

Améliorer la collaboration d'équipe autour des médicaments

Un projet interprofessionnel innovant

DAS en éducation thérapeutique du patient



SALIEZ PIERRET Géraldine

« Optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments »

(OMS, 2003) [1]

« Améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale »

(Scheen, 2010) [2]

Remerciements

Merci à mon équipe projet, Olivia Braillard, Daniela Lazzaro et Marie-Paule Schneider, qui ont largement coconstruit ce projet dans la créativité et la bonne humeur.

Merci à Rousselle, Muriel et Michel, patients partenaires du projet, pour leur disponibilité, leur authenticité et leur adaptabilité : sans eux, la formation sur la collaboration soignant-patient autour des médicaments n'aurait pas eu le même visage ni le même intérêt pour les participants.

Merci à mes collègues infirmières pour leur soutien et leur adaptabilité malgré la charge de travail supplémentaire supportée durant mes nombreuses absences liées à la formation.

Merci à ma coach Laurence Lataillade pour ses interrogations, son aide bibliographique, ses remarques pertinentes et sa proposition si judicieuse d'intégrer des patients partenaires dans le projet.

Merci à Catherine Joly, ma collègue, amie et coach de la 1^{ère} heure, déterminante dans mon parcours, qui m'a accompagnée sur le chemin de la découverte et de la pratique tant de l'EM que de l'ETP.

Merci à Sylvie Welker, responsable de soins, qui m'a permis de suivre cette formation que j'attendais depuis si longtemps et merci à Christine Le Roy, ma responsable, pour son soutien indéfectible : une hiérarchie promouvante ne peut que donner des ailes !

Merci à Vincent Dumez, Stéphane Coendoz et Sylvie Rochat, patients partenaires, pour m'avoir partagé leur vision du partenariat patient ainsi que leur expérience personnelle.

Merci à tous les intervenants du DAS qui m'ont ouvert les yeux sur de nombreux concepts, se sont toujours montrés disponibles en cas de besoin, et ont accepté de jongler entre le présentiel et le distanciel au gré des caprices du Covid.

Merci à mes collègues de DAS pour leurs partages, leur soutien et leur bonne humeur : un plaisir d'apprendre en leur compagnie !

Merci à tous ceux que ce DAS m'a permis de rencontrer et qui ont répondu à mes nombreuses questions en toute bienveillance.

Merci à mon amie Véro et à ma fille Noémie pour leur précieux soutien en informatique et leur créativité.

Merci à Vinciane, ma sœur, et à Amandine, ma belle-fille, pour leur relecture attentive et pertinente.

Merci à ma famille et mes amis qui m'ont connue moins disponible durant cette année et demie de formation – promis, je vais rattraper le temps « perdu » !

Merci au Covid (mais oui !) qui, grâce aux différents confinements et restrictions sociales, m'a aidée à m'enfermer de si nombreuses heures dans mon bureau sans être trop tentée par d'autres activités.

Abréviations

CAMSCO	:	Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires
CAS	:	Certificate of Advanced Studies
CCIS	:	Consortium Canadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé
CDC	:	Chef de clinique
CIP	:	Consultation interprofessionnelle
DAS	:	Diploma of Advanced Studies
DPI	:	Dossier Patient Informatisé
EM	:	Entretien Motivationnel
ES	:	Effets Secondaires
ETP	:	Education Thérapeutique du Patient
HTA	:	Hypertension artérielle
HUG	:	Hôpitaux Universitaires de Genève
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PRESKO	:	Logiciel d'aide à la prescription médicale
PSM	:	Programme Santé Migrants
RIP	:	Réunion Interprofessionnelle
SETMC	:	Service d'éducation thérapeutique des maladies chroniques
SMPR	:	Service de Médecine de Premier Recours
SWOT	:	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats, outil de stratégie d'entreprise permettant d'identifier les facteurs internes et externes favorables et défavorables à la réalisation des objectifs du projet
TVP	:	Thrombose veineuse profonde
Ttt	:	Traitemet

Avertissement

Pourtant grande adepte de l'écriture inclusive que j'ai découverte durant ce DAS, j'ai fait le choix de ne pas l'utiliser dans ce mémoire afin d'éviter de le surcharger et d'en faciliter ainsi la lecture. Tous les termes masculins sous-entendent donc leur pendant féminin. J'ai cependant choisi de garder le féminin pour notre équipe d'infirmières et pour notre équipe projet, exclusivement composées de femmes.

Liste des annexes

Annexe 1 : Organigramme du SMPR	67
Annexe 2 : Guide d'entretien soignants	68
Annexe 3 : Guide d'entretien patients	68
Annexe 4 : Le temps infini de l'analyse	69
Annexe 5 : Description par les 6 patients de la réaction des soignants quand ils leur disent qu'ils ne prennent pas leurs médicaments.....	70
Annexe 6 : Les compétences transversales en santé (inspiré de De La Tribonnière et Gagnayre, 2011).....	71
Annexe 7 : Liste des causes de non-adhésion des patients que j'ai rencontrés au SMPR	72
Annexe 8 : Classification par l'OMS des causes de non-adhésion, reprise par Baudrant en 2010	73
Annexe 9 : Perspectives supplémentaires des causes de non-adhésion (Brown et al., 2016)	74
Annexe 10 : Exemples de modèles explicatifs de l'adhésion médicamenteuse	75
Annexe 11 : Caractéristiques de la pluri, de l'inter et de la transdisciplinarité	76
Annexe 12 : Les enjeux, bénéfices et risques de l'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP (De La Tribonnière et Gagnayre, 2013)	77
Annexe 13 : Le Blob Tree (Pip Wilson, 1980).....	78
Annexe 14 : Séance interprofessionnelle du 7 juillet	80
Annexe 15 : Fruit de la réflexion interprofessionnelle du 7 juillet	81
Annexe 16 : Formation des infirmières du 21 septembre.....	83
Annexe 17 : Formation des infirmières du 23 septembre.....	84
Annexe 18 : Fruit de la réflexion des infirmières des 21 et 23 septembre	85
Annexe 19 : TeamSTEPPS ®	88
Annexe 20 : Séances interprofessionnelles des 5 et 7 octobre.....	90
Annexe 21 : Fruit de la collaboration interprofessionnelle des 5 et 7 octobre.....	91
Annexe 22 : Formation des infirmières du 19 octobre.....	94
Annexe 23 : Répartition des tâches pour améliorer la collaboration interprofessionnelle	95
Annexe 24 : Modèle de Fischer, rapport de la pharma 24 et création du « rapport d'entretien infirmier sur la relation du patient avec ses traitements ».....	97
Annexe 25 : Formation des infirmières du 9 novembre.....	99
Annexe 26 : Co-construction de solutions et d'outils pour faire perdurer le projet.....	100
Annexe 27 : Préparation des patients partenaires : « Se préparer à rencontrer les soignants »	102
Annexe 28 : Fruit de la réflexion des patients partenaires	106

Annexe 29 : Matinée du 13 octobre sur la collaboration soignant-patient autour des médicaments.....	108
Annexe 30 : Résultat des tests participants (klaxoon)	112
Annexe 31 : Outil « Auto-évaluation de ma posture éducative » et fiche technique	113
Annexe 32 : Outil « Moi et médicaments » et fiche technique.....	116
Annexe 33 : Dispositif d'évaluation destiné aux infirmières et résultats.....	122
Annexe 34 : Dispositif d'évaluation destiné aux participants de la matinée collaboration soignant/patient et résultats.....	126
Annexe 35 : Dispositif d'évaluation destiné aux formatrices et résultats.....	131
Annexe 36 : Support pour l'évaluation par les patients partenaires et résultats	139

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des méthodes pour mesurer l'adhésion médicamenteuse (Allenet et al., 2013).....	29
Tableau 2 : Domaines de compétences pour une collaboration interprofessionnelle efficace (CCIS, 2010) .	36
Tableau 3 : Aperçu des formations réalisées	43
Tableau 4 : Les 7 lois de l'apprentissage des adultes (Dennery, 2006).....	43

Liste des figures

Figure 1 : Causes, à mes yeux, du manque de collaboration et de compétences face à la « non-adhésion » .	4
Figure 2 : Conséquences, à mes yeux, du manque de collaboration/compétences face à la non-adhésion....	4
Figure 3 : Entretiens réalisés dans le cadre de notre enquête.....	6
Figure 4. Diagramme d'Ishikawa	14
Figure 5. SWOT du projet	16
Figure 6. Analyse des besoins éducatifs (selon Martin et Savary, 2001) (1)	18
Figure 7. Analyse des besoins éducatifs (selon Martin et Savary, 2001) (2)	20
Figure 8 : Ce que les mots disent du pouvoir/de la liberté du prescripteur et du patient (Deccache, 1994).	26
Figure 9. Profil des patients partenaires (Université de Montréal, 2016).....	34
Figure 10 : Référentiel de compétences du patient partenaire (DCPP, 2015)	34
Figure 11 : Buts de la collaboration interprofessionnelle (Bodenheimer et Sinsky, 2014).....	37
Figure 12 : Le modèle d'évaluation de Kirkpatrick (1959).....	38
Figure 13 : "Le carrefour" de Stéphane Jacquemet (2021)	39

Conseil aux lecteurs

Les annexes ne sont pas décoratives : elles participent grandement à la compréhension de ce mémoire, prenez donc le temps de les consulter.

Table des matières

II. Introduction	1
III. Problématique éducative	2
1. Contexte	2
2. Constats	3
3. Enquête.....	5
4. Analyse	7
5. Problématique commune au trio médecin/infirmière/patient.....	12
IV. Besoins éducatifs, de formation, de transformation	17
V. Hypothèses de solutions	22
VI. Cadre théorique.....	25
1. L'adhésion médicamenteuse	25
2. La notion de partenariat patient et de patient partenaire.....	31
3. La collaboration interprofessionnelle.....	35
VII. Objectifs et objets d'évaluation	38
1. Evaluer ? Pour quoi faire ?.....	38
2. Que va-t-on évaluer ?	38
3. Quand évaluer ?	40
4. Comment évaluer, avec quels outils ?	41
5. Que va-t-on faire des résultats ?	42
VIII. Actions réalisées	43
1. Actions réalisées en lien avec l'objectif d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle	44
2. Actions réalisées en lien avec l'objectif d'amélioration de la collaboration soignant-patient .	45
X. L'évaluation	48
1. Evaluation par les infirmières des séances sur la collaboration interprofessionnelle	48
2. Evaluation de la matinée consacrée à la collaboration soignant-patient	49
XI. Discussion	52
XIII. Perspectives.....	57
XIV. Conclusion	59
XV. Bibliographie.....	60
XVI. Annexes	67
XVII. Résumé	141

I. Introduction

C'est l'histoire d'une infirmière tombée par hasard dans la marmite de l'éducation thérapeutique. Je n'ai en effet découvert l'existence de l'ETP qu'en 2006, lors d'une formation en Chronicité et Interventions de réhabilitation, qui m'avait été proposée à moi, nouvelle recrue du service, parce que 4 collègues plus anciennes l'avaient refusée. Durant ma formation initiale datant maintenant de plus de 30 ans, on ne m'avait parlé que « d'éducation à la santé », terme dont le contenu se limitait à donner des informations aux patients pour les aider à mieux gérer leur(s) maladie(s). Forte de cette découverte, j'ai dévoré un livre de Jean-Philippe Assal et Anne Lacroix (2003) [3] sur l'ETP, y ai appris l'existence du SETMC, Service d'Education Thérapeutique des Maladies Chroniques, et ressenti l'impérieuse envie de l'intégrer. En 2009, j'ai profité de la fin de mon 3^{ème} congé de maternité et de l'enveloppe reçue de mes parents à l'occasion de mes 40 ans pour participer au séminaire d'ETP de Zinal. La chance m'a souri l'année suivante : une place s'est libérée au SETMC et j'ai été choisie pour l'occuper. Mon expérience de 4 ans au sein de ce service m'a transformée : j'y ai appris une autre façon de concevoir les soins, une autre façon d'accompagner les patients, une autre façon d'être infirmière, tout simplement. Ne restait « plus qu'à » me former au travers d'un CAS – DAS en ETP. Des aléas professionnels ont retardé ma formation de 10 ans, report qui s'est finalement révélé bénéfique, comme nous le verrons dans la conclusion de ce mémoire.

Pourquoi avoir choisi pour ce DAS le sujet des médicaments ? Aujourd'hui infirmière depuis 8 ans au SMPR, Service de Médecine de Premier Recours, je voulais mener un projet utile, concret, qui réponde à un problème du quotidien, pertinent aux yeux de tous (patients, familles, professionnels de santé, hiérarchie, société), avec l'envie d'intégrer des projets réalisés précédemment par mes collègues Olivia Braillard (2016) [4] et Daniela Lazzaro (2019) [5] autour des médicaments, respectivement dans le cadre de leur DAS en ETP et CAS en santé et diversité. Leurs recherches m'ont invitée à m'intéresser plus largement à l'accompagnement des patients face à leur traitement médicamenteux. En effet, les chiffres parlent d'eux-mêmes : selon l'OMS (2008) [6], les maladies chroniques constituent la toute 1^{ère} cause de mortalité dans le monde, responsables de 63% des décès. Une personne sur trois en Europe est concernée par le fait de prendre des médicaments à long terme. Or de nombreuses études ont montré que plus de 50% des patients ne prennent pas leurs médicaments tels qu'ils leur ont été prescrits, toutes maladies confondues, même si les chiffres peuvent varier selon le type de pathologie (Sabate (2003) [7], ou encore Golay, Nguyen, Howles et al. (2004) [8]). Selon Col, Fanale et Kronholm (1990) [9], un sujet âgé sur 10 est hospitalisé pour une mauvaise observance à son traitement prescrit. Un rapport de l'IGAS [10], l'Inspection Générale interministérielle du Secteur social en France, datant de 2008, avance même que la mauvaise observance concernerait jusqu'à 90% des personnes atteintes d'affections chroniques à un moment donné de leur maladie. Pour nous donner un ordre d'idées, Osterberg et Blaschke (2005) [11] nous rapportent que le coût total de la non-observance aux Etats-Unis a été estimé entre 25 et 100 milliards de dollars par an, incluant les coûts directs et indirects. Les efforts pour aider les patients à prendre leurs médicaments existent depuis longtemps et à tous les niveaux, mais il reste tellement à faire ! Désireuse d'ajouter ma pierre à l'édifice, je me suis entourée de personnes compétentes et motivées pour coconstruire une offre de formation destinée à améliorer « l'adhésion médicamenteuse » au SMPR (je reviendrai sur ce terme dans le cadre théorique).

II. Problématique éducative

1. Contexte

J'occupe depuis 18 ans un poste d'infirmière aux **Hôpitaux Universitaires de Genève** nés en 1995 du regroupement de 8 hôpitaux publics et devenant ainsi le plus grand des cinq hôpitaux universitaires suisses, avec plus de 10.000 collaborateurs. Je travaille depuis 8 ans au **SMPR**, Service de Médecine de Premier Recours, service de consultations ambulatoires qui a pour missions :

- d'assurer la prise en charge ambulatoire de patients adultes relevant de la médecine interne générale, dite de premier recours
- d'offrir l'accès aux soins de qualité à tous, même aux populations désavantagées par leur âge, leur situation socio-économique (patients en situation de précarité, sans assurance), juridique (requérants d'asile, personnes sans autorisation de séjour sur le territoire ou détenus) ou leurs habitudes de vie
- de participer au réseau de soins visant à assurer le maintien à domicile des personnes âgées et en fin de vie, de participer à la prise en charge des problèmes liés aux dépendances, à l'alimentation, à la violence, à la médecine des adolescents et jeunes adultes, ainsi que des problèmes relevant de la santé sexuelle et du planning familial
- d'assurer une observation de l'état de santé de la population genevoise
- de former les internes en les incitant à effectuer un travail interdisciplinaire.

Infirmière à la consultation ambulatoire des « Quartiers » (voir organigramme en Annexe 1), je fais partie d'une petite équipe composée d'1 responsable, de 4 infirmières, d'1 assistante de médecin et d'1 aide-soignante, toutes à temps partiel. Nous travaillons en collaboration étroite avec les médecins ainsi qu'avec 2 diététiciennes, 3 assistantes sociales, 1 podologue et 1 infirmière responsable du dispensaire (pharmacie délivrant gratuitement des médicaments aux personnes ne bénéficiant pas d'une assurance maladie).

Nos patients nous sont adressés par les médecins des Quartiers, de la CAMSCO ou du PSM :

- Les « Quartiers », consultations de médecine générale, accueillent des patients qui bénéficient d'une assurance maladie et ont choisi de prendre un médecin traitant au sein de l'hôpital plutôt qu'en ville malgré la rotation des internes tous les 6 à 12 mois, afin de rassembler la totalité de leur dossier dans un même lieu et ainsi faciliter les relations entre les différents intervenants (spécialistes, laboratoire, radiologie, etc.). Ces « quartiers » tirent leur nom du fait que jadis les patients étaient répartis chez tel ou tel médecin en fonction du quartier de Genève dans lequel ils habitaient, ce qui n'est plus le cas actuellement.
- La « CAMSCO », Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires, accueille des patients sans autorisation de séjour sur le territoire, migrants économiques ou climatiques, requérants d'asile n'ayant pas obtenu l'asile et ne souhaitant pas retourner au pays, ou des patients sans domicile fixe n'ayant pas les moyens de se payer une assurance.
- Le « PSM », Programme Santé Migrants, accueille des requérants d'asile qui bénéficient d'un permis F (provisoire) ainsi que d'une assurance jusqu'à la fin de la procédure d'asile.

Les Quartiers, la CAMSCO et le PSM emploient 25 internes qui assurent des consultations ambulatoires de 30 minutes, apprenant à devenir « médecin traitant ». Ils sont supervisés par 11 chefs de cliniques eux-mêmes dirigés par 4 médecins adjoints et 1 professeur qui tous assurent également des consultations.

Mes collègues infirmières et moi travaillons ponctuellement en salle de traitement pour réaliser des actes médico-délégués (prises de sang, analyses d'urines et de selles, électrocardiogrammes, vaccins, aérosols,

pansements etc.) et principalement à la « consultation de quartiers » pour aider les patients à mieux gérer leur maladie chronique (diabète, obésité, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, asthme ou maladies nécessitant la prise d'un traitement anticoagulant). Nous gérons notre agenda nous-mêmes, planifiant des consultations de 30, 45 ou 60 minutes à la fréquence décidée avec les patients. Nous avons la liberté et le temps d'y développer notre créativité, de faire de l'éducation thérapeutique et de l'entretien motivationnel, avançant ainsi au rythme des patients pour les aider à s'approprier leur maladie et modifier leurs comportements, prévenant ainsi les complications liées à leur état de santé et la dégradation de leur qualité de vie. En raison du tournus médical important, nous sommes le fil rouge du suivi de nos patients. Notre statut d'infirmières expérimentées est valorisé : dans un esprit d'interprofessionnalité présent au SMPR, nous collaborons au quotidien avec les médecins et leur dispensons plusieurs fois dans l'année des ateliers ou formations sur le thème du diabète, de l'ETP ou de l'entretien motivationnel.

2. Constats

En observant notre façon de fonctionner, j'ai fait personnellement les constats suivants :

- **Les problèmes d'adhésion sont probablement plus fréquents au SMPR qu'ailleurs** du fait de la population pour la majorité en situation précaire (demandeurs d'asile, sans-papiers, SDF) liée à la gratuité des soins dans notre service. L'allogphonie, l'illettrisme, la faible littératie en santé et les conditions socio-économiques précaires rendent l'adhésion médicamenteuse parfois encore plus périlleuse comme le décrit Yann Benoist (2008) [12] dans son article intitulé « vivre dans la rue et se soigner ».
- **Les infirmières présentent des difficultés à savoir quel traitement le patient est censé prendre** : la liste est rarement à jour dans notre Dossier Patient Intégré (DPI) et les ordonnances sont morcelées. Elles doivent faire des recherches chronophages et régulièrement déranger les médecins pour clarifier le traitement. Pas très sérieux devant le patient
- **Elles se sentent souvent seules dans le rôle d'accompagnement des patients à prendre leur traitement**, face à des internes qui semblent prescrire sans vraiment discuter avec les patients (compréhension, sens, acceptation).
- **Il n'existe pas de méthodologie commune pour aider ces patients**, chacun navigue à vue avec ses propres ressources.
- **Chacun travaille de son côté, il y a peu d'échanges sur le sujet, peu de partage d'expériences** : les infirmières aimeraient travailler davantage en équipe interprofessionnelle.
- **Les infirmières, plus expérimentées que les médecins, ne communiquent pas suffisamment sur ce qu'elles font au quotidien avec les patients**, ni oralement lors de la présentation de leur rôle aux nouveaux internes, ni dans leurs transmissions écrites où ne transparaît clairement ni l'ETP (absence de mise en évidence des objectifs définis avec le patient et de l'évaluation claire de ses nouvelles compétences) ni le travail fait autour de l'adhésion médicamenteuse.

