outre, le modèle omet le contexte qui invite fortement les professionnels à la responsabilité. La réflexivité est certes un outil tout à fait pertinent mais la réflexion entre soi et soi a ses limites. De plus, l'injonction à la réflexivité peut comporter sa part de violence, surtout si celle-ci n'est jamais médiée par un tiers et une supervision. L'acronyme VRAIE est vertueux en théorie mais l'est-il en pratique ? Ne laisse-il pas les soignants trop seuls face à des responsabilités impossibles à assumer ? De quelle manière rester congruent avec ses propres valeurs ? Se confronter à l'impossibilité de tout faire peut rester alors une question lancinante et épuisante face à des soignants qui sont de plus en plus sollicités et sursollicités, tout en ayant en tête le fait que les soignés ne connaissent pas les règles du jeu et que leurs demandes sont souvent légitimes.

6.8 Un modèle à réfléchir collectivement

Pour répondre à cette question, il semble difficile de s'appuyer uniquement sur la réflexivité des acteurs de terrain. Il convient de trouver d'autres pistes de réflexion. En outre, il ne faut pas, non plus, demander à un modèle d'avantage qu'il ne peut donner. En effet le modèle de l'ACP est déjà très complexe. Il a pris en compte de multiples dimensions et a été pensé pour la pratique avec une vraie reconnaissance de l'expérience des soignés. Ainsi, il propose une déclinaison de concepts très heuristiques et très aidants pour la pratique. Il invite en outre le soignant à ne pas juste appliquer de grandes directives mais à tenir compte des contraintes et à interroger ses limites. Et si les concepts quand on les interroge apparaissent un peu trop flous et un peu trop généraux, c'est qu'il est difficile dans le cadre d'un modèle d'être plus précis. Un modèle doit être synthétique et pratique. Est-ce la notion de modèle qui doit être interrogée ? Une des limites de ce concept est qu'il renvoie toute la responsabilité

[7] Voir les travaux d'Urfalino (2005) sur la complexité de ce concept : décider ensemble sur des bases asymétriques est très compliqué, comme l'indique le titre de l'article « délibérer n'est pas discuter ».

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

de l'action aux acteurs de terrain. Ils ont les bonnes recommandations, ils savent ce qu'ils doivent faire, maintenant c'est à eux d'agir. Le modèle ne laisse pas forcément d'espace pour penser toutes les difficultés liées à son implémentation dans la pratique. Répondre à la question posée en début de paragraphe implique peut-être d'inscrire le modèle de l'ACP dans une inscription sociale et une démarche collective. Appliquer ce modèle suppose donc que le soignant ne soit pas laissé seul dans cette démarche et que l'approche centrée patient devrait être une démarche collective et non solitaire. Les questions du soutien et de l'accompagnement du soignant deviennent alors centrales. De quelle manière ces deux notions d'accompagnement [8] peuvent-elles être réfléchies ? Est-ce que des logiques et des dispositifs ont été mis en place ?