En démarrant ce projet, quelles causes puis-je attribuer à ce réel manque de travail en commun autour de la prise des médicaments par le patient ?

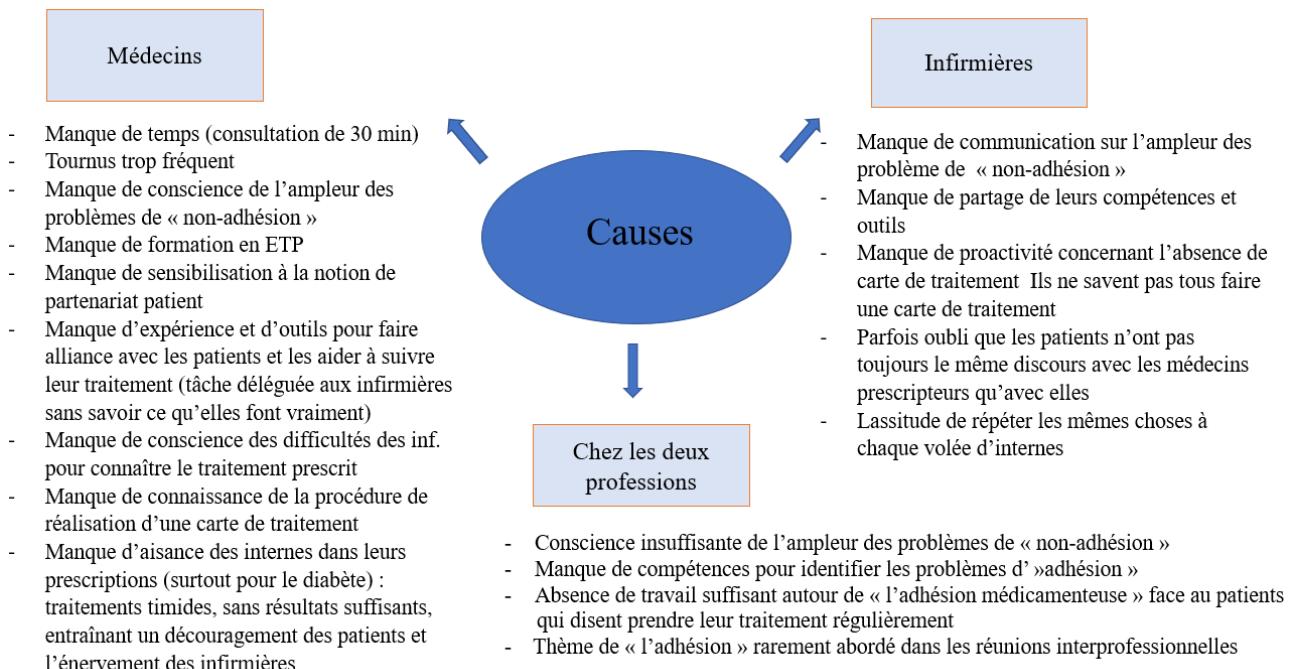


Figure 1 : Causes, à mes yeux, du manque de collaboration et de compétences face à la « non-adhésion »

Et quels sont à mes yeux les risques et les conséquences de ce manque de collaboration et de compétences pour accompagner les patients dans la prise de leur traitement ?

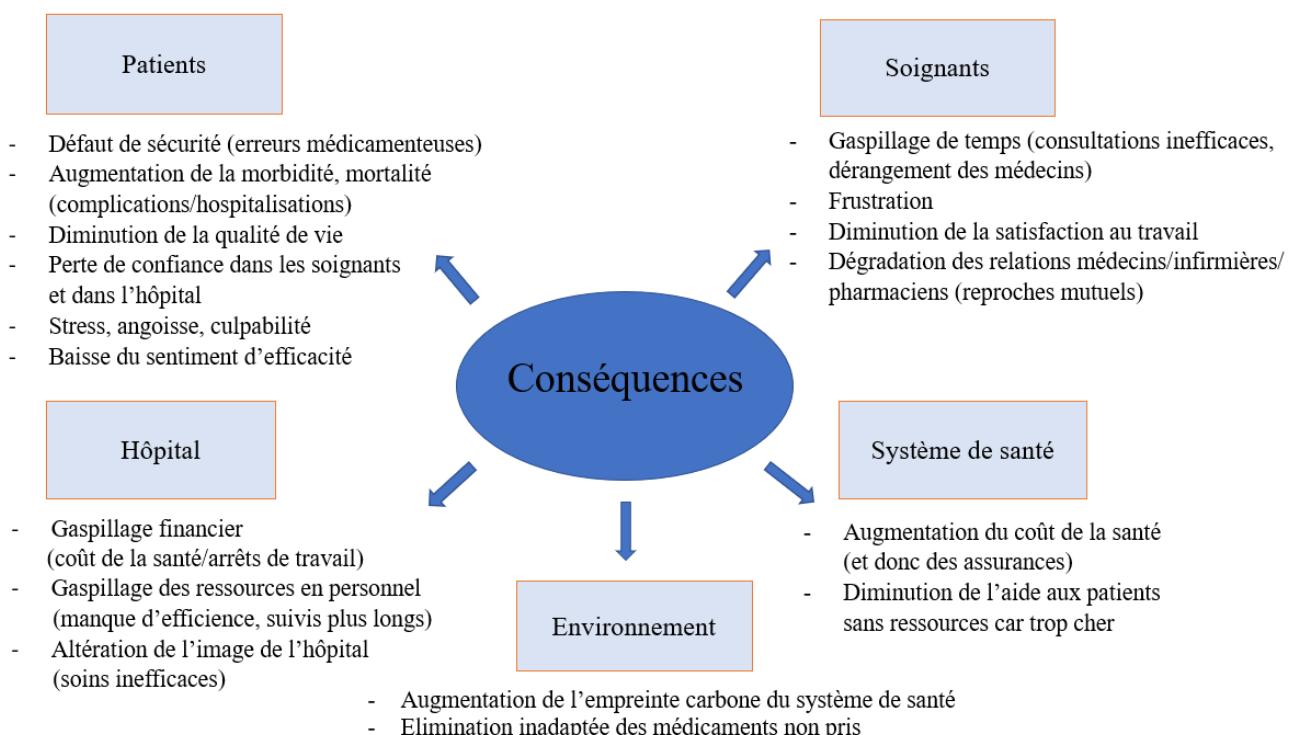


Figure 2 : Conséquences, à mes yeux, du manque de collaboration/compétences face à la non-adhésion

Les personnes qui « subissent » les conséquences de cette situation sont avant tout les patients, bien sûr, mais aussi les soignants : une meilleure collaboration autour de l'adhésion médicamenteuse augmenterait notamment les compétences des uns et des autres et induirait une meilleure satisfaction au travail. Relevons aussi l'Etat et l'hôpital pour qui le manque d'adhésion au traitement induit des coûts financiers faramineux.

Suite à ces constats, mon hypothèse de départ était qu'en améliorant la communication, la collaboration et le partage entre les soignants, ils pourraient considérablement améliorer l'accompagnement des patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit. Tous ces constats correspondant à ce que j'avais observé de « l'extérieur », je me suis alors demandé ce que mes collègues infirmières, mes collègues médecins et nos patients vivaient à « l'intérieur » : que ressentaient-ils ? Qu'est-ce qui était difficile pour eux ou au contraire aidant concernant ce sujet des médicaments ?

3. Enquête

Je suis donc partie à la rencontre des soignants et des patients pour comprendre leur vécu et leurs préoccupations, et ainsi pouvoir dégager leurs besoins.

J'ai commencé par réaliser 2 focus groupe de 45 minutes avec les médecins de mon service (7 médecins étaient présents au premier focus, et 8 au second) et 3 entretiens individuels de 20 à 30 minutes avec mes 3 collègues infirmières. Mon objectif était de découvrir quelles émotions et sentiments ils vivaient face à des patients qui ne prenaient pas leur traitement tel que prescrit, quelles étaient leurs ressources et leurs difficultés dans l'accompagnement de ces patients, et qu'est-ce qu'ils attendaient des autres soignants pour les aider dans cette tâche (le guide d'entretien soignants est présenté en Annexe 2).

J'ai ensuite demandé à mes 3 collègues infirmières et au médecin adjoint intégrant l'équipe projet de réaliser un entretien de compréhension de 20 minutes auprès d'un de leurs patients et j'en ai moi-même réalisé deux. Nous avons ainsi pu ensemble interroger 6 patients, 3 hommes et 3 femmes, choisis selon 2 critères : ils devaient parler suffisamment bien le français pour que je puisse réaliser l'analyse des besoins dans de bonnes conditions, et ne pas toujours prendre leurs médicaments tels que prescrits. L'objectif de ces entretiens était de découvrir leur vécu face aux soignants quand ceux-ci leur prescrivaient un nouveau médicament ou quand ils abordaient le sujet des médicaments dans les consultations, quelles émotions ou sentiments ils vivaient et quelles pensées ils avaient quand ils prenaient leurs médicaments à la maison, et ce qui à leurs yeux était aidant ou pas pour dire à leurs soignants qu'ils ne prenaient pas forcément leurs médicaments tels qu'écrits sur l'ordonnance (le guide d'entretien patients est présenté en Annexe 3, il comprenait un court mode d'emploi pour mes collègues afin de faciliter le début de l'entretien et donner des idées de questions de relance au cas où les patients ne comprendraient pas bien les questions ou s'exprimeraient peu).

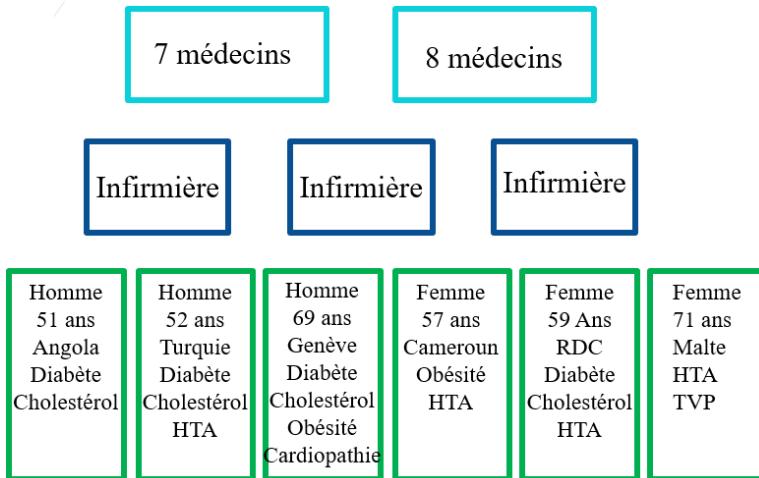


Figure 3 : Entretiens réalisés dans le cadre de notre enquête

Parallèlement à ces entretiens, je suis partie à la recherche de ce qui se faisait ailleurs que dans mon service pour accompagner les patients dans la prise de leurs médicaments. En effet, je ne souhaitais pas « refaire du déjà fait » et cela me donnait une chance de trouver d'éventuelles collaborations. J'ai ainsi pu interroger 40 personnes, dans différents départements de l'hôpital (médecins, infirmières et pharmaciens) et en-dehors de l'hôpital (pharmaciens, associations de patients, patients partenaires). Le constat a été rude : peu de choses sont faites dans ce domaine, et les quelques initiatives dépassent rarement la compréhension des traitements, comme s'il suffisait que le patient comprenne son traitement pour avaler ses comprimés sans se poser de questions ... Quelques exceptions, heureusement, à ce constat : la consultation VIH où une consultation d'ETP a été mise en place par une infirmière détentrice d'un DAS en ETP, la consultation ambulatoire d'ophtalmologie où une consultation d'ETP a été montée dans le cadre d'un CAS en ETP, l'unité de gériatrie communautaire où des séances de groupe ont été organisées autour du sujet des médicaments, le service d'oncohématologie où une infirmière détentrice du CAS en ETP commence tout doucement à faire bouger les choses, le service d'oncohématologie pédiatrique où une infirmière spécialiste clinique a mis en place un suivi infirmier régulier autour de la prise de traitement, le CAPPA où des consultations individuelles sont organisées pour les patients qui présentent des difficultés à prendre leur traitement, la cardiologie préventive où 2 infirmières travaillent actuellement sur le sujet, et la Pharma24, pharmacie attenante à l'hôpital, qui organise des consultations d'adhésion médicamenteuse (ce qui se faisait dans d'autres pharmacies précédemment, jusqu'à ce qu'elles ne soient plus financées par les assurances sociales).

Une infirmière spécialiste clinique en diabétologie m'a dit avoir constaté que dans les unités d'hospitalisation des HUG où elle intervenait, les soignants n'ont pas le réflexe de concevoir l'aide à la prise des médicaments comme faisant partie des soins. Ils ne laissent d'ailleurs pas les patients gérer leurs médicaments habituels durant l'hospitalisation. Cette aide serait-elle moins « intéressante » pour les soignants, moins valorisante car moins technique ? Ou s'agirait-il d'une méconnaissance de l'ampleur de la « non-adhésion » une fois les patients rentrés à la maison, ou d'une méconnaissance des nombreuses difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans la prise de leurs médicaments ?

Une infirmière d'oncologie m'a affirmé que tous ses patients prenaient leurs médicaments puisque c'était une question de survie. Or une quinzaine d'études répertoriées par Achtari et al. (2011) [13] ont montré qu'il n'en était rien, que le patient oncologique lui aussi était à risque de non-adhésion tout au long de sa maladie.

Au fait, qui est censé s'occuper de la façon dont les patients gèrent leur traitement ? Des médecins m'ont dit qu'ils n'avaient pas le temps, une pharmacienne des HUG m'a dit que c'était aux infirmières de s'occuper de cela, une infirmière des HUG m'a dit que c'était plutôt le rôle des ergothérapeutes ... Comme si les soignants se « renvoiaient la balle » par manque de temps ou de compétences face à ce problème, ou parce qu'à leurs yeux cela ne constituait pas un soin prioritaire dans leur cahier des charges déjà si rempli, d'autres professionnels pouvant s'en occuper. Cela pourrait-il aussi être le cas au SMPR ?

4. Analyse

Venu le temps de l'analyse des entretiens, j'ai classé tous les verbatims des 2 focus groupe, des 3 entretiens infirmiers et des 6 entretiens de patients, et j'ai réalisé les « mille et une déductions » que j'ai ensuite classées en problèmes, ressources, contraintes et zones d'ombre selon la méthode d'Aline Morichaud (2014) [14]. La photo présentée en Annexe 4 montre à quel point l'analyse a été chronophage, la photo ne représentant que le tiers de l'ensemble des verbatims ...

Problématique des 15 médecins interrogés

Problèmes
1. Les médecins ont des difficultés à voir le traitement actuel du patient sur PRESCO (logiciel d'aide à la prescription médicale), à savoir ce que le patient est censé prendre actuellement (cfr multiplicité des ordonnances et manque de rigueur des prédécesseurs dans la tenue des dossiers).
2. Les médecins ont des difficultés à savoir ce que les patients prennent réellement comme médicaments.
3. Les médecins expriment leur difficulté à comprendre les patients et à collaborer avec eux (différences culturelles, différences de représentation de la maladie entraînant une absence de véritable rencontre avec le patient).
4. Certains médecins ne se sentent pas suffisamment outillés (tendance à faire peur au patient même s'ils savent que c'est contre-productif, difficultés à prescrire un médicament pour une maladie silencieuse car le patient ne voit pas toujours le bénéfice, difficultés à expliquer la maladie de façon à ce que le patient puisse comprendre, manque ou inadaptation des supports de communication mis à disposition, manque de partage de compétences entre soignants).
5. Les médecins manquent de temps dans leurs consultations pour s'occuper correctement d'adhésion médicamenteuse.
6. La plupart des médecins vivent difficilement (ressentent des émotions « négatives », inconfortables) le fait qu'un patient ne prenne pas bien le traitement prescrit : ils ressentent de la frustration, de l'incompréhension, un sentiment d'inutilité ou d'échec.
7. Les médecins ne sont pas satisfaits de la communication qu'ils ont avec les autres professionnels de santé (multiplicité des intervenants, discours différents).
8. Dans le cadre de la multiplicité des soignants et du tournus important des médecins, ils constatent que la communication non optimale entre les différents professionnels de santé a des conséquences négatives sur le suivi des patients.
Ressources
1. Les médecins essaient de comprendre pour quelles raisons les patients ne prennent pas leur traitement et formulent des hypothèses de compréhension sur les causes de non-observance.

2. Les médecins ont des ressources/outils pour aider leurs patients à prendre leur traitement (carte de traitement, teach back (faire reformuler au patient ce qu'il a compris), semainier, adaptation de la prescription, envoi chez les infirmières, exploration des représentations).
3. Les médecins se remettent en question quand ils découvrent que les patients ne prennent pas leur traitement.
4. Les médecins identifient leurs émotions avec précision.
5. Aux yeux des médecins, travailler en équipe pluridisciplinaire constitue une ressource pour améliorer l'adhésion médicamenteuse.
6. Les médecins se font aider par les infirmières pour améliorer l'adhésion médicamenteuse des patients.
Contrainte
Les médecins estiment que gagner la confiance des patients prend du temps ... temps qu'ils n'ont pas (cfr tournus très important des internes qui ne voient souvent leurs patients qu'une ou deux fois).
Zone d'ombre
Une bonne communication avec la pharmacie ou l'IMAD est une aide précieuse pour savoir ce que les patients prennent réellement comme médicaments (2 médecins aimeraient une meilleure collaboration avec les pharmaciens pour savoir si les patients prennent ou non leurs médicaments, 2 autres médecins apprécient le retour de l'IMAD ou de la pharmacie sur la prise des médicaments). Je ne dispose pas assez de verbatims pour savoir dans quelle mesure cette aide est fréquente ou pas.

J'ai vraiment été surprise de découvrir que les médecins, en raison de la multiplicité des intervenants, avaient également des difficultés à trouver sur DPI ce que les patients étaient censés prendre comme médicaments. Je ne les vois plus comme « faisant peu d'efforts pour nous faciliter la tâche » et suis même gênée d'avoir pensé cela. Je n'avais pas non plus en tête qu'au-delà de la responsabilité morale partagée par tous les soignants, les médecins avaient également une responsabilité médico-légale, risquant d'être poursuivis s'ils n'ont pas prescrit le bon traitement, ce qui les oblige à bien documenter ce qu'ils auraient souhaité prescrire et ce que le patient accepte de prendre ...

Problématique des 3 infirmières interrogées

Problèmes
1. Les infirmières peinent à s'y retrouver pour savoir quels médicaments les patients sont censés prendre.
2. Les infirmières ne sont pas satisfaites de l'aide que DPI leur offre actuellement par rapport aux traitements.
3. Identifier les patients qui ne prennent pas correctement leurs médicaments est difficile pour les infirmières.
4. Les infirmières ressentent des émotions « négatives », inconfortables, face à des patients qui ne prennent pas leur traitement (frustration, inquiétude, déception).
5. Les infirmières déplorent que les médecins et autres soignants n'aient pas assez conscience du problème de la non-adhésion.
6. Les infirmières ne sont pas toujours satisfaites de la collaboration qu'elles peuvent avoir avec les médecins concernant la prise des médicaments.
7. Les infirmières estiment qu'il n'y a pas assez de partage d'expériences entre les soignants concernant l'adhésion médicamenteuse des patients.
8. Les infirmières prennent du temps à intégrer la carte de traitement visuelle dans leur pratique, même si elles la perçoivent comme étant un outil utile.

Ressources
1. Les infirmières identifient de nombreuses causes de non-adhésion médicamenteuse et les explorent.
2. Les infirmières disposent de nombreux outils divers et variés pour aider les patients qui ne prennent pas leurs médicaments, elles se sentent expérimentées en la matière.
3. Les infirmières se reconnaissent des qualités personnelles pour aider les patients à s'approprier leur traitement.
4. Quand les patients ne prennent pas leurs médicaments, les infirmières sont capables de se remettre en question.
5. Les infirmières identifient l'importance du lien pour pourvoir aider les patients, elles sont prêtes à passer la main si nécessaire.
6. Les infirmières identifient leurs émotions avec précision.
7. Les infirmières comptent beaucoup sur la collaboration avec les médecins pour les aider à aider les patients à prendre leur traitement.
8. Les infirmières aimeraient une meilleure collaboration avec les médecins, davantage d'échanges autour de la prise de traitement.
9. Les infirmières n'hésitent pas à intervenir auprès des médecins pour que les traitements prescrits soient adaptés aux patients.
10. Les infirmières se sentent dans un trio patient/médecin/infirmière, elles font le lien entre le patient et le médecin.
11. Les infirmières ont conscience de certaines difficultés des médecins.
12. Les infirmières ont constaté que les patients se sentent plus libres de parler de leur traitement avec elles qu'avec le médecin.
13. Les infirmières s'attachent à respecter les choix des patients.
14. Les infirmières ont à cœur d'écouter le patient, de comprendre son point de vue.
15. Les infirmières s'adaptent au rythme des patients.
16. Les infirmières tiennent à s'adapter aux patients.
17. Les infirmières accueillent sans jugement les traitements parallèles que les patients prennent.
Contraintes
La problématique de la langue constitue parfois une grande difficulté pour les infirmières dans l'aide qu'elles peuvent apporter aux patients par rapport à leur traitement (malgré leurs compétences linguistiques et leur aisance à travailler avec des interprètes).
Zone d'ombre
Les infirmières attendent des médecins qu'ils les écoutent et prennent leur avis en compte. Dans quelle mesure se sentent-elle écoutées ou pas ? Par quelle proportion de médecins ?

Les infirmières comme les médecins ont clairement exprimé leurs émotions ou sentiments (frustration, incompréhension, sentiment d'inutilité ou d'échec pour les médecins, et frustration, inquiétude, déception pour les infirmières). Je n'imaginais pas ce vécu aussi difficile, ne ressentant personnellement pas les choses de façon aussi négative.

Problématique des 6 patients interrogés

Problèmes
1. La majorité des patients pensent que les soignants peuvent réagir ou réagissent négativement quand ils disent qu'ils n'ont pas pris leurs médicaments, ou que cela aura un impact négatif sur leur relation avec eux : cela peut les freiner pour en parler.
2. La majorité des patients peuvent se sentir freinés à parler de leur observance, selon le soignant qu'ils ont en face d'eux.
Ressources
1. Une majorité des patients ont confiance dans les compétences et les bonnes intentions de leur médecin.
2. Tous les patients reconnaissent les efforts que les soignants font pour eux, leur investissement.
3. Quand le médicament ne convient pas (effet secondaire ou absence de perception d'efficacité) tous les patients prennent l'initiative d'en parler à leur médecin (qui la plupart du temps leur prescrit alors un autre médicament).
4. Tous les patients sont capables de se positionner face à leur médecin, d'expliquer leurs préférences ou leurs refus.
5. Tous les patients sont capables d'identifier leurs émotions et de les exprimer (chacun des patients a exprimé au moins 3 émotions différentes).
6. Une majorité des patients interrogés se sentent à l'aise pour parler à leurs soignants (j'ai relevé des verbatims des 6 patients, mais certains ne sont pas à l'aise avec tous les soignants, raison pour laquelle je n'ai pas dit « tous » les patients).
7. Tous les patients (identifiés par les soignants comme parfois non-adhérents, rappelons-le) connaissent leurs médicaments.
8. Tous les patients interrogés se préoccupent de leur santé et font des efforts pour l'améliorer : ils sont pro-actifs, investis dans la gestion de leur(s) maladie(s) et de leur(s) traitement(s).
9. Tous les patients se posent beaucoup de questions sur leurs maladies et leurs traitements.

J'ai réalisé de nombreuses autres déductions à partir des verbatims des patients, mais n'ai pu les classer en problèmes, ressources, contraintes ou zones d'ombre : à mes yeux elles constituent plutôt des constats.

Constats
1. Tous les patients ont subi des effets secondaires (ES) tellement gênants qu'ils ont arrêté de prendre un médicament, en accord avec le médecin ou de leur propre initiative. <ul style="list-style-type: none"> - La moitié des patients attendent l'avis de leur médecin pour arrêter le médicament en cas d'ES. - L'autre moitié prend seule l'initiative de l'arrêter quand elle est trop gênée par les ES.
2. La moitié des patients expriment que la manière dont le médecin présente le nouveau médicament a une influence sur la prise médicamenteuse (imposer, ne pas s'adapter au patient - langue ou autre - ne pas expliquer, ne pas laisser le patient s'exprimer ou se montrer désinvesti n'aide pas à l'accepter / prendre soin du patient pousse au contraire à prendre le traitement).
3. Une majorité des patients éprouvent une certaine méfiance vis-à-vis des nouveaux médicaments.
4. Tous les patients ont des attentes précises quand ils acceptent de prendre un médicament.
5. La moitié des patients n'ont pas totalement confiance dans l'efficacité des traitements sur leur personne.
6. La moitié des patients parlent spontanément des traitements parallèles qu'ils prennent ou sont tentés de prendre.

7. Tous les patients ont de « bonnes » raisons de ne pas ou plus prendre leurs médicaments qu'ils sont tous capables d'expliquer. Les 6 patients en ont spontanément décrit 16 différentes (oubli de les prendre à la maison, oubli d'aller à la pharmacie, forme galénique, lassitude, absence de bénéfices, pas envie de les prendre toute leur vie, test pour voir s'ils sont indispensables, foi en Dieu qui peut les guérir, envie d'essayer de régler le problème de santé avec des moyens plus naturels, influence des avis d'autres soignants, influence des avis de l'entourage, nombre trop élevé de médicaments, influence du regard des autres, apparition d'effets secondaires, manque de confiance en son médecin, report pour terminer la boîte du médicament précédent).
8. Les patients décrivent un panel de réactions différentes chez les soignants quand ils leur disent qu'ils ne suivent pas les prescriptions (leurs verbatims sont repris en Annexe 5)
9. Tous les patients s'autorisent à prendre des initiatives (arrêt ou adaptations) par rapport à ce qui leur est prescrit.
10. Une majorité des patients parlent de l'importance pour eux que les soignants reconnaissent leurs efforts.
11. Une majorité des patients (perçus par les soignants comme pas toujours observants) se perçoivent comme étant très observants.
12. Une majorité des patients expriment le fait qu'il est important de répondre honnêtement aux questions des soignants, de leur dire la vérité.
13. La moitié des patients interrogés parlent indifféremment de leurs médicaments au médecin et à l'infirmière, mettant en avant que de toute façon ils communiquent entre eux (chiffre biaisé car 2 patients sur 3 sont suivis par Olivia et moi qui communiquons beaucoup ensemble).
14. Une autre moitié se sentent plus à l'aise de parler de leurs médicaments avec l'infirmière (car meilleure connaissance du patient, discussions plus élargies (mode de vie), plus de temps disponible, moins de stress, lien plus fort, l'infirmière ne prescrit pas).
15. Tous les patients identifient ce qui les aide à parler de leur observance <ul style="list-style-type: none"> - Le fait d'aider le médecin à les aider et ainsi d'éviter de se faire du mal - Le fait de pouvoir parler d'alternatives possibles (changement du mode de vie) - Le fait que les soignants connaissent mieux les complications de la maladie qu'eux - Le fait que le soignant leur pose la question - Le fait de ne pas trahir la confiance du soignant - Le fait de bien se connaître, de se voir régulièrement, d'avoir un bon contact - Le fait de ne jamais se sentir jugé, critiqué, d'avoir confiance en son soignant - Le fait que le soignant ne leur fasse jamais la morale
16. Une majorité des patients identifient ce qui peut les freiner à parler de leur observance <ul style="list-style-type: none"> - Le fait qu'on ne leur pose pas la question - Le fait que le médecin change tous les 3 mois, donc à chaque consultation - Le manque de temps du médecin - La peur de trahir la confiance - La peur de ne pas être à la hauteur de l'investissement du médecin, de le décevoir - La peur d'être alors abandonné par le médecin - Le fait que le soignant va essayer de les influencer, de les convaincre
17. Tous les patients rapportent aux soignants tant le positif que le négatif : ils disent quand le médicament ne leur convient pas, mais aussi quand il leur convient ou qu'ils se sentent mieux.

J'ai été surprise par la grande attention que les patients (identifiés comme peu « adhérents » par leurs soignants) accordaient à leur santé et par leur clairvoyance sur le comportement de leurs soignants et les conséquences sur leur propre comportement : je pensais – j'en ai maintenant honte – que les patients peu adhérents étaient globalement moins attentifs à leur santé, moins concernés par leurs maladies que les autres ... Rosenstock, déjà en 1988 [15], affirmait que « la non-adhésion » ne constituait pas un manque d'intérêt des gens pour leur santé.

Je pensais en fait découvrir plus de problèmes et moins de ressources chez les patients. Et je n'imaginais pas récolter un matériel si riche pour faire progresser les soignants : une belle leçon d'humilité.

5. Problématique commune au trio médecin/infirmière/patient

Ayant entre-temps monté l'équipe projet composée d'une collègue infirmière, d'un médecin adjoint du service (titulaire d'un DAS en ETP), d'une pharmacienne (responsable de la pharmacie attenante à l'hôpital et spécialiste de l'adhésion médicamenteuse) et de moi-même, nous nous sommes attelées à trier les problèmes identifiés. En effet, étant donné qu'ils étaient trop nombreux, nous ne pouvions pas tous les prendre en compte dans un seul projet de DAS. Alors comment les choisir ? A y regarder de plus près, il existait des dénominateurs communs entre les problèmes des médecins et des infirmières, et certains d'entre eux étaient liés à ceux des patients.

Les infirmières et les médecins peinent à savoir ce que les patients sont censés prendre comme médicaments (contrairement à ce que je pensais au départ, ce problème concerne les médecins comme les infirmières).

Tous les soignants, médecins comme infirmières, vivent actuellement des émotions inconfortables face aux patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit : frustration, incompréhension, sentiment d'inutilité ou d'échec, inquiétude, déception.

Les infirmières ne sont pas toujours satisfaites de la collaboration qu'elles peuvent avoir avec les médecins et les médecins ne sont pas toujours satisfaits de la communication qu'ils ont avec les infirmières.

Les médecins ne se sentent pas suffisamment outillés, peinent à comprendre les patients et à collaborer avec eux. Parallèlement, les infirmières déplorent un manque de conscience du problème de la non-adhésion chez les médecins ainsi qu'un manque de partage entre soignants (on sent la différence d'expérience entre les deux professions, les internes étant au tout début de leur carrière face aux infirmières qui ont entre 20 et 30 ans d'expérience dont une dizaine en moyenne dans le service).

Les infirmières et les médecins peinent à identifier les patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit ... face à des patients qui craignent de s'exprimer à ce sujet, redoutant la réaction des soignants.

Ces déductions se sont montrées globalement semblables aux constats de départ ... sauf qu'elles ont pu mettre en lumière le « côté patient » qui n'en faisait pas partie, trop focalisée que j'étais sur le « côté soignant ». Pour améliorer « l'adhésion médicamenteuse » au SMPR, il s'agira donc non seulement d'améliorer la collaboration entre soignants, mais aussi la collaboration entre soignants et patients !

Voici ce que nous retiendrons pour notre **problématique** :

Les infirmières déplorent le manque de collaboration médico-infirmier concernant « l'adhésion médicamenteuse » même si celle-ci existe déjà et est reconnue comme pertinente aux yeux de tous. Elles aimeraient que les médecins prennent davantage conscience de l'ampleur de la « non-adhésion ». Ceux-ci ne se sentent pas suffisamment outillés pour s'occuper de ce sujet contrairement aux infirmières, plus expérimentées, qui se reconnaissent des qualités personnelles et la possession d'une grande boîte à outil pour aider les patients.

Les infirmières comme les médecins présentent des difficultés à identifier les patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit face à des patients qui se sentent freinés à parler de leur adhésion de peur que les soignants réagissent négativement ou que cela aura un impact sur leur relation avec eux.

Tous les soignants, médecins comme infirmières, vivent actuellement des émotions inconfortables face aux patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit : frustration, incompréhension, sentiment d'inutilité ou d'échec, inquiétude, déception.

Nous avons cherché les causes des problèmes de collaboration médico-infirmière et soignants-patients afin de mieux cibler les futures actions à mener. Nous avons utilisé le **diagramme d'Ishikawa** (voir figure 4 ci-dessous), outil de résolution de problèmes développé en 1962 par Kaoru Ishikawa, ingénieur japonais travaillant pour Nissan. Ce diagramme représente de façon graphique les différentes causes aboutissant à un effet. Il n'apporte pas directement de solution mais permet de bien poser le problème en le regardant sous cinq aspects différents, à savoir le Milieu (environnement, contexte), les Moyens (équipement, supports, finances, locaux), la Méthode (mode opératoire, procédures, plannings), la Matière (le sujet, ce dont on parle) et la Main-d'œuvre (interventions humaines, motivation, formation). Ce diagramme est aussi appelé 5 M ou diagramme en arêtes de poisson compte tenu de sa forme. Nous avons ainsi pu sélectionner ce sur quoi nous pouvions/souhaitions agir : le manque de temps dédié à la communication, le manque de sensibilisation aux problèmes d'adhésion, le manque de formation sur l'adhésion, le déni du problème et le manque de définition des rôles de chacun.

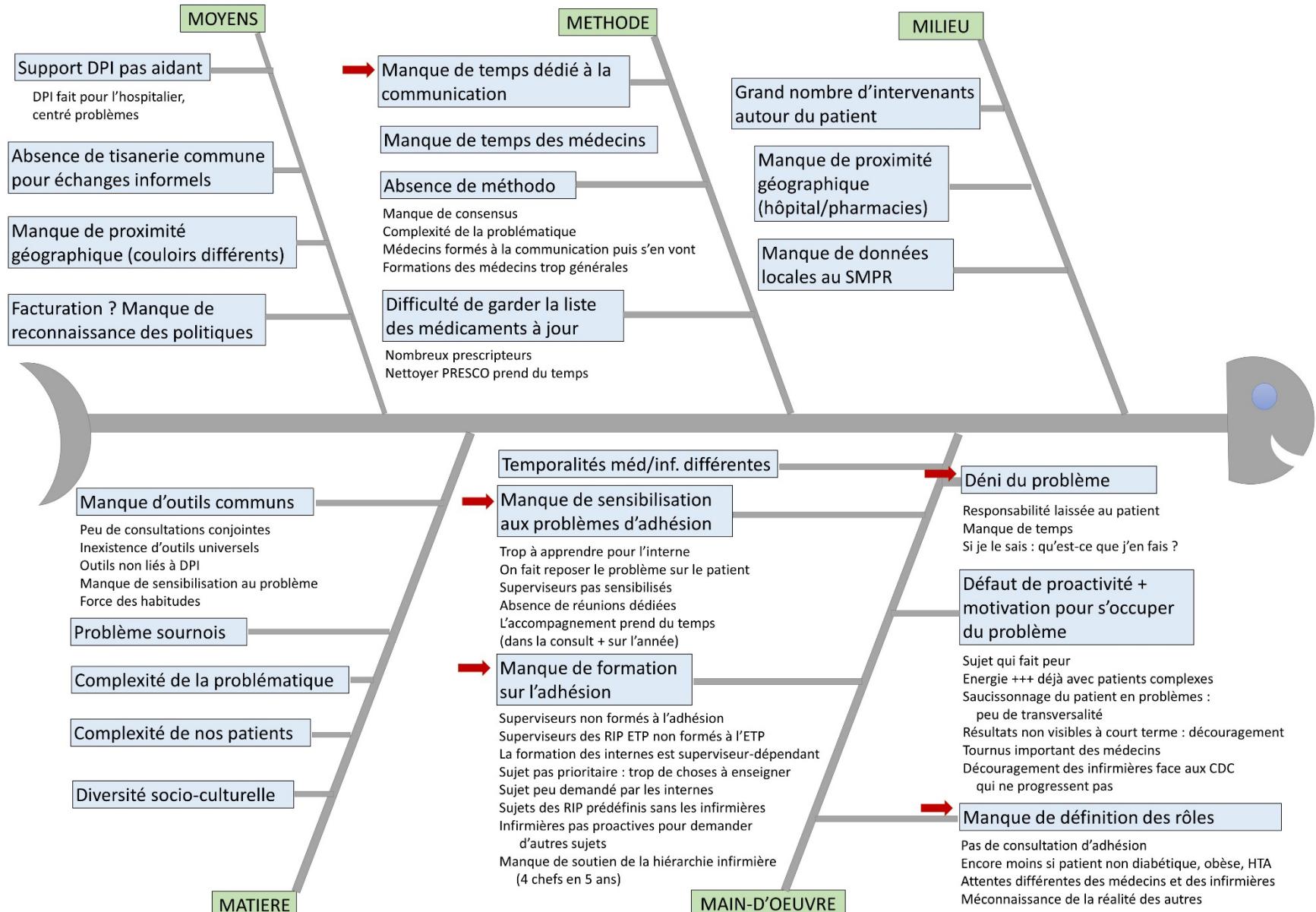


Figure 4. Diagramme d'Ishikawa

Nous avons ensuite réalisé l'**analyse SWOT** du projet (voir figure 5 ci-dessous), outil de stratégie d'entreprise visant à identifier les facteurs internes et externes favorables et défavorables à la réalisation de nos objectifs généraux : cet exercice nous a confirmé que nous pouvions nous lancer dans la suite du projet, conscientes de ses forces, faiblesses, opportunités et menaces.

Origine Interne	S - Forces	W - Faiblesses
	<p>Sens du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> Le sujet de l'adhésion fait sens pour tous (infirmières, médecins, pharmaciens, hiérarchie) ainsi que l'amélioration de la collaboration entre les médecins et les infirmières autour de l'adhésion. Le projet répond à un besoin réel des patients. Le projet répond à un réel besoin de l'équipe, en particulier des soins infirmiers mais aussi de l'équipe médicale. <p>Projet dans le contexte du SMPR</p> <ul style="list-style-type: none"> Projet innovant, rien de comparable actuellement au SMPR. Le projet s'inscrit dans la culture interprofessionnelle déjà présente dans le service. <p>Projet dans le contexte du DAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Travail de DAS, structure pédagogique de développement de projet d'éducation thérapeutique. <p>Equipe projet</p> <ul style="list-style-type: none"> L'équipe projet est interprofessionnelle (soins infirmiers, médecine, pharmacie, ces 3 professions étant les plus concernées par le thème de l'adhésion). Présence dans l'équipe projet d'une responsable médicale, Olivia, qui connaît bien le SMPR et est intervenante et coach dans le DAS en ETP Présence d'une pharmacienne hors SMPR, Marie, qui apporte un regard externe au SMPR et une expérience de 20 ans sur le sujet de l'adhésion. Présence d'une infirmière, Daniela, qui apporte son regard de l'intérieur, qui vit ce manque de collaboration « au quotidien » et a déjà travaillé sur le sujet de l'adhésion dans le cadre de son CAS en santé et diversité. Force de leadership de Géraldine. <p>Ressources déjà présentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Des temps de communication interprofessionnels existent déjà. Des compétences dans le domaine et des outils spécifiques existent déjà au sein des équipes. 	<p>Binôme médico-infirmier</p> <ul style="list-style-type: none"> Les infirmières et les médecins sont tou.te.s à temps partiel : difficile d'avoir les mêmes participants à plusieurs réunions. Les infirmières et les médecins se situent au SMPR dans 2 temporalités différentes (ont des attentes et priorités différentes). Les internes tournent, les infirmières et quelques médecins restent : difficultés à concevoir un projet durable qui reste intéressant sur la durée pour ceux qui restent. <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Patientèle très diversifiée : complexe, multiculturelle et dans la majorité des cas dotée d'une faible littératie en santé. <p>Projet et équipe projet</p> <ul style="list-style-type: none"> Projet de recherche ponctuel (à rendre rémanent) Absence de patient dans l'équipe projet. Absence de médecin interne dans l'équipe projet Difficultés à trouver du temps commun dans l'équipe projet. <p>Référentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de consensus sur les bonnes pratiques cliniques concernant l'adhésion.