6.9 Quel soutien, quel accompagnement pour l'ACP ?

D'un point de vue général, à travers le discours sur l'ACP, c'est la logique gestionnaire qui semble être majoritairement priorisée à travers les concepts d'efficacité, d'efficience, d'amélioration et d'optimisation de la relation soignant-soigné. Il s'agit certes d'une inscription sociale de l'ACP mais, comme l'a montré Johann Chapoutot (Chapoutot, 2020), le discours renvoie toujours sur l'acteur. D'un point de vue institutionnel, il ne semble pas à notre connaissance et ni dans notre pratique que le développement du modèle de l'ACP se soit accompagné d'une réflexion sur les conditions de travail des soignants ni sur leurs rémunérations. S'inscrire dans une démarche d'ACP doit se faire dans le cadre actuel d'une consultation classique. Là aussi, le soignant est renvoyé à sa solitude. Il ne semble pas que des supervisions n'aient été ni prévues ni organisées. La réflexivité reste le seul outil d'évaluation. La réalité est peut-être cependant plus complexe. En effet si les conditions de travail n'ont pas changé pour le soignant dans son cabinet, le développement de l'interprofessionnalité (MSP, CPTS) avec comme visée le travail en collaboration entre les professionnels de santé, constitue un espace au sein duquel le modèle de l'ACP pourrait plus facilement être mobilisé. En effet, cette fois-ci, le soignant est invité à ne plus rester seul mais à partager son expérience. En outre, si aucune supervision personnelle n'a été organisée, il existe des dispositifs qui permettent de réfléchir en groupe et dans la pratique à la relation soignant-soigné (groupes Balint, groupes d'analyse de pratique, réunions cas complexes…). L'accompagnement à la compréhension de l'ACP et une réflexion sur le passage de la théorie à la pratique a été pensée. Il existe des formations dévolues à l'ACP et dans la formation initiale, l'ACP est affichée au centre de la « marguerite des compétences » du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Mais elle est peu enseignée selon le référentiel du modèle de Stewart. Elle se décline plus en formation à la relation et à la communication. Il existe aussi des logiques d'accompagnement institutionnelles sur la dynamique « patient partenaire ». Celle-ci peut représenter une illustration concrète de l'ACP aussi bien dans l'enseignement que dans le soin avec une dynamique de co-construction. Elle implique des institutions comme le ministère de la Santé, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, la Conférence des Doyens de facultés de Médecine mais aussi l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), des associations d'usagers et des organisations universitaires mobilisant déjà des patients. De leur côté, le Conseil national

[8] Voir pour le concept d'accompagnement, les travaux de Maela Paul, 2004 : *L'accompagnement : une posture professionnelle.* Paris : L'Harmattan.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

de l'Ordre des Médecins et l'Académie nationale de médecine se sont penchés sur la question du patient partenaire. Mais beaucoup reste à faire pour traduire toutes ces bonnes intentions en acte et créer un « terrain commun » favorable à une ACP impliquant une relation co-construite entre soignant et soigné.

6.10 Comment comprendre la complexité de l'ACP ? La place de la recherche

Il existe une dernière question à pointer : de quelle manière est-il possible d'étudier les évolutions réelles impulsées par l'ACP ? Avec quelle méthode ? Répondre à cette question, c'est aussi ne pas laisser le soignant seul face à ce modèle, c'est essayer de voir de quelle manière il est possible de répondre à toutes les questions qui ont été égrenées dans ce chapitre. Il semble que développer la recherche qualitative et les méthodes mixtes quali-quanti pour comprendre le rôle de l'ACP dans la pratique, puisse être une bonne solution, avec l'idée de comprendre ce qui se passe et pas uniquement dans une perspective d'évaluation.

7 Synthèse conclusive

L'ACP s'est construite sur une histoire sociale qui a fait régresser le modèle paternaliste au profit d'une relation partenariale soignant-soigné. Ce partenariat tente de partager l'expertise scientifique biomédicale et l'expertise d'un savoir expérientiel à partir du vécu de la maladie qui donne une possibilité de perspective VRAIE au patient. L'approche biopsychosociale permet d'insérer le soigné dans une globalité en prenant en compte des antécédents environnementaux qui ne sont pas uniquement biomédicaux et le contexte du soigné (historique et actuel). Leur prise en compte remet en cause le champ médical classique et limite le fantasme d'une médecine toute puissante à résoudre tout problème de santé par sa seule technicité et ses progrès dans le domaine scientifique. L'objectif de cette approche est de développer une démarche clinique qui vise à trouver un terrain commun de compréhension et d'entente sur les solutions pour décider entre soigné et soignant. Cette démarche est opérationnelle dans le cadre d'une relation qui crée une alliance thérapeutique. L'organisation des soins est essentielle pour assurer la continuité, le suivi et la coordination de ce type de soins. La complexité de cette approche globale peut se faire dans l'interprofessionnalité autour du patient et du partage des compétences. Des regards croisés enrichissent l'ACP comme démarche clinique. L'EBM peut intégrer la perspective et les préférences du patient dans la prise de décision. La psychologie de la santé construit des modèles biopsychosociaux qui intègrent des facteurs de risques environnementaux contextuels, des dispositions psychologiques et des antécédents biomédicaux dans la survenue d'une situation pathologique. Ceux-ci vont faire réagir de manière transactionnelle les patients par une autoévaluation de leur perception de la situation, de leurs ressources propres et des ressources externes dont ils peuvent disposer. Cette autoévaluation permet un ajustement *coping* centré sur la situation-problème, la recherche de solution, et/ou centré sur des modifications cognitivo-émotionnelles qui donne du sens à la situation pour tenter de la résoudre. L'interactionnisme symbolique peut donner du sens à la relation soigné-soignant dans le cadre de la consultation médicale dans un jeu de face à face. Elle offre un outil pour comprendre ce qui se passe dans la relation à travers la déconstruction des façades symboliques de chacun des protago-