Origine Externe	O - Opportunités	T - Menaces
	<p>Sens du projet au-delà du contexte local :</p> <p>Adhésion</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adhésion est « à la mode », elle constitue un sujet majeur de santé publique (OMS, COST ...). • Face à l'augmentation des maladies chroniques et des coûts de la santé, travailler sur la collaboration autour de l'adhésion a un sens économique. <p>Interprofessionnalité</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprofessionnalité constitue également un sujet d'actualité, contribuant largement à la qualité des soins. • Le projet pourrait par la suite s'étendre au-delà du SMPR et s'inscrire ainsi dans une dimension institutionnelle (formation, outils, recherche) voire régionale (pharmacies, prestataires de soins à domicile ...). La communication/collaboration entre les différents partenaires de soins pourrait être améliorée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitation du temps disponible à une nouvelle formation et à la communication interprofessionnelle. • Manque de ressources et de temps pour développer le projet. • Pérennisation du projet malgré le tournus des médecins non acquise. • Survenue d'une 4^{ème} vague Covid nous rendant malades ou nous obligeant à prêter main forte dans d'autres services (absences +++) d'infirmières et d'internes) ?

Stratégies pour répondre aux faiblesses :

- Imaginer un projet qui puisse se renouveler chaque année dans son contenu et ses méthodes pédagogiques afin que les soignants fixes (CDC ou inf.) puissent acquérir de nouvelles connaissances à chaque fois.
- Développer la communication à distance et asynchrone, pour coconstruire certaines étapes du projet par mail ou une autre plateforme de discussion web (Teams par exemple), afin de contourner la difficulté à trouver du temps commun présentiel.
- Définir la place d'un patient partenaire dans le projet

Figure 5. SWOT du projet

III. Besoins éducatifs, de formation, de transformation

Qu'est-ce que les soignants ont besoin d'apprendre pour mieux collaborer entre eux et avec les soignants ?

Plutôt que de rester sur leur déception face à une collaboration insuffisante avec les médecins, les infirmières ont besoin d'apprendre à devenir actrices de l'évolution de cette collaboration puisque leur équipe reste stable alors que celle des médecins change tous les 6 à 12 mois. Et si les médecins ne sont pas toujours satisfaits de la communication avec les infirmières, c'est peut-être aussi aux infirmières à apprendre à mieux communiquer.

Nous avons d'un côté les médecins qui ne se sentent pas suffisamment outillés et de l'autre les infirmières qui déplorent le manque de conscience du problème de la non-adhésion ainsi qu'un manque de partage entre soignants : face aux internes qui changent régulièrement, les infirmières ont à apprendre à être plus proactives sur le sujet, afin de mieux sensibiliser les internes et augmenter leurs compétences en partageant leurs outils.

Pour repérer les patients qui ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits, les soignants ont à apprendre à développer leur savoir/savoir-faire/savoir-être afin de créer les conditions pour que les patients osent s'exprimer. Une meilleure collaboration avec les patients améliorera alors le vécu des soignants face à ceux qui ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits, du fait qu'ils les comprendront mieux.

Après avoir défini les grandes lignes de ce que les soignants ont à apprendre pour mieux collaborer entre eux et avec les patients autour de la prise des médicaments, l'analyse des besoins éducatifs selon la méthode de Martin et Savary (2001) [16] va nous aider à les affiner. Ce chemin, qui part de la problématique, recherche l'état futur souhaité (objectifs de changement), les compétences à acquérir, les compétences déjà présentes, ce que les apprenants ont besoin de changer pour acquérir ces compétences (objectifs de formation), jusqu'à décliner les objectifs pédagogiques qui en découlent, nous garantira que nous sommes bien dans un champ éducatif.

Mais au fond, qu'est-ce qu'apprendre ? Selon Giordan (2008) [17], apprendre c'est « se questionner », c'est « se confronter à la réalité », c'est « se confronter aux autres », c'est « s'exprimer », c'est « argumenter », c'est « mettre en réseau », à savoir changer le niveau d'organisation des informations. Apprendre, c'est aussi « accepter de perdre une manière de penser », il s'agit donc d'un deuil, d'un renoncement. Apprendre c'est également « construire, en transformant ses représentations, en réorganisant son savoir intérieur à partir d'une sélection de ce qui a été vu ou entendu ». Nous nous inspirerons de tout cela pour construire l'offre de formation, tant pour le contenu que pour la forme.

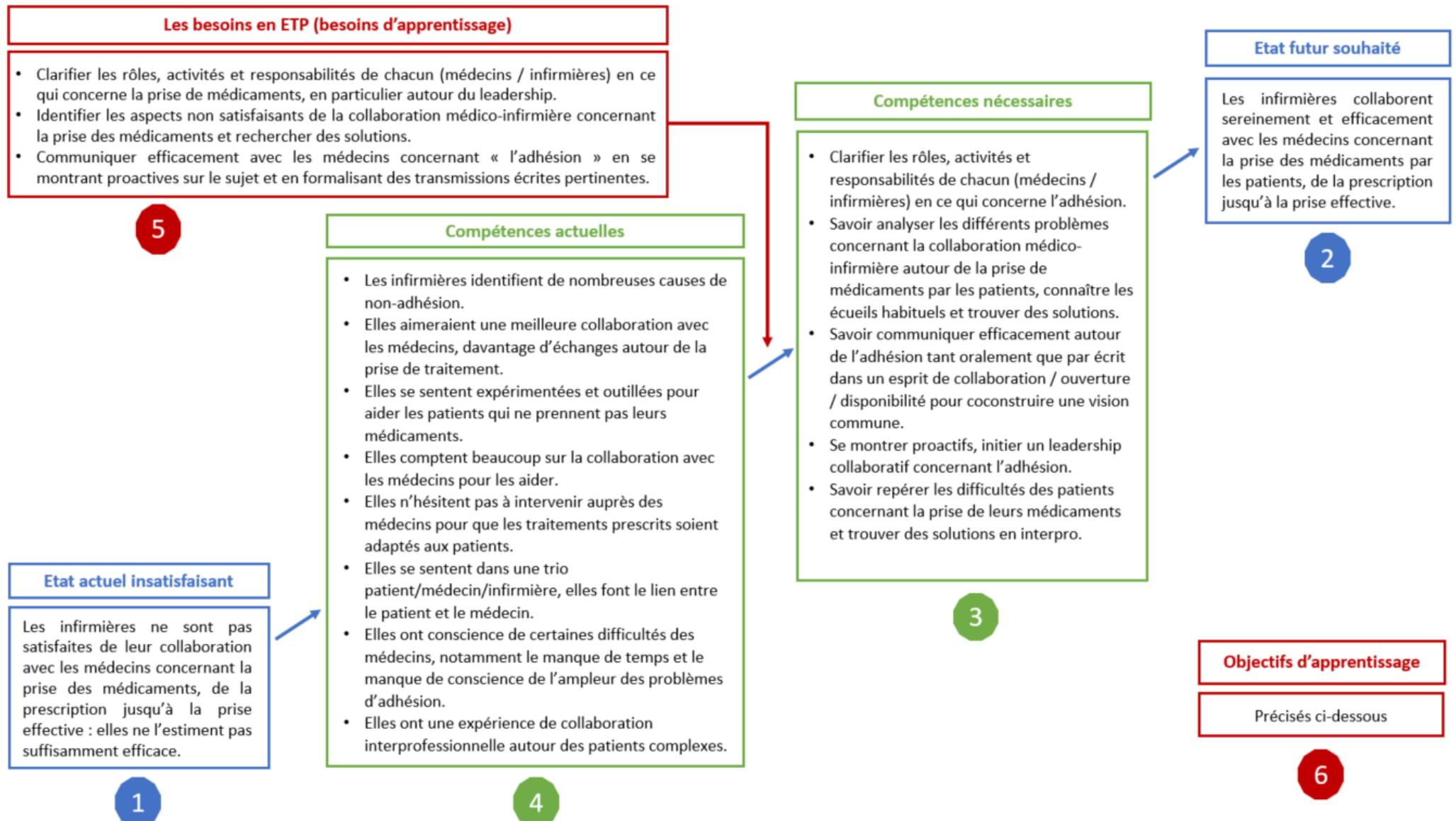


Figure 6. Analyse des besoins éducatifs (selon Martin et Savary, 2001) (1)

Objectifs d'apprentissage : « être capable de ... »

Clarifier les rôles, activités et responsabilités de chacun (médecins/ infirmières/patients) en ce qui concerne l'adhésion, en particulier autour du leadership (*le leadership collaboratif faisant partie des compétences requises pour une collaboration interprofessionnelle efficace, nous le développerons dans le cadre théorique*).

Objectif 1.1	Définir le leadership et décrire les différents types de leadership existants.
Objectif 1.2	Décrire ses propres rôles, activités et responsabilités, reconnaître celles des autres professionnels de santé et patients.
Objectif 1.3	Définir ensemble, infirmières et médecins, les zones de complémentarité et de chevauchement.
Objectif 1.4	Comparer les attentes de l'autre profession à sa propre réalité et établir un consensus sur ce qui est réalisable et ce qui ne l'est pas.
Identifier les enjeux de la collaboration médico-infirmière concernant la prise de médicaments et rechercher des solutions	
Objectif 2.1	Lister les problèmes et les ressources existant autour de la collaboration concernant la prise médicamenteuse par les patients et repérer les plus emblématiques, ceux reconnus par la majorité des soignants.
Objectif 2.2	Analyser les causes de ces problèmes et les relier à un cadre conceptuel (Teamstepps, qui sera présenté en Annexe 19)
Objectif 2.3	Définir des stratégies de résolution de ces problèmes.
Objectif 2.4	Identifier les difficultés de l'autre profession et les comparer à leur perception.
Communiquer efficacement avec les médecins concernant l'adhésion en se montrant proactives sur le sujet et en formalisant des transmissions écrites pertinentes.	
Objectif 3.1	Lister tous les facteurs qui favorisent et limitent la proactivité infirmière autour de l'adhésion et définir celles sur lesquelles elles peuvent personnellement agir (en plus de celles évoquées à l'objectif 1) et celles sur lesquelles elles peuvent demander à d'autres d'agir (demande de changement du fonctionnement du SMPR par exemple).
Objectif 3.2	Décrire et pratiquer les outils de la communication interprofessionnelle (cfr Teamstepps).
Objectif 3.3	Structurer le compte-rendu écrit de l'évaluation de l'adhésion dans le dossier partagé et définir un langage commun médico-infirmier.

Afin d'épurer le chapitre sur les actions réalisées, il y sera fait mention des numéros d'objectifs utilisés plutôt que de la reprise complète de leur formulation.

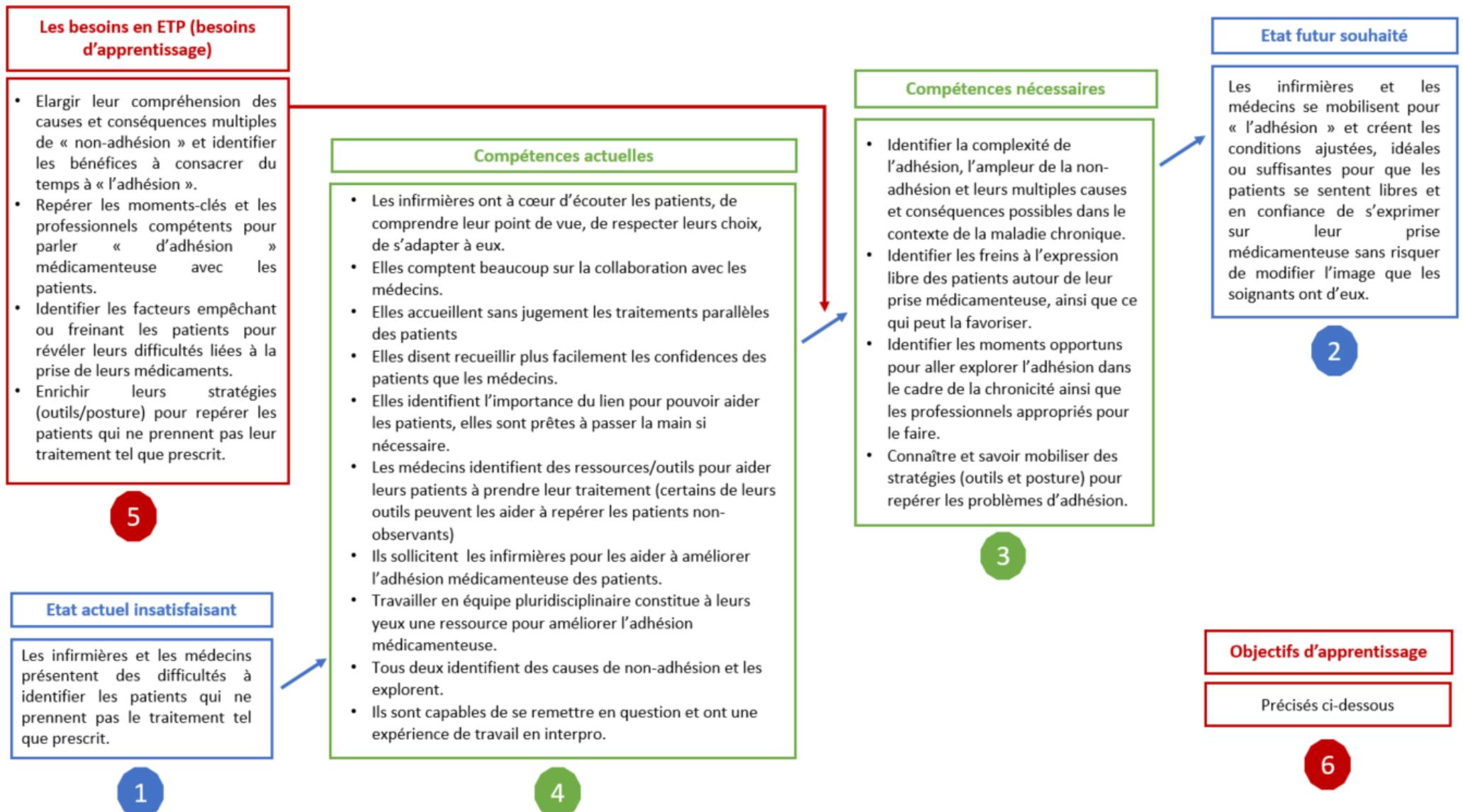


Figure 7. Analyse des besoins éducatifs (selon Martin et Savary, 2001) (2)

Objectifs d'apprentissage : « être capable de ... »		
Elargir leur compréhension des causes et conséquences multiples de non-adhésion et identifier les bénéfices à consacrer du temps à l'adhésion.		
Objectif 4.1	Définir l'adhésion, décrire son contexte, se mettre d'accord sur un langage commun et l'utiliser.	
Objectif 4.2	Lister les causes et conséquences de la non-adhésion et en déduire les bénéfices à consacrer du temps à l'adhésion.	
Objectif 4.3	Mesurer le sens/l'utilité du partenariat patient dans l'adhésion, de la co-construction de la décision de ttt en tenant compte des savoirs du patient.	
Objectif 4.4	Faire le lien avec leur pratique : que font-ils actuellement (temps consacré, degré de partenariat avec le patient) ?	
Objectif 4.5	Repérer ce qui est réalisable dans leur pratique dans le temps à disposition.	
Objectif 4.6	Identifier les « risques » à soutenir l'adhésion et comment les assumer.	
Identifier les facteurs empêchant ou freinant les patients pour révéler leurs difficultés liées à la prise de leurs médicaments.		
Objectif 5.1	Identifier ses propres freins à dire la vérité dans une situation donnée	
Objectif 5.2	Prendre connaissance de l'évidence sur le sujet (littérature) et des résultats de l'enquête au SMPR.	
Objectif 5.3	Elargir sa compréhension de la problématique d'un patient.	
Objectif 5.4	S'auto-évaluer à la lumière de ses découvertes	
Objectif 5.5	Identifier ses propres freins : ceux qui empêchent mes patients de me parler et ceux qui m'empêchent moi-même de parler du sujet	
Objectif 5.6	Mettre en évidence ses propres expériences, trucs et astuces, postures face à la problématique	
Repérer les moments-clés et les professionnels compétents pour parler d'adhésion médicamenteuse avec les patients.		
Objectif 6.1	A partir du parcours du patient chronique au SMPR, repérer les moments clés pour parler d'adhésion médicamenteuse avec les patients.	
Objectif 6.2	Identifier les professionnels compétents pour le faire.	
Enrichir leurs stratégies (outils/posture) pour repérer les patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit et les accompagner dans le processus.		
Objectif 7.1	Identifier ce qui, dans leur posture, peut aider à repérer et accompagner les patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit (ce qu'ils font déjà et ce qu'ils pourraient modifier pour contrer leurs propres freins).	<i>Posture</i>
Objectif 7.2	Elargir ensuite la liste de leurs ressources concernant leur posture avec celle des autres.	
Objectif 7.3	Lister les compétences/ « outils » qu'ils possèdent déjà pour repérer ces patients.	<i>Outils</i>
Objectif 7.4	Découvrir et expérimenter d'autres approches/ « outils » adaptés à leur contexte et à leurs contraintes de temps.	
Objectif 7.5	Faire le lien avec leur pratique : se projeter dans un futur proche et décrire la façon dont ils pourront mettre en place au moins un de ces outils dans leur consultation, en tenant compte des moments-clés pour les utiliser et des contraintes de temps.	

IV. Hypothèses de solutions

Nous avons vu que les problèmes identifiés étant trop nombreux, il avait fallu faire des choix, notamment celui de laisser volontairement de côté :

- le problème des soignants, tant médecins qu'infirmières, qui peinent à savoir ce que les patients sont censés prendre comme médicaments (notamment trop dépendant des évolutions de l'informatique)
- celui de l'insatisfaction des infirmières par rapport aux possibilités actuelles du DPI
- celui du manque de temps des médecins (relevant de l'organisation et des contraintes financières du service).

L'idée de départ était d'améliorer l'adhésion médicamenteuse au SMPR, et c'est encore le but ultime.

Mais la problématique dégagée des différents entretiens s'est révélée être

- le manque de collaboration et de communication entre les soignants
- le manque de compétences de collaboration et de communication des soignants avec les patients autour du sujet des médicaments
- le vécu difficile des uns et des autres qui en découle.

Il y a sans doute maintes façons de prendre soin de « l'adhésion médicamenteuse ». Mais suite à l'analyse des différents entretiens, nous avons formulé **les hypothèses de solutions** suivantes :

Les soignants accompagneront plus efficacement et plus sereinement les patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit :

- En améliorant leur collaboration et leur communication entre eux
- En améliorant leur collaboration et leur communication avec les patients

Les actions proposées devront donc permettre de faciliter la collaboration et la communication autour des médicaments, que ce soit entre les professionnels ou entre les soignants et les patients, de faire en sorte que les soignants soient plus à l'aise pour aborder ce sujet, d'augmenter leur confiance en eux pour s'occuper mieux et davantage d'« adhésion médicamenteuse ».

Si les infirmières (équipe stable depuis 8 ans et ayant en moyenne 25 ans d'expérience dont 10 dans le service) apprennent à communiquer efficacement sur l'ampleur du problème d'adhésion, à rendre visible ce qu'elles font et à être davantage proactives dans la collaboration avec les médecins (pour la grande majorité des internes, par définition peu expérimentés, et soumis à un tournus important), elles seront davantage satisfaites de la collaboration médico-infirmière qui créera des conditions favorables à l'accompagnement des patients dans la prise de leur traitement.

Parallèlement, une formation commune sur le repérage des patients « non-adhérents » améliorera encore cette collaboration et contribuera à l'amélioration de « l'adhésion médicamenteuse » au SMPR : il s'agira d'aider les différents soignants à rentrer dans le monde des patients, à combattre leurs propres préjugés pour mieux comprendre la réalité des patients dans leur vie quotidienne. Augmenter les compétences des soignants aura pour effet d'améliorer le vécu des soignants comme des patients : ceux-ci se sentiront plus en confiance pour parler de leurs difficultés dans le cadre d'un meilleur partenariat avec les soignants.

En résumé, nous attendons qu'à l'issue de ces formations les soignants collaborent mieux entre eux et avec les patients pour mieux vivre leur travail au quotidien et potentiellement améliorer « l'adhésion médicamenteuse ». Celle-ci sera définie dans le cadre théorique ainsi que les notions de collaboration interprofessionnelle et de partenariat avec le patient afin d'unifier la compréhension de ces termes dans la tête de tous.

En quoi cette solution relève-t-elle de l'ETP ?

Rappelons ce qu'est l'ETP avec la **définition de l'OMS** de 1996 [18] traduite en français en 1998 :

Activités de soin ayant pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique

- Qui vise à permettre aux patients (et leur famille)
 - De mieux comprendre leur maladie et leurs traitements
 - De collaborer avec les soignants
 - D'assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge
- Afin de les aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie.

Gagnayre et Paul (2008) nous précisent les buts de l'ETP ([19])

- Eduquer à bien vivre tout en étant atteint par une maladie chronique (développement de la qualité de vie - prévention de complications)
- Apprendre aux malades chroniques à avoir un rôle actif et responsable dans leur thérapie et leur suivi médical (développement de l'autonomie)

Il s'agit donc d'un **accompagnement** du patient dans le maintien ou le développement de compétences pour renforcer sa capacité à gérer la maladie et à vivre avec sa maladie. Allenet et al. (2013) [20] mentionnent cette notion d'accompagnement quant au rôle du soignant dans l'adhésion médicamenteuse : « Le soignant doit être envisagé comme un accompagnateur. Le challenge que celui-ci va devoir relever, au quotidien, est d'identifier les difficultés du patient et de les qualifier, afin de pouvoir adapter son accompagnement ... identifier ses difficultés, ses freins, ses ressources, et les dimensions de cette adhésion sur lesquelles agir pour améliorer la situation ». Le but étant de « trouver avec le patient des solutions pour mieux vivre avec son traitement médicamenteux et ainsi développer en tant que soignant un savoir-être, savoir-faire et une organisation spécifique pour l'accompagner avec son traitement ».

D'Ivernois et Gagnayre (en 2001 puis 2011) [21] [22] nous décrivent ces compétences en ETP, différenciant les **compétences d'autosoin** qui permettent au patient de gérer sa maladie et ainsi de modifier l'effet de sa maladie sur sa santé, et les **compétences d'adaptation** qui permettent au patient de vivre avec sa maladie. Gagnayre et al. (2006) [23] ont également décrit des **compétences métacognitives** (degré de certitude, auto-évaluation, repérage des critères d'efficacité) et **conatives** (image de soi, sentiment d'auto-efficacité, formalisation d'un projet ou intention de s'engager).

Qui dit accompagner dans le maintien ou le développement de compétences dit aussi **aider les personnes à développer leur propre potentiel d'autonomie en regard de leurs propres critères**. Barrier (2008) [24] introduit ainsi en 2008 le concept « d'autonormativité » qui « permet au patient, par un processus d'appropriation de la maladie, de déterminer lui-même une norme de santé globale, qui établit un rapport harmonieux entre le sujet, sa maladie, son traitement, et sa vie en général, dans toutes ses dimensions ». La maladie intégrée n'est plus un obstacle à l'épanouissement des potentialités de la personne : il s'agit dès lors

d'une « revalorisation de la vie avec la maladie et gestion ajustée et autonome du traitement », elle amène à « des choix de vie assumés et réconciliés avec les contraintes inhérentes au traitement, vécues alors comme conditions de possibilité de cet épanouissement (...). Le patient manifeste sa capacité à adapter son traitement aux doubles exigences de la normativité de santé et de la quotidienneté, avec ses aléas et ses contradictions (...). On peut dire qu'il interprète la prescription, lui attribuant un sens et une dimension strictement singuliers (...). Les ponts ne sont aucunement coupés avec le médecin et les soignants, qui évoluent vers un rôle de conseil et de secours en cas de difficulté majeure (...). C'est précisément le contraire de ce qu'on entend par observance : il s'agit véritablement d'un désir de (bien) se soigner, intégré à un désir de (bien) vivre ».

Le rapport avec notre projet ?

Nous sommes en effet un peu en-dehors du champ « habituel » de l'ETP, consistant à augmenter les compétences des patients ou celles des soignants pour au final augmenter celles des patients.

Il ne s'agira pas de former les soignants à l'ETP, le public cible de médecins et d'infirmières du SMPR ayant déjà eu une formation en ce sens : ils ont pour la grande majorité participé à une matinée d'ETP en mars 2021, imaginée et dispensée par Olivia Braillard, Daniela Lazzaro et moi-même. Ils y ont notamment découvert la roue de l'ETP, à savoir l'importance de la réalisation de l'entretien de compréhension, base de la création d'une véritable alliance thérapeutique, puis de la co-construction d'objectifs, d'actions et d'une évaluation dans le but d'aider les patients à développer des compétences pour mieux gérer leur maladie au quotidien et ainsi maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

Il s'agira plutôt de proposer une formation permettant une posture faisant partie du champ de l'ETP. En effet, le besoin de formation qui est ressorti des entretiens n'est pas une formation à l'ETP, mais une formation située dans le champ large de l'ETP (l'interprofessionnalité ou comment collaborer efficacement et sereinement entre soignants, le partenariat avec les patients ou comment travailler véritablement ensemble, la posture éducative ou comment créer concrètement les conditions pour assurer ce partenariat). Ce qui nous ramène au final aux patients puisqu'augmenter les compétences des soignants permettra aux patients de parler plus librement de leur traitement avec leurs soignants et d'ainsi améliorer leur vécu ... et potentiellement leur « adhésion ».

V. Cadre théorique

Avant de concevoir le dispositif de formation, attardons-nous un peu sur quelques notions encore floues à ce stade, afin de nous assurer que nous parlions tous de la même chose. Ce projet s'intéresse à la collaboration interprofessionnelle et à la collaboration soignant/patient autour des médicaments. Qu'entend-on par « adhésion médicamenteuse » ? Qu'entend-on par partenariat avec le patient ? Qu'entend-on par « collaboration interprofessionnelle » ?

1. L'adhésion médicamenteuse

« Adhésion médicamenteuse » : ce terme s'inscrit-il bien dans l'esprit de l'ETP ? Que désigne-t-il exactement ? J'ai retrouvé toutes sortes de termes dans la littérature : la compliance, l'observance, l'adhérence, l'adhésion, l'alliance, la concordance ... Faisons le tri dans la terminologie.

La compliance fait référence à la capacité de distension d'un métal en mécanique ou d'un corps en médecine (vaisseau, organe). Lorsqu'on parle de compliance thérapeutique, il s'agit d'un synonyme d'observance thérapeutique et fait référence au fait que le patient « se tord », « se plie », s'adapte aux décisions du médecin.

La compliance personnelle est une notion proposée par Deccache (1994) [25]. Il la définit comme le rapport entre « ce que le patient fait » et « ce que le patient a décidé, en se basant sur ce que le médecin a dit de faire ou la grand-mère ... ». Cette définition montre l'importance pour les soignants d'identifier les personnes dans l'entourage du patient qui influencent ses choix. Cette notion me semble capitale dans notre service : nos patients migrants nous rapportent souvent ce que la famille restée au pays a dit. Se basant sur le processus d'empowerment (« capacité d'un individu à prendre des décisions lorsqu'il se trouve confronté à une situation problème spécifique, seul ou en interaction avec des personnes ressources, dans le but de s'adapter à cette situation et exercer un contrôle sur sa vie personnelle »), l'auteur définit la compliance personnelle comme étant « le reflet de décisions que le patient prend avant tout par et pour lui-même ». Il ne s'agit plus pour le patient de se plier au seul avis du médecin, mais de faire « à sa sauce » après avoir écouté les avis de toutes les personnes qui l'entourent.

L'observance thérapeutique, « compliance » en anglais, selon Allenet et al. (2013) [20], est ainsi le rapport entre ce que le médecin dit et ce que le patient fait. La définition fondatrice de Haynes en 1979 [26] parlait de « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ». L'inobservance thérapeutique se définit donc, selon Moreau et Queneau (2005) [27] comme « l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales ». Le terme d'observance ou de compliance exclut la réalité de l'automédication ou de l'autosoin. Tourgette-Turgis et Rebillon (2002) [28] ont créé une définition opérationnelle : l'observance thérapeutique, ce sont « les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux ».

L'adhésion thérapeutique, « therapeutic adherence » en anglais, est définie par Price (2008) [29] comme «une appropriation réfléchie, de la part du patient, de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements, associée à la volonté de « s'accrocher », de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit. Ceci reflète sa ténacité à maintenir un changement de comportement au fil du temps et de son implication

dans le processus ». L'adhésion correspond ainsi au degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique, elle ne renvoie pas seulement à un comportement mais à une attitude. Allenet et al. (2013) [20] parlent du « rapport entre ce que le patient fait de manière acceptée et ce que le médecin propose ».

La concordance ou l'alliance thérapeutique est une notion qui, nous explique Baudrant-Boga (2010) [30], dépasse le côté médico-centré de la précédente. Elle se définit par « l'établissement d'un accord entre le patient et le professionnel de santé sur des décisions thérapeutiques qui concernent le patient comme le choix d'une stratégie thérapeutique et la façon de la mettre en place (le plan d'action). Le soignant modulera son offre de traitement dans le respect des croyances, des peurs, des contraintes et des souhaits du patient en l'impliquant activement dans la décision et en construisant avec lui la solution à ses difficultés. Les deux partenaires construisent donc progressivement une relation thérapeutique, une alliance sur la ou les façons d'intégrer la maladie et les traitements à la vie du patient, de s'adapter pour « vivre avec ». L'adhésion thérapeutique devient, selon cette perspective, un projet dans lequel s'engagent réciproquement le patient et le soignant, afin d'atteindre leur but fixé ensemble, le patient restant quand même le « décideur final » concernant le suivi ou non du plan établi. L'adhésion thérapeutique envisagée sous l'angle d'une alliance thérapeutique peut se synthétiser sous la forme d'un rapport entre « ce que le patient fait » et « ce que le patient et le médecin ont décidé après négociation sans imposition ».

L'autonomie thérapeutique, la collaboration au traitement, l'auto-détermination, sont des termes proposés par Deccache (2004) [31] pour mettre en avant le rôle du patient et ainsi le concept de partage de la responsabilité.

Sommes-nous vraiment plus avancés ? En fait le terme « adhésion thérapeutique » a évolué au cours du temps. En 1994, Deccache [25] affirmait qu'il était peu compatible avec le pouvoir et la liberté du patient.

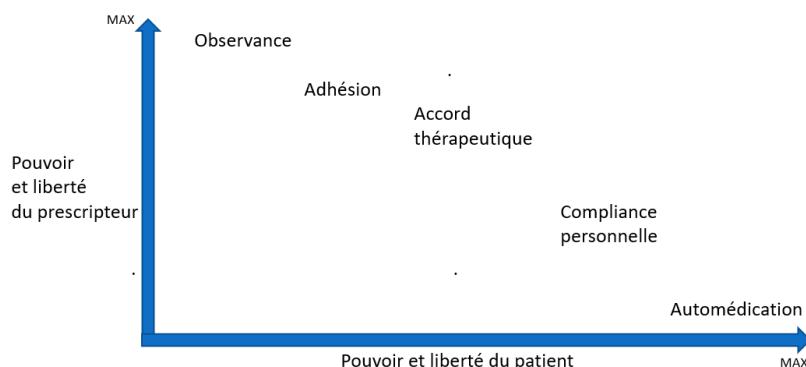


Figure 8 : Ce que les mots disent du pouvoir/de la liberté du prescripteur et du patient (Deccache, 1994)

Or ce terme est aujourd'hui majoritairement choisi par les chercheurs, supposant implicitement que le patient soit actif et qu'il participe aux décisions, que le traitement a été négocié en tenant compte des croyances et des souhaits du patient, comme s'il avait pris le sens de l'alliance thérapeutique. En 2019, un panel interdisciplinaire francophone (pharmacien, gestionnaire de santé, médecins, psychologues, infirmières et biologistes provenant de France, de Belgique, de Suisse et du Canada) de l'ESPACOMP, société internationale créée en 1996 pour l'adhésion des patients aux médicaments dédiée à la recherche et à l'éducation en matière d'adhésion, se sont réunis pour se mettre d'accord sur une seule terminologie francophone parmi toutes celles qui circulaient. Ils se sont notamment mis d'accord sur le terme « adhésion médicamenteuse », comprenant l'initiation, l'implémentation (façon dont le patient gère et s'administre son

traitement), la discontinuation et la persistance (durée pendant laquelle il continue de prendre son traitement). Cette société, devenue la référence internationale pour les chercheurs et les prestataires des soins de santé dans le domaine de la science de l'adhésion aux médicaments et comptant aujourd'hui plus de 3000 membres de 38 nations, encourage vivement les chercheurs et les professionnels de santé à utiliser cette taxonomie afin de standardiser leur terminologie et d'harmoniser leurs projets de recherche.

Baudrant-Boga (2010) [30] définit aujourd'hui l'adhésion comme le « degré d'appropriation et d'engagement du patient dans la gestion optimale de ses médicaments au long cours, la posture du soignant étant orientée vers la création d'une alliance thérapeutique permettant de favoriser ce comportement d'adhésion au traitement médicamenteux ».

Ce terme pose cependant problème en éducation thérapeutique : « adhésion » sous-entend que le patient est censé adhérer à quelque chose, mais à quoi exactement ?

Pour y voir plus clair, j'ai interrogé Vincent Dumez, codirecteur de la Direction collaboration et partenariat patient de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et cocréateur du Modèle de Montréal (2016) [32]. Pour lui, adhérer c'est se conformer à une décision prise, mais il précise que le mot adhésion ne pose pas de problème en soi, que c'est plutôt le processus qui pose problème (j'y reviendrai plus loin dans la clarification de la notion de partenariat patient). Parallèlement, il met en avant que le mot « adhésion » est connoté promotion de la santé, santé publique (« je fais avaler un médicament au patient et mon objectif c'est juste de faire en sorte qu'il comprenne ») et pas sciences de l'éducation (« nous coconstruisons une décision, un plan de soins à travers un processus de partenariat »). Adhésion thérapeutique et ETP : une antinomie ?

En y réfléchissant bien, qu'importe le terme du moment que tout le monde lui reconnaît la même signification ? Personnellement je préfère le terme d'alliance thérapeutique, mais il est apparemment peu utilisé. Et malgré mes recherches, je n'ai trouvé aucun autre terme qui sous-entendrait de par lui-même la notion de partenariat. Nous utiliserons donc dans ce mémoire le terme d'adhésion médicamenteuse à défaut d'un autre terme plus pertinent, sachant qu'il sous-entendra le fait de tenir compte des savoirs expérientiels des patients et de coconstruire la solution de traitement avec eux.

A défaut de pouvoir généraliser les résultats de notre enquête (qui ne concernait qu'un très petit nombre de soignants et de patients) et pour aller plus loin dans la compréhension de l'adhésion ou non-adhésion médicamenteuse, partons à la recherche de ses caractéristiques et de ses enjeux dans la littérature.

Il existe différentes formes de défaut d'adhésion médicamenteuse. Allenet et al. (2013) [20] différencient les comportements de type primaire (patients qui ne vont pas chercher leurs médicaments à la pharmacie) et les comportements de type secondaire (patients qui arrêtent prématurément leur traitement, qui prennent leurs médicaments régulièrement mais d'une façon inappropriée, qui les prennent moins fréquemment que prescrits ou de manière intermittente, qui tentent leur chance qu'il ne se passe rien s'ils les arrêtent, qui les oublient etc.).

Un patient adhérent est-il un patient qui prend tous ses médicaments tout le temps ? Bien sûr que non, sinon aucun ne le serait ou presque. Selon Gordis en 1976 [33], un patient était considéré comme adhérent sur le plan de la prise médicamenteuse quand il prenait plus de 75 – 80 % des traitements prescrits, seuil défini de façon arbitraire. Bangsberg et al. (2000) [34] ont rajouté plus tard une exception pour les médicaments antirétroviraux du VIH qui nécessitent une adhésion supérieure à 95% pour être efficaces.

Actuellement ces chiffres ne font plus l'unanimité, ils sont définis au cas par cas avec les patients en fonction des médicaments concernés et des objectifs thérapeutiques visés, mais la question méritait d'être posée.

Comment expliquer que plus de 50% des patients, selon l'OMS, ne prennent pas leurs médicaments tels qu'ils leur ont été prescrits, toutes maladies confondues ? J'ai listé les raisons pour lesquelles les patients que j'avais personnellement rencontrés dans mon service n'avaient pas toujours pris leurs médicaments, intentionnellement ou non (voir Annexe 6). Cette liste n'est probablement pas exhaustive, mais au vu du nombre de situations rencontrées sur huit années de pratique au SMPR, elle témoigne de la fréquence et de l'importance du problème.

Une étude de Ramphal-Naley et al. (1996) [35] a montré que parmi les médecins d'un hôpital général qui auraient dû eux-mêmes prendre un traitement prophylactique contre la tuberculose, moins de 50% l'ont fait, ce qui montre bien que la compréhension de la prescription est loin d'être la seule cause de non-adhésion.

Simon et al. (2008) [36] ont décortiqué le processus qui fait que l'on puisse ne pas faire ce que l'on juge pourtant le meilleur. Ils ont notamment relevé qu'un plaisir immédiat est plus souvent tentant qu'un bénéfice à long terme. L'ETP peut dans ce cas aider le patient à acquérir des croyances de santé tournées vers l'avenir, à faire appel à l'habitude pour ne plus devoir réfléchir, à identifier les récompenses intermédiaires (et non les complications à long terme), ou à faire parler ses émotions.

Le fait que les patients ne soient pas adhérents « une fois pour toutes » constitue une difficulté supplémentaire dans le suivi de nos patients : leur adhésion peut changer d'un jour à l'autre, il faut donc régulièrement s'en préoccuper. **L'adhésion médicamenteuse représente ainsi un comportement dynamique, variable dans le temps et la forme.** Il n'y a pas « ceux qui prennent leurs médicaments » et « ceux qui ne les prennent pas ». On peut rencontrer tous les cas de figure entre ces deux extrêmes. Et une meilleure adhésion s'installe en général progressivement, rarement d'un jour sur l'autre.

Il existe également un « effet blouse blanche » appelé aussi « effet brosse à dents » : de la Tribonnière (2016) [37] stipule que « l'observance est améliorée 5 jours avant et après une visite médicale ».

J'ai retrouvé dans la littérature toutes les situations que j'avais pu rencontrer sur le terrain. Entre les différentes classifications, j'ai retenu celle de l'OMS (2003) [7] qui la présente, par pathologie, selon 5 dimensions : les facteurs liés à la maladie, les facteurs liés au traitement médicamenteux, les facteurs démographiques et socio-économiques, les facteurs liés au patient et /ou à son entourage et les facteurs liés au système de soins. Baudrant [30] a repris les différentes causes toutes maladies confondues (Annexe 8).

M.T. Brown et al. (2016) [38] ont élargi ma vision des choses en décrivant le point de vue des patients sur les obstacles à la non-adhésion, ainsi que la perspective du fournisseur et les obstacles dus au système (Annexe 9).