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

nistes à partager pour trouver un terrain commun et de la concordance. L'objectif de partage authentique des perspectives expérientielles VRAIE du patient et celles du médecin favorise la réflexivité sur la relation thérapeutique. Les effets spécifiques de la relation thérapeutique partenariale passent par l'empathie et le soutien du professionnel qui permettent l'expression des vécus émotionnels, génèrent de la confiance, favorisent le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation du patient à agir pour sa santé. L'effet thérapeutique de la relation peut renforcer l'effet placebo qui prend en compte les attentes, les croyances, l'état d'esprit du patient en lui donnant du sens. Méta communiquer sur cette relation permet de trouver un terrain commun dans une logique systémique de la relation.

La démarche ACP se situe très clairement dans une perspective de co-construction partenariale avec le soigné qui tienne compte de sa réalité socio culturelle, de sa capabilité, de sa littératie et de ses attentes. Cette co-construction est flexible et permet de trouver un terrain commun qui s'adapte aussi bien au patient autonome qu'au patient en demande de prise en charge plus paternaliste dans une optique de bienfaisance (tout en conservant l'idée d'un consentement éclairé). Sur le terrain professionnel, on est loin de l'applicabilité d'une telle démarche de par les contraintes extrinsèques du système de santé mais aussi de la perception idéalisée d'un tel modèle par les professionnels, source de difficultés lors du passage de la théorie à la pratique. L'ACP a besoin d'être mieux promue tant par la formation initiale que continue. Elle nécessite de s'intégrer à l'organisation d'un système de soin favorable à son développement. Elle peut servir de terrain de réflexion à l'évolution du système de soin.

Pour que le soignant puisse être à l'aise avec ce modèle et se l'approprie, il faut le désidéaliser, le sortir d'une démarche professionnelle uniquement individuelle, l'intégrer dans une démarche collective institutionnelle. Il convient d'ouvrir un espace pour que toutes les questions qu'il fait émerger puissent être débattues et devenir un objet de recherche.

Références bibliographiques

Baarts, C., Tulinius, C., Reventlow, S. (2000), « Reflexivity : a strategy for a patient-centred approach in general practice », *Fam Pr.*, 17(5), p. 430-434.

Balint, E. (1967), « The possibilities of patient-centered medicine », J R Coll Gen Pr. (17), p. 269-276.

Balint, M. (1973), *Le Médecin, son Malade et la Maladie*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Bandura, A. (2007), *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, 2e édition. Bruxelles : De Boeck & Larcier.

Bernoux, P. (2010), *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Le Seuil.

Braddock, C., Snyder, L., Neubauer, R. and Fischer, G. (2012), « The Patient-Centered Medical Home : An Ethical Analysis of Principles and Practice », *J Gen Intern Med*, 281141–6, 1(28), p. 141-146.

Brickley, B., Sladdina, I., Williams, L. *et al.* (2020), « A new model of patient-centred care for general practitioners : results of an integrative review », *Fam Pract.*, 37(2), p. 154-172.

Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E. (2021), *Psychologie de la santé Concepts, méthodes et modèles*. Paris : Dunod.

Chambon, O., Marie-Cardine, M. (2003), *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique*. Paris : Dunod.

Chapelle, F. (2018), *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. Paris : Dunod.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Charles C, Gafni A, Whelan T. (1999), « Decision-making in the physician±patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model », *Soc Sci Med*,49, p. 651-661.

Canguilhem, G. (1950), *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Chapoutot, J. (2020), *Libre d'obéir. Le management, du nazisme à aujourd'hui*. Paris : Gallimard.

D'Amour, D., Sicotte, C., Lévy R. (1999), *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. Sciences Sociales et Santé 17 (3).

Engel, G. (1997), « From Biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain », *Psychosomatics* (38), p. 521-528.

Garfinkel, H. (2001), « Le programme de l'ethnométhodologie », In De Fornel, M. (éd.) *L'ethno-méthodologie – Une sociologie radicale*. Paris : La découverte.

Gay, B., Beaulieu, M.D. (2004), « La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement », *Pédagogie Médicale* (5), p. 171-83.

Goffman, E. (1956), *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York : Doubleday.

Haynes, R.B., Devereaux, P.J., Guyatt, G.H. (2003), « La compétence du clinicien à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision partagée avec le patient », *EBM J* (34), p. 5-8.

Huerta, T.R., Sieck, C.J., Hefner, J. *et al.* (2013), « Patient-centred care plus medical home do not equal patient-centred medical home : why layering models of care may not lead to better outcomes ? », *Fam Med.,* 1(1), p. 1-6.

IAOP. *What is Patient-Centred healthcare ? a review of definitions and principles.* https://www.iapo.org.uk

Institute of medicine (2001), « Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century », http://www.nap. edu/books/0309072808/html/

Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kiuchi, T. (2013), « The evolving concept of "patient-centeredness" in patient physician communication research », *Soc Sci Med.* (96), p. 147-53.

Kandel,O., Bousquet, M.A., Chouilly, J. (2015), « Patient, client, partenaire : trois modes de relation médecin-malade », Fiche 16, In, *Manuel théorique de médecine générale*. St Cloud : GMsanté.

Kaptchuk, T., Kelley, J., Conboy, L., *et al.* (2008), « Components of placebo effect : randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome », *BMJ* (336).

Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978), « Culture, illness and care : clinical lessons from anthropologic and cross cultural research », *Ann Intern Med* (88), p. 251-258.

Le Breton, D. (2008), *L'interactionnisme symbolique*, 2e édition, Paris : Presses Universitaires de France.

Marc, E., Picard, D. (1989), *L'interaction sociale.* Paris : PUF.

Mead, G. H. (1934), « Social Attitudes and the Physical World », In *Mind, Self, and Society* [Internet]. Chicago : University of Chicago Press. https://www.d.umn.edu/cla/faculty/jhamlin/4111/Blumer/George%20Herbert%20Mead%20-%20Mind,%20Self,%20and%20Society.htm

Mead, N., Bower, P. (2000), « Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature », *Soc Sci Med* (51), p. 1087-1110.

Moreau, A., Carol, L., Dedianne, M.C. *et al.* (2012), « What perceptions do patients have of decision making (DM) ? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study by focus group interviews », *Patient Educ Couns.* (87), p. 206-211.

Moreau, A., Ferrat, E., Perdrix, C., Aubin-Auger, I. (2021), « L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature) », *Exercer* (176), p. 368-74.

Moreau, A., Zorzi, F., Guyon, M., Supper, I., Pigache, C., Dupraz, C., Farge, T., Perdrix, C., Lamort-Bouché, M. (2022), « Interactionnisme symbolique : quel impact sur le « terrain commun » et la relation thérapeutique entre des patients présentant un diabète de type 2 et leur médecin traitant ? (Partie 1 : étude phénoménologique DEADIEM) », *Exercer* (186), p. 366-372.

Moreau, A., Guyon, M., Zorzi, F., *et al.* (2023), « Interactionnisme symbolique : quel impact sur la réflexivité, la métacommunication et le « terrain commun » dans la relation thérapeutique ? (Partie 2 synthèse pédagogique dans le cadre du professionnalisme) », *Exercer* (193 :), p. 216-221.

Norcross, J., Wampold, B. (2018), « A new therapy for each patient : Evidence-based relationships and responsiveness », *J Clin Psychol.* (74), p. 1889-1906.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Pluut, B. (2016), « Differences that matter : developing critical insights into discourses of patient-centeredness », *Med Health Care Philos.* (19), p. 501-515.

Rogers, C. (2009), *Psychothérapie et relations humaines Théorie de la thérapie centrée sur la personne.* Issy-les Moulineaux : ESF éditeur.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, G., Richardson, W. (1996), « Evidence based medicine : what it is and what it isn't », BMJ, 312 :71-2.

Shaller, D. (2007), « Patient-centered care : whay does it take ? » https://www.researchgate.net/publication/228787332_Patient_Centered_Care_What_Does_It_Take

Stewart, M., Brown, J., Weston, W. *et al.* (2003), Patient centered medicine. Transforming the clinical method. second edition. Oxon : Radcliffe medical press.

Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., Freeman, T.R. *et al.* (2014), *Patient-Centered Medecine ; Transforming the Clinical Method.* Fourth Edition. Oxon : CRC Press.

Suchman, A. (2006), « A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care.Complex Responsive Processes of Relating », *J Gen Intern Med.* (21), S40-44.

Urfalino, P. (2005), « La délibération n'est pas une conversation. Délibération, décision collective et négociation », *Négoc Boeck* [Internet] (4), p. 53-57. https://shs.cairn.info/revue-negociations-2005-2?lang=fr

Wampold, B. (2018), « The Therapeutic Value of the Relationship for Placebo Effects and Other Healing Practices », *International. Rev Neurobiol.,* 139, p. 191-210.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1975), *Changements Paradoxes et psychothérapie.* Paris : Le Seuil.

WHO (OMS) (2007), People-Centred Health Care : A policy framework.

Zion, S., Crum, A. (2018), « Mindsets Matter. A New Framework for Harnessing the Placebo Effect in Modern Medicine », *Int Rev Neurobiol* [Internet], 138, p. 137-160. https://doi.org/10.1016/bs.irn.2018.02.002

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

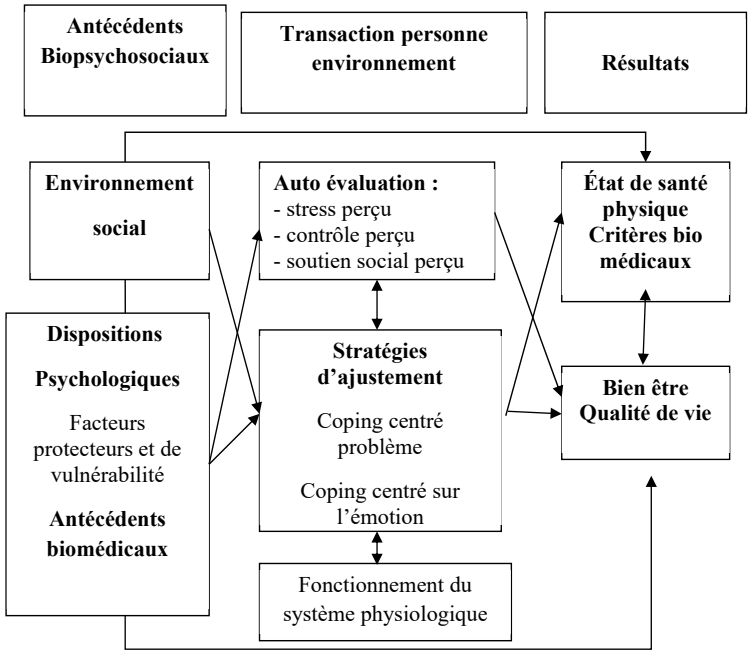


FIG. 1 : Modèle Transactionnel Intégratif Multifactoriel (d'après Bruchon, 2021)