Qu'en est-il au SMPR ? Il n'existe actuellement pas de données spécifiques concernant l'adhésion médicamenteuse dans notre service, ils ne sont d'ailleurs pas faciles à collecter. Mais au vu de notre population (pourcentage important de demandeurs d'asile, sans-papiers, SDF, allophones, contextes socio-économiques précaires), nous pouvons affirmer qu'elle est très probablement encore plus faible qu'ailleurs. Selon l'expérience de ma collègue infirmière qui s'occupe du dispensaire CAMSCO, seuls 20% des patients qui se présentent auraient compris quels médicaments ils étaient censés prendre et leur indication (ce chiffre serait intéressant à vérifier via une étude pilote). Elle déplore le fait que, comme les médecins, elle pratique

peu le « teach back » (faire reformuler au patient ce qu'il a compris) par manque de temps : elle n'a donc pas non plus de garantie de la compréhension des patients après ses explications.

D'autres auteurs proposent des modèles explicatifs qui nous aident à comprendre ce qui peut influencer l'adhésion médicamenteuse. J'en ai retenu quelques-uns : le modèle sociocognitif (Munro, Lewin, Wart et Volmick, 2007) [39], le modèle allostérique de Giordan (2016) [40], le modèle des croyances de santé ou « Health Believe Model » (Rosenstock et Becker, 1974) [41], le modèle transtheorique du changement (Prochaska et Di Clemente, 1982) [42], et le modèle du rapport affectif à la maladie (Lacroix et Assal, 2011) [43]. Ces modèles, présentés en Annexe 10, nous questionnent sur la place du traitement dans la vie du patient. Comme l'expliquent Chambouleyron et al. (2012) [44], « la maladie chronique avec ses traitements prend une place dans toutes les dimensions de la vie de la personne : corporelle bien sûr, mais aussi psychique et émotionnelle, cognitive et culturelle, familiale, professionnelle et plus généralement sociale. Elle prend place aussi dans toutes les circonstances de sa vie : routinières ou exceptionnelles, prévisibles ou inattendues ».

Parmi toutes les causes de non-adhésion, beaucoup sont modifiables ... d'où l'importance de notre rôle de soignants, car les conséquences de la non-adhésion sont très importantes, comme déjà décrit plus haut.

Mais au fond, comment fait-on pour savoir si les patients prennent réellement leurs médicaments ? Allenet et al. (2013) [20] nous listent les différentes méthodes reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Liste des méthodes pour mesurer l'adhésion médicamenteuse (Allenet et al., 2013)

Méthodes directes	
	Dosages plasmatiques et/ou urinaires
	Marqueurs biologiques
Méthodes indirectes	
	Marqueurs cliniques (ex : la tension artérielle)
	Analyse des données administratives (prescription, renouvellements d'ordonnances à la pharmacie)
	Décompte des comprimés
	Utilisation de systèmes électroniques (piluliers ou comprimés)
	Mesures auto-rapportées par le patient ou ses proches (questionnaires, agenda de suivi, entretiens)
	Avis des soignants

Les auteurs stipulent que, selon les différentes études qui y ont été consacrées, aucun de ces outils de mesure ne supplante les autres, chacun ayant des limites de faisabilité ou de fiabilité. C'est donc en croisant ces différentes données que l'on peut se faire une idée du comportement du patient à un temps donné, des dimensions sur lesquelles il se trouve le plus en difficulté. Et encore, la concordance entre toutes ces mesures est très moyenne, ce qui souligne le fait qu'elles explorent des composantes différentes de l'adhésion. Ces méthodes sont donc complémentaires. Les mesures auto-rapportées par le patient ou ses proches restent actuellement parmi les approches les plus pertinentes mais des études ont montré que cela peut énormément surestimer l'adhésion (Krueger et al., 2005 [45]). Et la parole du patient dépend fortement de la manière dont on lui pose la question ainsi que de la personne qui la pose. Certains patients ne veulent par exemple pas décevoir les soignants qui s'occupent d'eux. Le risque majeur est celui de l'escalade thérapeutique : le médecin, pensant que le médicament supposé pris n'est pas suffisamment efficace, aura tendance à augmenter les doses ... ce qui peut se révéler catastrophique en cas d'hospitalisation ou de

situation où le patient se met « brusquement » à prendre ses traitements, avec l'hypotension ou l'hypoglycémie qui en résulte.

Burnier et al. (2003) [46] ont montré que les médecins se trompent deux fois sur trois face à un patient non-adhérent. Lapane et al. (2007) [47] nous apprennent que 83% des patients ne diraient jamais à un professionnel de santé qu'ils ne prennent pas un nouveau médicament, alors que les professionnels de santé estiment que 9% des patients ne donneraient pas cette information. Pourquoi se confient-ils si peu ? M.T. Brown (2016) [38] relève les causes suivantes : les patients ne sont pas sûrs de la réaction de leur professionnel de santé face à leur non-adhésion (frustration, colère, irritation), il peut exister un biais de désirabilité sociale, une peur d'être admonesté ou puni, une peur de l'embarras (situation financière / aide de la famille au pays, ou une peur de paraître stupide ou moins éduqué en posant des questions). La personne la plus efficace pour évaluer l'adhésion est ainsi le membre de l'équipe de soins de santé en qui le patient a le plus confiance et/ou la personne la plus expérimentée pour identifier les problèmes d'adhésion. Les principaux prédicteurs de l'adhésion sont la confiance, la compréhension et les relations entre le professionnel de santé et le patient. Car, comme nous le souligne Macrez (2010) [48], rédacteur de infirmiers.com : « **Alors que jusque dans les années 80, on pensait que la bonne observance était imputable uniquement au patient, on sait aujourd'hui qu'elle est aussi liée au comportement du praticien pendant la consultation.** Il ne suffit pas qu'il annonce un danger et le fasse suivre d'une forte injonction médicale pour conduire le sujet à changer son mode de vie. Il est nécessaire d'enclencher un dialogue particulier avec lui pendant la consultation ».

Le problème de la non-adhésion médicamenteuse est apparemment aussi ancien que la pratique de la médecine. Scheen et Giet (2010) [49] reprennent ces mots d'Hippocrate : « Les patients mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments ».

Alors que faire pour accompagner les patients dans la prise de leur traitement ? Voici quelques pistes émanant de ma propre expérience et de mes lectures :

- Une relation de confiance / de collaboration : soigner l'alliance (s'intéresser au patient et à sa vie, pas seulement à sa maladie et à son traitement – personnaliser le suivi)
- Une approche non accusatoire
- Des questions ouvertes, directes, posées de manière encourageante, permettant au patient de développer ses émotions, ses représentations, ses réflexions, d'imaginer des solutions. Gonzalez et al. (2019) [50] nous proposent ceci : « Racontez-moi comment vous vous y prenez dans votre journée pour gérer votre médicament » ou « Si vous deviez décrire une journée où la prise du médicament est plus complexe, qu'en diriez-vous ? ».
- Des reformulations pour vérifier notre compréhension du patient, pour lui permettre de réentendre notre propos et de les préciser, confirmer, pondérer, rejeter, illustrer etc., et pour donner de la profondeur à l'entretien en ralentissant son rythme.
- L'utilisation des échelles de motivation développées par Miller et Rollnick (2019) [51] : « Entre 0 et 10, à combien estimez-vous l'importance/votre confiance/votre prétitude à prendre ce médicament ? Pourquoi X et pas X - 2 ? Qu'est-ce qui vous permettrait de passer de X à X + 2 ? »
- Des soins coordonnés en équipe ou entre les professionnels de santé travaillant en ambulatoire à distance les uns des autres
- La communication d'informations au moment de la prescription

- L'éventuelle utilisation de systèmes électroniques, non pour fliquer les patients mais pour valoriser ce qu'ils arrivent à faire et construire la suite
- Mettre en avant les ressources du patient et le valoriser.
- Identifier avec lui ce qui a pu éventuellement l'aider dans le passé, et lui proposer de lui partager les solutions des autres patients de manière motivationnelle (en lui laissant le choix de recevoir l'information ou pas et en lui demandant après ce qu'il en pense).
- Intégrer les traitements parallèles s'ils ne sont pas nocifs pour le patient : Breton (2013) [36] propose de « se mettre en position d'apprendre des patients toutes les représentations conscientes et inconscientes, car il est irrationnel en médecine de ne pas écouter la rationalité de l'irrationalité apparente ».
- Dire qu'une difficulté à suivre son traitement est fréquente et naturelle.
- Ouvrir la discussion sur l'adhésion dès la 1^{ère} prescription, voire en amont, pour dédramatiser la thématique.

Je tiens cette dernière piste, capitale à mes yeux, de Schneider et al. (2013) [52] qui nous font judicieusement remarquer que « trop souvent la discussion concernant l'adhésion thérapeutique s'établit alors que les problèmes de non-adhérence sont installés depuis longtemps. La discussion est alors vécue comme stigmatisante et comporte un risque élevé de rupture thérapeutique. Cette discussion devrait s'installer plus tôt, en amont de la prescription médicamenteuse ».

La réalité nous montre « qu'il ne suffit pas de ... » : la prise de médicaments est un comportement complexe qui nécessite des stratégies personnalisées pour l'améliorer. Il n'existe aucune intervention simple, aucun miracle pour améliorer l'adhésion aux médicaments et les résultats pour la santé à long terme.

Pour conclure cette recherche sur l'adhésion médicamenteuse, prenons un peu de hauteur. Allenet et al. (2013) [20] nous aident à placer notre propos dans une vision beaucoup plus large : « L'adhésion médicamenteuse ne constitue pas une finalité en soi et doit être envisagée comme un indicateur d'adaptation du patient aux contraintes imposées par la maladie et son traitement. Cette adaptation ou néo-développement vise à donner du sens à cette épreuve qui marque un « avant-après », à se reconstruire une identité de « personne malade », à identifier et mobiliser les ressources disponibles pour avancer au quotidien avec la maladie ». S'entretenir avec le patient autour de ses médicaments ne sert pas juste à vérifier qu'il les prend bien !

2. La notion de partenariat patient et de patient partenaire

Selon Flora (2015) [53], nous sommes passés d'une approche paternaliste (où l'équipe de soins et de services sait ce qui est bon pour le patient et le met en œuvre) à une approche centrée sur le patient (où l'équipe élaboré et met en œuvre des interventions pour le patient, en tenant compte de ses besoins, de ses désirs, de ses valeurs, de ses conditions de vie), puis très récemment à une approche de partenariat (où le patient est membre à part entière de l'équipe de soins). En effet, la société s'est transformée, les maladies chroniques ont explosé, les patients ont accès à l'information, ce qui change complètement la donne. Le patient est maintenant « reconnu comme un acteur du soin au même titre que les professionnels de santé. Son rôle actif dans le processus clinique est développé en continu afin de favoriser son autodétermination et son autonomie ».

Mais au fond, qu'est-ce que le patient peut apporter dans la décision de son traitement, n'étant pas médecin et ayant souvent une faible littératie en santé ? Ses savoirs expérientiels ! Comment a-t-on pu croire jusqu'il y a 20 ou 30 ans que le médecin était seul capable de savoir ce qui était bon pour le patient ? Reprenons ici cette magnifique citation de John Dewey (2005) [54] : « Celui qui porte la chaussure sait mieux si elle blesse et où elle blesse, même si le cordonnier compétent est le meilleur juge pour savoir comment remédier au défaut ». Gross et Gagnayre (2017) [55] nous décrivent 5 types de savoirs expérientiels : les savoirs expérientiels implicites (expérience de la vulnérabilité, de la vie quotidienne avec la maladie, du parcours de soins, de la relation de soins), les savoirs expérientiels explicites (exprimés à bon escient et de manière autonome), les savoirs situés (sur base des échanges entre patients), les savoirs savants (connaissances générales et abstraites sur une maladie et ses traitements ou sur un domaine de la santé), et les savoirs experts (développement de solutions techniques en réponse à des situations-problèmes). Selon Gardien (2017 et 2019) [56] [57], le savoir expérientiel ne se réduit pas à l'élaboration de la seule expérience individuelle : c'est la somme de ce qu'on vit, de ce qu'on a appris des autres et de ce qu'on a construit pour répondre à une expérience singulière. Il comprend l'analyse du vécu, la compréhension construite des situations, parfois une réflexion rigoureuse et systématisée dans la durée. Il ne se limite pas non plus à des seuls savoirs pratiques, ces sont aussi des savoirs d'action, des savoirs techniques, du savoir-être, du savoir procédural, du savoir théorique etc. C'est un savoir évolutif. Tous ces savoirs sont malheureusement « rares et peu disponibles du fait de la faiblesse numérique de ses détenteurs, de leur difficulté d'élaboration, du manque de légitimité, de la non-diffusion de génération en génération ou de pair à pair, du manque de considération comme des savoirs à part entière et de l'importance accordée aux savoirs scientifiques, à la logique et à la rationalité ». Elle nous précise aussi qu'ils sont à la fois objectifs et subjectifs, et que la subjectivité ne doit plus « être considérée comme un biais ou une limitation de l'objectivité attendue mais comme un moyen efficace d'accéder à des savoirs de première main ». Il est donc capital que nous, soignants, partions à la recherche de tous ces savoirs, améliorant ainsi la qualité des soins, dans le but d'atteindre, parallèlement à une auto-détermination, des résultats de santé optimaux et une amélioration de la qualité de vie des patients : n'est-ce pas l'objectif de l'ETP ? Nous y reviendrons.

Plennevaux (2017) [58] affine ces notions de partenariat, de co-construction, de reconnaissance d'expertise réciproque : les savoirs expérientiels du patient sont maintenant reconnus, en complémentarité avec les savoirs scientifiques des professionnels, et les interventions le concernant sont bâties en co-construction. Le patient est progressivement habilité à faire des choix libres et éclairés, avec l'aide des intervenants. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire oriente les préoccupations des intervenants autour de ses besoins et de son projet de vie. La conscience de l'interdépendance des expertises rend possible le travail de partenariat au travers d'un mode de co-construction. Elle définit les savoirs expérientiels comme « l'ensemble des savoirs tirés des situations vécues avec la maladie, qui ont eu un impact pour le patient, tant sur ses façons de prendre soin de lui, d'interagir avec les intervenants que sur sa manière d'utiliser les services de santé et les services sociaux ». Quant à la co-construction, elle la voit comme « une méthode qui favorise l'émergence d'une base de compréhension commune entre les patients partenaires, les proches partenaires, les intervenants et les gestionnaires, qui se fonde sur le partage de leurs savoirs expérientiels complémentaires afin d'élaborer des solutions qui font consensus et qui sont mises en œuvre conjointement dans une perspective de prise de décision et de leadership partagés ». L'idée étant de ne plus seulement construire « pour », mais « avec » le patient.

Vincent Dumez, dans l'entretien qu'il m'a accordé, revient sur cette notion de décision partagée. Il précise que la décision n'est pas partagée, qu'elle est du côté du patient, et que c'est le processus qui doit être

partagé : le partenariat avec le patient est une co-construction d'un processus de décision dans un contexte de soins. L'enjeu à ses yeux n'est pas l'adhésion au traitement, mais le partenariat dans les soins, la problématique d'adhésion devenant ainsi une problématique de co-construction, de collaboration, de partenariat. Si le patient est adhérent à quelque chose c'est à une solution qui s'incarne dans son projet de vie et qui a été coconstruite avec lui : Dumez apporte la notion « d'adhésion collective à un projet collectif ». Il avance que cette notion de partenariat est un changement de philosophie majeur, axé sur le processus et non plus sur le résultat. Il explique aussi que la notion de responsabilité partagée est à déconstruire, qu'elle amène d'ailleurs de la frustration et de la culpabilisation chez les soignants : dans un dialogue de partage des risques, les risques sont assumés par la personne qui prend la décision. Il s'agit donc d'un défi pédagogique plutôt que d'une responsabilité partagée. Dans ce partenariat, le défi est de nous ouvrir à la reconnaissance de la valeur ajoutée des savoirs de l'autre (savoirs patients - expérientiels, cliniques, de navigation, d'auto-monitoring- et savoirs soignants - scientifiques, appliqués ... et hybrides aussi) et à la reconnaissance d'une interdépendance dans le résultat d'un processus : je ne peux pas réussir sans l'autre, sans le savoir de l'autre (dans le modèle de Montréal [32], le patient est reconnu pour ses savoirs expérientiels de la maladie, comme membre de l'équipe à part entière et en cela considéré comme un soignant, et comme la personne légitime pour prendre les décisions les plus adaptées à son projet de vie). Il s'agit donc d'une adhésion à la même solution coconstruite. Comment y parvenir en tant que soignants ? En améliorant nos techniques de communication et d'entrée en collaboration (questions ouvertes et entretien motivationnel). A ses yeux, les soignants sont pourvus de 99% de bonnes intentions et de 90% de maladresses de communication. Cela nous amène, dit-il, à revisiter la notion d'approche centrée patient : le patient n'est plus au centre, mais dans le cercle, il devient acteur de soins. Il s'agit d'une approche non plus orientée sur la personne, mais sur la relation. Et au niveau de la méthodologie, au-delà de la recherche des besoins des patients, il s'agit de chercher les savoirs des patients. Il conclut par cette phrase qui a vraiment transformé ma vision des choses : « l'objectif est la réussite d'une dimension relationnelle avec l'adhésion collective des partenaires ».

Quel est alors finalement le rôle du soignant ? Les médicaments prescrits à nos patients atteints de maladie(s) chronique(s) ne vont pas les conduire vers une guérison définitive, mais au mieux à une aide pour conserver une certaine qualité de vie. Dans ce contexte, selon Dumez (2013) [59], le soignant est là pour « accompagner le patient, pour l'aider à comprendre où il en est sur le chemin de sa vie, à prendre ses décisions et à réaliser son projet de vie malgré tout ». Le patient demande simplement « qu'on le considère dans toute son humanité, qu'on se mette au diapason de son individualité et qu'on lui passe progressivement le relais de sa vie ». Dumez prône une vision du soin où apprendre aux personnes à prendre soin d'eux-mêmes est tout aussi important que de les soigner, où chaque patient s'émancipera à travers sa maladie parce que son équipe de soins lui offrira un terrain fertile pour le faire, où patients, médecins et professionnels de la santé trouveront ensemble un sens commun à leur action parce qu'ils se reconnaissent mutuellement comme des acteurs de soins.

Une université des patients a été créée à Paris, pour « répondre à la fois à une demande croissante des malades désirant transformer leur expérience en expertise, et aux besoins du système de santé qui ne peut prétendre s'améliorer sans inclure des malades dans toutes les instances de décisions en santé » selon sa fondatrice, C. Tourette-Turgis (2019) [60]. Sylvie Rochat, patiente partenaire formée dans cette université, m'a ainsi expliqué qu'elle avait appris à travailler son savoir expérientiel pour le mettre au service des autres, en intégrant son vécu pour pouvoir prendre du recul (passer le 1^{er} stade où on est encore dans la réaction émotionnelle) et en identifiant des éléments de son vécu qui soient pertinents pour d'autres sans être anecdotiques.

Il existe différents niveaux de partenariat patient/soignant : on peut être partenaire de ses propres soins, avoir un profil ressource en partageant ses expériences avec d'autres patients ou un profil coach où il s'agit d'assumer un leadership transformationnel. Il existe un référentiel de compétences pour chacun [61].