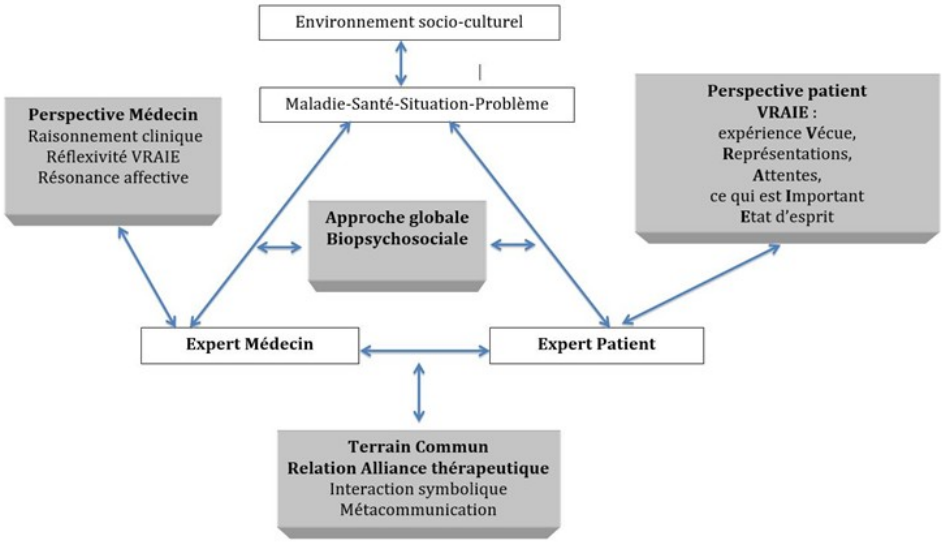


FIG. 2 : Démarche clinique d'ACP (d'après Moreau *et al.*, 2021,)

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

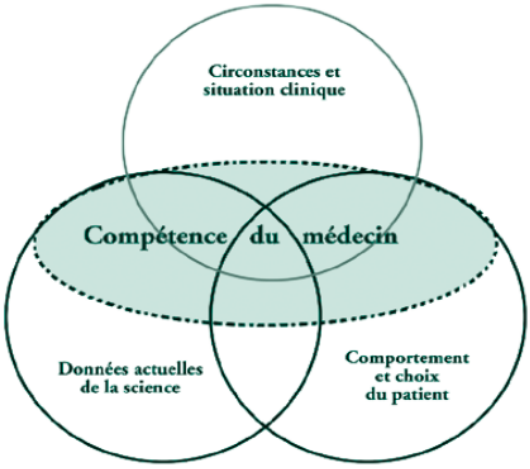


Fig. 3 : EBM et ACP (Gay et Beaulieu, 2004)

Tab. 1 : Professionnalisme et réflexivité

Professionnalisme et réflexivité : les bonnes questions à se poser
• Quelle personne suis-je vis-à-vis du patient (le Je) ? Quel personnage est-ce que je joue vis-à-vis de lui (le Moi) ? (Congruence, cohérence ?) • Qu'est-ce que je perçois de la perspective VRAIE du patient ? Quelle est ma perspective VRAIE sur lui ? • En quoi sa situation résonne t-elle affectivement en moi (transfert/ contretransfert) ? En quoi est-ce que cela interfère avec mon raisonnement clinique ? • Qu'est ce qui se dégage comme terrain commun (concordant/ discordant, entente/mésentente, compréhension/incompréhension) ? • Quel jeu de rôle (facilitateur ou obstacle) chacun de nous a t-il dans la relation thérapeutique (alliance-confiance/attitudes défensives ?) • Comment puis-je méta communiquer sur ce que je perçois des interactions relationnelles entre nous pour favoriser la relation thérapeutique ?

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017