PROFILS DES PATIENTS PARTENAIRES

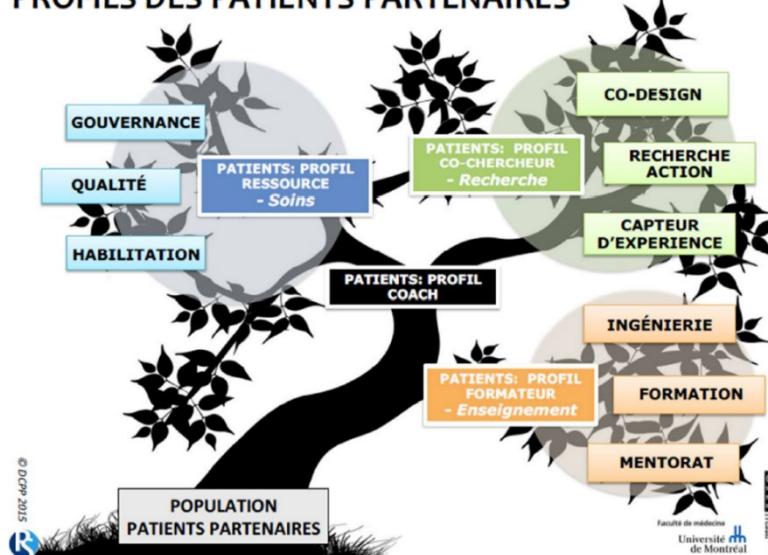


Figure 9. Profil des patients partenaires (Université de Montréal, 2016)

L'EXPERTISE DE VIVRE AVEC LA MALADIE¹ Référentiel de compétences du patient

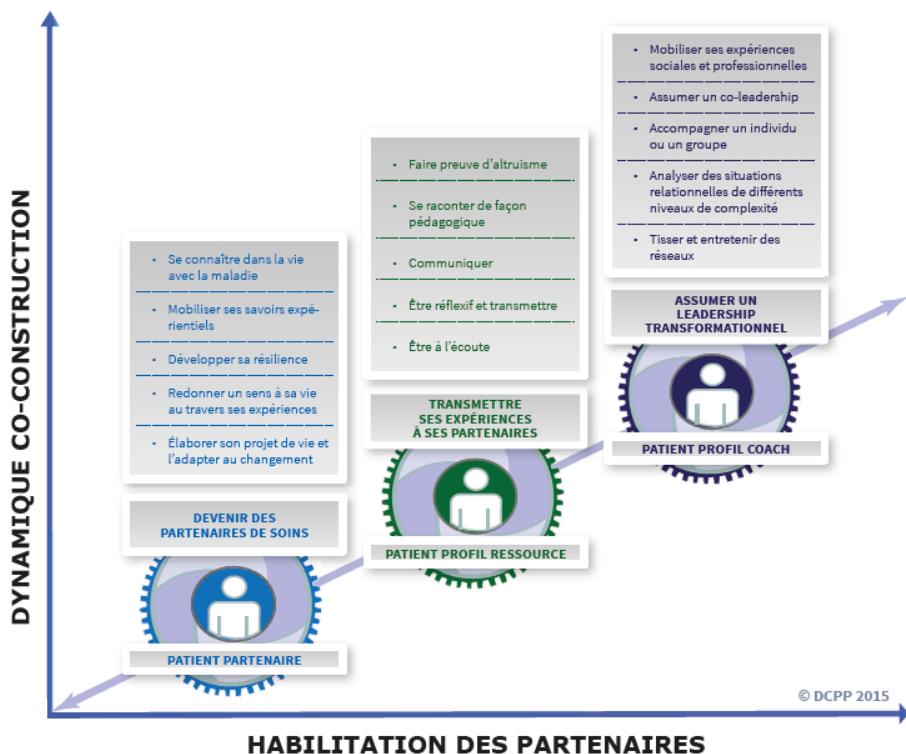


Figure 10 : Référentiel de compétences du patient partenaire (DCPP, 2015)

Concrètement, le patient partenaire peut être formateur dans le milieu de l'enseignement, ressource dans le milieu de soins ou co-chercheur dans le milieu de la recherche.

Pour notre projet, l'idée sera d'intégrer des patients dans la formation des soignants pour témoigner de leur expérience (savoirs explicites) et permettre aux soignants d'apprendre à entrer dans leur monde (à la rencontre de leurs savoirs implicites), en découvrant que ces savoirs « les aideront à les aider ». Car comme le dit Sandrin-Berthon (2008) [62] : « Je ne suis plus celui qui sait pour l'autre, je suis celui qui doit découvrir avec l'autre ce qui est le mieux pour lui, sans renier mon savoir médical (...) Mon objectif n'est pas de rendre le patient plus savant mais de l'aider à utiliser le savoir que je possède ».

Terminons par un petit clin d'œil étymologique : le dictionnaire Littré définit le *partenaire* comme « l'associé avec qui l'on joue » ou « la personne avec qui l'on danse » : jouons, dansons avec nos patients sur le chemin de la recherche de la qualité de vie ! *Partenaire* vient de l'anglais *partner*, qui paraît être une altération de l'ancien français *parsoner*, lequel provient du latin *partitio*, partage. Il s'agit pour nous de partager nos savoirs respectifs à la recherche d'une meilleure qualité de soins.

3. La collaboration interprofessionnelle

Au SMPR, aucun soignant n'a été formé à la collaboration interprofessionnelle, contrairement aux toutes nouvelles volées d'infirmières et de médecins qui bénéficient maintenant de modules interprofessionnels. Nous avons donc à apprendre sur le terrain, notamment au travers de nos réunions interprofessionnelles autour des patients complexes : l'idée est de constituer un trio patient/médecin/infirmière plutôt que deux binômes (patient/médecin et patient/infirmière) dans un souci d'amélioration continue de la qualité des soins. Mais, comme l'a montré notre enquête, l'apprentissage est long ...

La collaboration interprofessionnelle est explicitement recommandée par l'OMS depuis 2010 [63], considérée comme nécessaire pour faire face à des défis sanitaires complexes, notamment le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques et la pénurie de personnel chez certaines professions de la santé. Leurs recherches ont montré qu'elle pouvait améliorer de nombreux paramètres tels l'accès aux services de santé et leur coordination, l'utilisation appropriée des ressources cliniques spécialisées, les résultats de santé des personnes atteintes de maladies chroniques, les soins, la satisfaction et la sécurité des patients. Parallèlement, elles ont montré que la pratique collaborative pouvait réduire les complications totales du patient, la durée du séjour à l'hôpital, la tension et les conflits entre les soignants, le roulement du personnel, les admissions à l'hôpital (les taux d'erreurs cliniques) et les taux de mortalité. Le rapport de l'OMS précise que « la collaboration n'est pas seulement une question d'accord et de communication, mais aussi de création et de synergie. La collaboration se produit lorsque deux ou plusieurs personnes issues de milieux différents et possédant des compétences complémentaires interagissent pour créer une compréhension commune qu'aucune d'entre elles ne possédait auparavant ou n'aurait pu atteindre seule. Lorsque des professionnels de la santé collaborent, il se crée quelque chose qui n'existe pas auparavant ».

La collaboration interprofessionnelle fait également partie des critères de la Haute Autorité de Santé en France (2013) pour dispenser ou coordonner l'ETP comme nous le montre le référentiel de compétences en éducation pour la santé [64].

Le Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CCIS) [65] et **le Référentiel de compétences de l'INPES** [64] nous ont aidées à formuler les compétences à acquérir par les soignants dans le but d'améliorer la collaboration interprofessionnelle autour des médicaments. Le CCIS est une collaboration pancanadienne de partenaires qui font progresser les données probantes liées à la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) afin d'améliorer

l'éducation en matière de santé, les services de santé et la santé des Canadiens. Il décrit notamment les 6 domaines de compétences requis pour une collaboration interprofessionnelle efficace :

Tableau 2 : Domaines de compétences pour une collaboration interprofessionnelle efficace (CCIS, 2010)

Les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté : le patient, considéré comme un expert et un partenaire dans la prise de décision et dans la prestation de soins et services requis.
La communication interprofessionnelle : communiquer de manière responsable dans un esprit de collaboration, d'ouverture et de disponibilité avec les intervenants de différentes professions, grâce à la transparence, l'authenticité, la confiance, et des techniques de communication.
La clarification et la compréhension des rôles : le sien et celui de ses partenaires – reconnaissance des compétences spécifiques des autres, identification des zones de complémentarité et de chevauchement.
Le travail d'équipe qui passe par la compréhension de la dynamique et des mécanismes du travail d'équipe, de l'établissement des modalités du fonctionnement d'équipe, de la mise en place des processus et des règles facilitant leur travail et de l'établissement de relations de confiance avec les autres.
La résolution des conflits interprofessionnels : y compris la prévention, la proactivité dans la gestion des sujets pouvant tourner en conflits, l'identification des sources des problèmes et l'approche constructive de résolution de ces problèmes.
Le leadership collaboratif : le partage de son expertise, la stimulation de la participation des autres professionnels, l'intégration des différents points de vue, la reconnaissance de chacun, l'interdépendance de tous, la responsabilité partagée quant à l'expertise requise, aux actions et aux processus à choisir selon les résultats attendus, et enfin le leadership partagé entre les membres de l'équipe et non assuré par un seul professionnel.

Qu'entend-on exactement par « compétence » ? Couturier et Belzile (2018) [66] nous la définissent comme « le fait de l'activité d'un acteur réalisant une tâche dans un contexte réel de travail, ce que nous appelons la situation clinique. La compétence est contextualisée à une situation. Elle est aussi le fait d'une relation : elle ne peut se réduire à l'unique savoir-faire de l'acteur, car c'est la situation clinique qui lui permet de se révéler pleinement. Le travail dans un dispositif interprofessionnel participe à un mouvement perpétuel de recomposition des compétences ». Dans une vidéo explicative du Consortium pancanadien en 2010, Jean Maziade, médecin à l'Université de Montréal, nous la définissait, quant à lui, comme « un savoir-agir complexe qui nécessite la mobilisation et l'utilisation judicieuse et efficace de ressources internes (savoir, savoir-faire et savoir-être) et externes (protocoles, outils, collègues ...) dans une situation professionnelle donnée ». Il précisait qu'au quotidien « les pratiques de collaboration interprofessionnelle demandent un engagement à dialoguer, à partager le pouvoir, à accepter la diversité et l'apprentissage mutuel ». La compétence ne suffit donc pas : il faut aussi la volonté de l'exprimer.

Quel est l'objectif de la collaboration interprofessionnelle ? Reprenons ce proverbe africain bien connu : « Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ». Travailler ensemble, c'est se donner les moyens d'améliorer la qualité des soins par une meilleure prise en compte de la complexité. Nous l'avons vu, l'adhésion médicamenteuse est un problème complexe, auquel nous devons répondre de manière interdisciplinaire. Bodenheimer et Sinsky (2014) [67] nous présentent les quatre buts de la collaboration interprofessionnelle, profondément interdépendants, qu'il s'agit de poursuivre de concert pour améliorer la qualité des soins :



Figure 11 : Buts de la collaboration interprofessionnelle (Bodenheimer et Sinsky, 2014)

Mais au fond, que recouvre ce terme d'interprofessionnalité ? Couturier et Belzile (2018) [66] différencient les termes de pluri, multi, inter, trans et circumprofessionnalité en nous précisant que les 3 derniers sont transformationnels en matière d'identité, de responsabilité et de compétences :

- Le terme « pluri » désigne la co-présence des professions, il ne s'agit que d'une addition
- Le terme « multi » sous-entend une coordination
- Le terme « inter » fait référence à une co-transformation de soi et de l'autre
- Le terme « trans » implique la fusion, le dépassement des frontières
- Le terme « circum » amène une anticipation réflexive du point de vue de l'autre, une intégration de la contribution des autres professions

Ils décrivent l'inter comme « un mouvement vers l'autre, un désir de mieux faire né de l'insatisfaction ou de la perspective d'une plus grande satisfaction », ce qui correspond exactement à notre projet.

De la Tribonnière et Gagnayre (2013) [68] décrivent l'ETP comme une pratique interdisciplinaire, au-delà de la multidisciplinarité mais encore en-deçà de la transdisciplinarité : « L'approche de l'ETP passe par une vision systémique de la situation du patient. Ce principe systémique s'applique aussi au fonctionnement de l'équipe. L'équipe soudée autour de l'ETP devient un écosystème dont les actions collectives sont plus riches que la somme des actions individuelles réunies. Les frontières entre professions deviennent alors davantage poreuses et relatives (...). Les compétences éducatives du professionnel de soins, la méthodologie et l'organisation d'équipe propres à l'ETP nécessitent des efforts de décloisonnement entre les professions et les disciplines, excluant par-là les concepts trop restrictifs de pluridisciplinarité. À l'opposé, les concepts de transdisciplinarité paraissent encore trop ambitieux, impliquant une fusion des savoirs et des méthodes permettant de mieux appréhender la complexité du monde ». Ils nous font judicieusement remarquer qu'il existe, du fait de l'hétérogénéité des temps éducatifs et des modes de fonctionnement de chacun, un continuum entre tous ces termes.

Le tableau en Annexe 11, créé sur base des articles de Choi et Pak (2006) [69] et De la Tribonnière et Gagnayre (2013) [68] nous montre bien les différences entre la pluri/multidisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Le tableau en Annexe 12 reprend quant à lui les enjeux, les bénéfices et les risques de l'interdisciplinarité [68]. L'interdisciplinarité suppose donc une équipe soudée de plusieurs professionnels qui intègre un savoir à partir de plusieurs savoirs, des temps de partage, une volonté de coopérer, une acceptation de sortir de son expertise métier, la reconnaissance des spécificités de chacun, le renoncement parfois de certaines choses qui importent à chacun au profit de l'objectif commun. Notre projet se veut résolument interprofessionnel, tant dans sa conception que dans sa réalisation. Et notre travail en commun nous fera nous transformer ensemble.

VI. Objectifs et objets d'évaluation

1. Evaluer ? Pour quoi faire ?

Dans la représentation collective influencée par le parcours scolaire, évaluer c'est attribuer une note. Il s'agit effectivement de donner une valeur, mais c'est bien plus complexe que cela. De Ketele nous propose la définition suivante : « Evaluer, c'est recueillir des informations valides, pertinentes, fiables, à comparer avec des normes subjectives ou objectives en vue d'une décision » [70]. Gagnayre et D'Ivernois (2004) [71] insistent sur le fait que « toute action d'éducation doit faire l'objet d'une évaluation qui mènera à une décision pédagogique ». On n'évalue donc pas pour évaluer : l'évaluation sans décision qui suit ne sert à rien. Selon Jacquemet (2000 et 2021) [72] [73], évaluer permet de « comprendre ce que l'on fait et pourquoi on le fait », sachant qu'il n'y a « pas de formation sans évaluation ». L'idée est de montrer une progression, une transformation puisque le but de la formation est justement de tenter d'opérer une transformation sur les apprenants. Evaluer permettra de montrer la valeur ajoutée de notre intervention, de prouver que notre intervention a permis de réduire l'écart entre la situation de départ et le résultat attendu. Elle est donc étroitement liée aux objectifs. Evaluer, c'est aussi mettre en lumière le chemin parcouru et identifier ce qu'il reste à faire. Selon Uhlenbusch (2021) [74], évaluer comporte deux pièges principaux : celui de vouloir tout évaluer (il faut faire des choix !), et celui de vouloir prouver quelque chose (on évalue pour comprendre, pour s'améliorer, pas pour prouver quoi que ce soit).

2. Que va-t-on évaluer ?

Les apprenants ? Selon le modèle de référence de Kirkpatrick (1959) [75], on peut évaluer plusieurs aspects :



Figure 12 : Le modèle d'évaluation de Kirkpatrick (1959)

Dans notre projet nous pourrons bien sûr évaluer la satisfaction des apprenants, mais l'idée n'est pas de réaliser une évaluation sommative ni d'aller observer leurs consultations, nous ne pourrons pas réellement évaluer l'apprentissage, le transfert et les résultats. Nous pourrons toutefois leur demander en fin de formation ce qu'ils pensent avoir appris, quel impact ils pensent que cela aura sur leur pratique, et pour les internes encore présents dans le service quelques mois après la formation, quel impact ils pensent que cela aura eu sur leur pratique.

Plus largement, nous pouvons évaluer la formation. Reprenons l'image du carrefour de Jacquemet (2021) [73] :

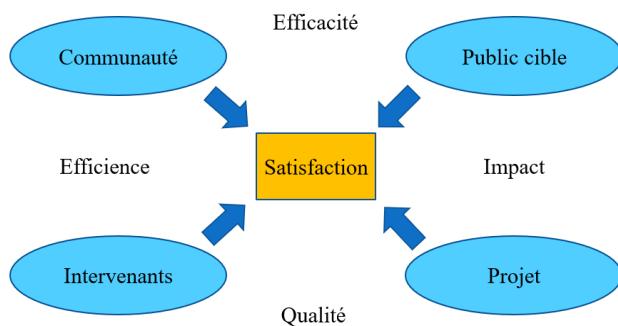


Figure 13 : "Le carrefour" de Stéphane Jacquemet (2021)

On peut en effet évaluer :

- **L'efficacité de la formation**, à savoir le rapport, l'écart entre les objectifs et les effets obtenus à long terme. Mais ce n'est pas notre rôle de formatrices de l'évaluer étant donné qu'elle n'est pas de notre seule responsabilité : c'est celui de l'institution si elle le souhaite. Pour exemple, ce n'est donc pas à nous de déterminer si, objectivement, la collaboration interprofessionnelle s'est améliorée (la performance collaborative étant difficile à monitorer : volume de l'activité clinique, taux de ré-hospitalisations évitables, satisfaction des usagers, amélioration de la santé de la population etc.).

- **L'efficience de la formation**, à savoir si nous avons utilisé les ressources et les moyens de la manière la plus écologique possible pour un meilleur résultat possible. C'est également à l'institution de s'y atteler si elle le souhaite, pour décider si oui ou non elle nous donnera encore le budget et le temps pour reconduire la formation et/ou développer le projet l'année prochaine avec la future volée d'internes.

- **La satisfaction par rapport à la formation**, pour savoir comment l'améliorer et si elle répondait aux attentes des participants, en sachant qu'elle ne suffit pas car, selon D'ivernois et Gagnayre (2004) [71], « elle ne prouve pas que l'éducation reçue ait été pertinente et efficace ».

- **La qualité de la formation**, à savoir le rapport entre le processus et les effets : on évalue le programme pour réajuster sa conception, son organisation, sa réalisation, son évaluation elle-même. Cet objet d'évaluation nous revient, et peut être mesuré auprès des participants (ressenti subjectif) et des formateurs (nous le ferons sur base des critères de qualité d'une formation en ETP décrite par l'OMS en 1998 [76]).

- **L'impact de la formation sur les soignants**, pour nous ce sera plutôt la perception de cet impact futur ou réalisé, puisque nous ne pourrons pas observer des consultations (absence de mandat et manque de temps).

Nous prévoyons donc de réaliser une évaluation qualitative auprès des participants sur :

- **Leur satisfaction**, avec comme critères :

- La pertinence du sujet et l'intérêt de la formation
- L'utilité de la formation pour leur pratique
- Le temps alloué à la formation
- L'envie d'aller plus loin

- La qualité de la formation proposée, avec comme critères :

- L'innovation
- La pertinence, la variation et l'adéquation des méthodes pédagogiques
- La compétence et l'expertise des formatrices, leur implication, leur adaptation aux participants, leur dynamisme
- La possibilité d'intégrer des acquis dans leur pratique
- L'apport des patients partenaires
- Les propositions d'amélioration de cette formation

- L'impact de la formation sur les participants, avec comme critères :

- Une chose qu'ils ont apprise et qu'ils vont mettre en pratique
- L'évolution de leur sentiment de compétence à créer un véritable partenariat avec le patient autour du traitement (ou à collaborer efficacement avec les médecins dans le cas de l'évaluation des modules destinés aux infirmières)
- Ce que cette formation a éventuellement changé dans leur vécu de collaboration (à demander à distance des formations)

Le but est de pouvoir faire des réajustements pour la prochaine formation interprofessionnelle avec la future volée d'internes (améliorer la qualité, et augmenter l'impact et la satisfaction).

Selon Gagnayre (2021) [77], **l'évaluation est un regard pluriel**, se contenter d'un seul regard constitue un risque de manque de fiabilité. Nous demanderons donc également une évaluation des autres acteurs de la formation : les formatrices et les patients partenaires.

L'évaluation de la qualité par les formatrices constitue un biais puisque ce sont elles qui ont monté le dispositif. Normalement, l'évaluation du programme éducatif devrait être effectuée par un évaluateur externe, neutre et compétent pour donner à cette évaluation la validité, l'objectivité et la pertinence souhaitables. Mais nous n'avons personne qui puisse endosser ce rôle, et selon D'Ivernois et Gagnayre (2004) [71], une équipe qui pratique l'auto-évaluation est tout à fait légitime dans sa démarche, le but étant la poursuite de la qualité. Quant à l'intégration des patients partenaires à l'évaluation, elle constitue en soi, toujours selon D'Ivernois et Gagnayre (2002) [78], un critère de qualité.

Quant aux patients partenaires, nous souhaitons interroger leur satisfaction (sentiment d'avoir été bien accueillis, écoutés, respectés, aidés lors de leurs interventions), leur regard sur la qualité de la formation (sentiment d'avoir été suffisamment préparés, utilité de leur intervention, leur regard sur le contenu de la formation et sur la manière dont le sujet a été abordé), et de mesurer l'impact de la formation (comment ils se sentent à l'issue de cette expérience, ce qu'elle leur a apporté, et si c'était à refaire ?).

3. Quand évaluer ?

L'idéal serait de privilégier, selon Dunberry et Pechard (2007) [79] un dispositif « avant-après » la formation pour mieux en mesurer l'impact.

Pour l'offre de formation relative à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle autour des médicaments, nous pourrons comparer les problèmes existants avant et à distance de la formation, et

demander une évaluation aux infirmières juste après la formation ainsi que 6 mois plus tard pour comprendre ce qui a pu changer.

Pour l'offre de formation interprofessionnelle relative à l'amélioration de la collaboration soignant/patient autour des médicaments, le dispositif « avant » ne s'avère pas pertinent pour plusieurs raisons : les internes n'attendent pas forcément grand-chose de cette formation qui leur est imposée, les chefs de clinique ainsi que certains internes ne savent pas s'ils seront présents (cfr gardes souvent changeantes), et l'expérience du service montre que les questionnaires envoyés avant les formations sont rarement remplis en raison de la surcharge de travail des médecins. Nous prévoyons donc une évaluation juste après la formation ainsi qu'une autre 4 mois plus tard pour les rares internes qui seront encore dans le service, le tournus ayant lieu 2 semaines après la formation : cela concernera peu de participants, mais leur regard à distance, après avoir eu le temps de la réflexion et de l'expérimentation, pourrait être intéressant. L'évaluation juste après la formation sera peut-être moins fiable mais garantira une participation maximale des participants.

4. Comment évaluer, avec quels outils ?

Pour l'objectif d'améliorer la collaboration interprofessionnelle autour des médicaments (modules principalement infirmiers), l'objectif est de réaliser un petit **focus groupe** dans le dernier quart d'heure de la formation pour évaluer la satisfaction, la qualité et l'impact de la formation. Si le temps venait à manquer, nous leur demanderont de remplir un questionnaire d'évaluation.

Nous prévoyons ensuite une **évaluation narrative** 6 et 12 mois après la formation, en nous basant notamment sur l'**échelle critériée descriptive de la proactivité infirmière** qu'elles auront coconstruite pour l'occasion (outil d'auto-évaluation) ainsi que sur un **Blob Tree**, dessin imaginé par Pip Wilson, psychologue britannique (Annexe 13).

Pour l'objectif de l'amélioration de la collaboration soignant/patient autour des médicaments, l'idéal pour évaluer l'impact de la formation, rappelons-le, serait évidemment de proposer, comme le décrit Dennery (2001) [80], une évaluation authentique, à savoir « des tâches complètes, complexes et signifiantes et une observation de leur pratique réelle, qui permette de mettre en avant les aptitudes, l'apprenance, les connaissances et les compétences acquises ». L'évaluation authentique, c'est regarder comment l'apprenant fait les choses à sa manière, dans son contexte. Nous avons vu que c'était irréalisable dans notre contexte. Nous nous limiterons donc à la proposition de remplissage d'un questionnaire court (sur un temps dédié de la formation pour qu'une majorité des participants prennent la peine de les remplir, et prévu sur moins de 5 min pour être certaines qu'ils prennent la peine de les remplir correctement et jusqu'au bout). Quant aux rares internes toujours présents dans le service 4 mois après la formation, nous recueillerons leur point de vue également à l'aide d'un Blob Tree. Comme pour les infirmières, il sera proposé aux participants un outil d'auto-évaluation nommé « Auto-évaluation de ma posture éducative » construit par nos soins en nous inspirant de la vision de Pétré et al. (2019) [81] sur la posture. Les 2 **outils d'auto-évaluation** précités permettront ainsi aux participants, comme le précise Hadji (1998) [82], de « continuer à améliorer leurs démarches d'apprentissage, de renforcer leurs connaissances et compétences au-delà du temps de formation, propre d'une évaluation formative ». En effet, comme le précisent Dunberry et Pechard (2007) [79], « seules des évaluations répétées des comportements permettront de s'assurer de leur maintien, l'apprenant pouvant après un certain temps décider de reprendre ses comportements antérieurs à la formation ». Plutôt qu'une évaluation ponctuelle, ces auto-évaluations s'inscriront dans le temps, participant

ainsi à la pérennisation du projet. L'idée sera de se valoriser : « qu'est-ce que j'arrive à faire dans mon contexte ? », puis de repérer ce qui pourrait être amélioré et se donner un petit objectif SMART qui guidera les apprentissages à réaliser.

Selon D'Ivernois et Gagnayre (2004) [71], le dispositif doit être valide, fiable, objectif, commode et acceptable. Il doit être anonyme, et le nombre de questions n'est pas censé dépasser la vingtaine. Il doit indiquer clairement comment on répond au questionnaire, avec au moins une question ouverte à la fin pour permettre des remarques que le questionnaire n'aurait pas envisagées. Nous créerons donc les **questionnaires sous forme d'une échelle de Likert** (pas d'accord, plutôt pas d'accord, plutôt d'accord, d'accord) suivie de quelques questions ouvertes.

Quant au regard des patients partenaires sur la formation, nous prévoyons un focus groupe plutôt qu'un questionnaire, car ils ne seront que 3, dont certains sont peu à l'aise à l'écrit.

5. Que va-t-on faire des résultats ?

Nous souhaitons :

- Comparer la qualité attendue avec la qualité souhaitée, la qualité réalisée et la qualité perçue.
- Croiser les perceptions des différents acteurs, analyser les similitudes et les différences.
- Comprendre les résultats en restant attentifs à leur interprétation (cfr manque d'exhaustivité dans les réponses et caractère déclaratif des informations).
- Repérer les points forts de la formation, les points faibles et leurs causes.
- Décider de la suite du projet : reconduire la formation l'année prochaine ? Sous quelle forme ?
- Communiquer les résultats de l'évaluation à l'équipe projet, aux infirmières et à la hiérarchie qui aura permis l'organisation de ces temps de formation et la mise en disponibilité de tous les participants durant les temps dédiés (les internes, quant à eux, seront déjà partis).

VII. Actions réalisées

La formation présentée ci-après est, comme nous l'avons vu plus haut, une proposition de réponse à des besoins éducatifs, l'idée étant que les apprenants acquièrent des compétences, des possibilités d'action non maîtrisées avant la formation. Voici un aperçu des dates auxquelles les différentes offres de formation ont pu être réalisées, avec en vert les temps interpro, en bleu les temps entre infirmières et en rose la préparation des patients partenaires et la matinée sur la collaboration soignant-patient autour des médicaments.

Tableau 3 : Aperçu des formations réalisées

Date	Durée	Intitulé de la séquence pédagogique
7 juillet	1h	La collaboration interprofessionnelle (CIP) : rôles et attentes de chacun
2 septembre	2h	Préparation des patients partenaires à la matinée du 13 octobre
7 septembre	2h	Préparation des patients partenaires à la matinée du 13 octobre
21 septembre	3h	CIP : identification des problèmes et recherche des causes
23 septembre	3h	CIP : stratégies de résolution
5 octobre	1h	CIP : partage avec les médecins et poursuite des stratégies de résolution
7 octobre	1h	CIP : partage avec les médecins et poursuite des stratégies de résolution
13 octobre	4h	La collaboration soignant-patient autour des médicaments
19 octobre	3h	CIP : concrétisation des stratégies de résolution + compte-rendu écrit
9 novembre	1h	La suite du projet : comment assurer sa pérennité ?

Toutes les séances, exceptées celles des 5 et 7 octobre, ont finalement pu se réaliser en présentiel dans le respect des règles sanitaires.

Nous avons conçu en équipe projet les différentes séances pédagogiques en gardant en tête la célèbre phrase de Benjamin Franklin (« Tell me and I forgot, Teach me and I may remember, Involve me and I learn ») ainsi que les lois de l'apprentissage des adultes décrites entre autres par Dennery (2006) [83] et faisant référence à 7 courants de pédagogie (constructivisme, pédagogie active, pédagogies coactives, influence sociale, pédagogie par objectifs et pédagogie du projet, pédagogie non directive, pédagogie différenciée). L'idée était d'impliquer les participants au maximum et de varier les méthodes pédagogiques (expositives, démonstratives, interrogatives, actives et expérimentales) décrites par Expilly (2018) [84] : l'auteur met en avant l'importance de diversifier les méthodes, en accordant tout au plus 30% du temps aux méthodes expositives, ce que nous avons respecté.

Tableau 4 : Les 7 lois de l'apprentissage des adultes (Dennery, 2006)

1. On apprend en déstructurant – restructurant ses connaissances
2. On apprend en agissant
3. On apprend en résolvant des problèmes en petits groupes
4. On apprend en échangeant au sein d'un groupe
5. On apprend en ayant un projet d'apprentissage
6. On apprend en prenant du plaisir et dans un climat de confiance
7. On apprend en maîtrisant ses propres stratégies d'apprentissage

Nous aurions souhaité impliquer les participants en amont, pour qu'ils se posent des questions avant la formation et profitent ainsi davantage de la formation proprement dite, mais les différentes discussions avec eux nous ont fait renoncer à ce projet : ils étaient tous tellement débordés que nous n'avons pas voulu leur rajouter du travail que la plupart n'aurait pas fait, ce qui aurait créé un déséquilibre entre les participants.

1. Actions réalisées en lien avec l'objectif d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle

La séance interprofessionnelle du 7 juillet (voir description en Annexe 14) a constitué le point de départ du travail sur la collaboration interprofessionnelle autour des médicaments. Elle a vu naître un véritable dialogue entre les médecins et les infirmières concernant les rôles et responsabilités de chacun, permettant à chaque profession d'exprimer ses attentes vis-à-vis de l'autre et d'entendre celles de l'autre. Le fruit de leurs discussions est présenté en Annexe 15. C'est notamment lors de cette séance que les infirmières ont compris la difficulté pour les médecins de savoir ce que le patient était censé prendre comme médicaments, ce qui leur semblait impensable auparavant, l'absence de carte de traitement ne leur paraissant dès lors plus un manque de volonté des médecins de collaborer. Les médecins quant à eux ont découvert les attentes des infirmières, à savoir « négocier » avec le patient lors de la prescription et être proactifs dans la collaboration interprofessionnelle. La conclusion était d'essayer de tendre, au-delà d'une logique territoriale ou de coopération, vers une logique de synergie.

Les séances infirmières des 21 et 23 septembre (voir description en Annexe 16 et Annexe 17) se sont révélées être une véritable co-construction d'équipe, comme l'ont montré les évaluations. Le fruit de leur travail est décrit en Annexe 18. Parallèlement à la recherche des problèmes de collaboration interprofessionnelle, de leurs causes et des pistes de solutions, un travail de réflexion de fond a été mené sur le leadership et le followership (définitions, styles, conséquences, place que les infirmières veulent prendre). Les infirmières ont aussi pu découvrir TeamStepps (voir Annexe 19), outil proposant une structure de communication explicite pour justement améliorer la communication avec les médecins. Pourquoi avoir conçu des séances uniquement pour les infirmières alors qu'il s'agissait d'améliorer la collaboration interprofessionnelle ? L'idée était de former les infirmières à être de meilleures partenaires en interprofessionnalité, afin que les résultats de la formation perdurent au-delà du changement d'internes prévu peu de temps après.

Les 2 séances interprofessionnelles des 5 et 7 octobre (voir description en Annexe 20) étaient identiques car destinées aux 2 groupes de médecins travaillant à mi-temps dans notre service. Les infirmières ont présenté aux médecins leur travail des 21 et 23 septembre pour recueillir leur perception et coconstruire des solutions innovantes aux problèmes de collaboration. L'Annexe 21 présente le fruit de ce travail.

La séance infirmière du 19 octobre (voir description en Annexe 22) a permis aux infirmières de reprendre les solutions coconstruites les 5 et 7 octobre, de choisir celles qui étaient réalisables, de définir les tâches précises à effectuer et de les répartir entre elles (voir Annexe 23). Elles ont également découvert un nouvel outil de communication écrite permettant de transmettre aux médecins ce qu'elles avaient découvert de la relation du patient à ses médicaments afin de rendre visible ce qu'elles font et de rendre les médecins plus conscients des difficultés d'adhésion. Nous avons créé cet outil en nous basant sur le modèle de Fischer et en adaptant le document utilisé par la Pharma 24 pour le compte-rendu de ses consultations d'adhésion (Annexe 24).

La séance infirmière du 9 novembre (voir description en Annexe 25) a eu pour but de coconstruire entre infirmières un moyen de faire perdurer le projet en imaginant une échelle critériée descriptive à faire évoluer au cours du temps, ainsi qu'un document d'aide au recensement de l'expérimentation des différents outils et différentes interventions (CIP et RIP) (Annexe 26).

2. Actions réalisées en lien avec l'objectif d'amélioration de la collaboration soignant-patient

Nous avons coconstruit une matinée de 4 heures sur le sujet : pour des questions d'organisation, nous avons choisi un apprentissage massé plutôt que distribué. Cette matinée était destinée aux infirmières et à tous les internes du SMPR, en intégrant des patients partenaires « novices » : en effet, les patients partenaires déjà disponibles dans l'hôpital ne répondaient pas à nos critères de sélection :

- Patients n'ayant pas toujours pris leurs médicaments tels que prescrits
- Patients francophones, capables de s'exprimer, de parler de leur expérience, de réflexivité
- Patients représentatifs du SMPR (si possible migrants, diabétiques et/ou hypertendus)
- Patients stables sur le plan de la santé, ayant un recul sur leur maladie (expérience de plusieurs années)
- Patients disponibles et fiables (venant toujours à leurs RDV)
- Patients désirant se sentir utiles en contribuant à un objectif dépassant leur situation de santé

Le recrutement a été difficile. Nous avons initialement trouvé 5 patients dont 2 se sont désistés juste avant la préparation. Nous avons donc finalement travaillé avec 3 patients :

Mme R., 57 ans, camerounaise Hypertendue et obèse	Mme M., 59 ans, genevoise Diabétique et hypertendue	Mr M., 66 ans, genevois Diabétique et insuffisant rénal
--	--	--

Il nous a paru capital de leur consacrer du temps avant la matinée de formation (2 x 2 heures) pour qu'ils puissent s'engager en toute connaissance de cause par la suite (Annexe 27) : après leur avoir présenté le projet, nous avons partagé nos attentes respectives, recherché leurs représentations d'un bon soignant par rapport à la collaboration soignant/patient autour des médicaments, discuté de ce qu'ils pouvaient apporter aux soignants et de ce qu'ils souhaitaient partager de leur expérience (Annexe 28). A l'aide de jeux de rôles, ils ont appris à réaliser un feedback constructif aux soignants qui allaient devoir réaliser un entretien de compréhension autour des médicaments, avec des formulations aidantes notamment pour oser exprimer ce qui ne leur convenait pas. Parallèlement, la patiente qui allait partager son expérience en grand groupe (sur ses difficultés à suivre son traitement et sur ce qui la freinait pour dire au médecin qu'elle ne le prenait pas toujours) s'est préparée à son intervention : elle a ainsi pu sélectionner les éléments de son expérience pertinents pour l'apprentissage des soignants et s'entraîner afin de raconter son expérience dans le temps imparti.

N'ayant réussi à recruter les patients partenaires qu'une fois la formation imaginée, nous n'avons pas pu les intégrer à sa préparation. En même temps, pour une toute première expérience avec des patients partenaires, le défi était déjà de taille : travailler autour de leur légitimité à participer à une formation de soignants (étant donné que c'était aussi une première expérience pour eux) et partir à la recherche de leurs savoirs explicites et implicites, mettant pour le moment de côté leurs savoirs spécialisés et savants. En effet, selon Gross et Gagnayre (2017) [55], les savoirs expérientiels implicites sont utiles pour entraîner les soignants à mener des entretiens cliniques, les savoirs expérientiels explicites sont utiles pour témoigner

auprès des étudiants de leur vécu expérientiel, et les savoirs spécialisés et savants sont utiles pour participer à l'ingénierie pédagogique et contribuer à l'enseignement de notions théoriques.

Il nous a paru important de partir de l'expérience des participants pour concevoir le déroulé de la matinée du 13 octobre (voir description en Annexe 29) : lors de la 1^{ère} partie consacrée aux causes et conséquences de la non-adhésion, ils ont d'abord été questionnés sur leur propre adhésion aux recommandations médicales (voir Annexe 30) avant de découvrir le témoignage de la patiente, les résultats de l'enquête et l'apport de la littérature. Le même schéma a été appliqué à la 2^{ème} partie consacrée aux facteurs freinant les patients pour révéler leurs difficultés liées à la prise de leurs médicaments : ce n'est qu'après avoir identifié leurs propres freins qu'il leur a été proposé d'accueillir le témoignage de la patiente, de découvrir les résultats de l'enquête et l'apport de la littérature sur le sujet. La 3^{ème} partie a été consacrée à l'expérimentation avec les patients partenaires : les participants ont pu, à l'aide d'outils décrits ci-dessous et spécialement créés pour l'occasion, remettre leur posture éducative en question et s'exercer à réaliser un entretien autour des médicaments.

L'outil « Auto-évaluation de ma posture éducative » (voir Annexe 31), conçu à partir des recherches de Pétré et al. (2019) [81] sur la posture éducative, à savoir « l'ensemble des attitudes mobilisables et mobilisées qui vont favoriser l'expression des compétences éducatives » était destiné à faire connaître aux participants les critères d'une posture éducative, constituant un référentiel de bonne pratique, de les faire réfléchir à leur propre posture (conscientisation, mesure du chemin restant à parcourir et détermination d'objectifs dans ce sens) et de leur permettre de s'auto-évaluer régulièrement après la formation dans un objectif de maîtrise de leur progression et d'amélioration continue de leurs compétences. Le support visuel rend les choses plus visibles, il met en avant tout autant les compétences actuelles et la progression dans le temps que les points à améliorer, ce qui contribue à favoriser l'estime de soi et la motivation. Cette posture, contrairement à la posture d'expert utile quand il s'agit d'établir un diagnostic ou de prescrire un traitement, comprend notamment une attitude empathique, une invitation au récit, un respect de la complexité et une construction commune des objectifs et de l'évaluation. Elle s'avère indispensable si l'on ne veut pas courir le risque de dénaturer ou instrumentaliser l'ETP ! Et plus les patients connaîtront cette posture, plus ils l'attendront des autres professionnels, ne se satisfaisant plus des pratiques « ancestrales » : nous participerons ainsi, avec nos moyens, à cet effet « boule de neige ». Il est prévu que les infirmières aient l'occasion, dans un temps dédié quelques mois après la formation, de partager entre elles leurs auto-évaluations respectives, incitant à un plus grand processus réflexif sur leurs propres pratiques, et que cet outil soit utilisé dans les supervisions des internes par les chefs de clinique, pour permettre une comparaison entre la perception des apprenants et le feed-back des observateurs. Cela engagera ainsi les chefs de clinique dans la même démarche par rapport à leur propre pratique.

L'outil « Moi et mes médicaments » (voir Annexe 32) a été conçu pour aider les soignants à dépasser l'unique question qui leur vient trop souvent à l'esprit (« Vous prenez bien vos médicaments ? ») et qui leur procure un sentiment de devoir accompli quand le traitement a par ailleurs été expliqué. Cette question n'invite pas les patients à s'exprimer, voire ne les encourage pas à dire la vérité, ne sachant pas ce que les soignants feront si leur réponse est négative. Etant donné que la grande majorité des soignants présentent des difficultés à formuler des questions ouvertes, nous avons imaginé toute une série de questions ouvertes « toutes faites » sur différents thèmes concernant les médicaments. Ce dispositif pédagogique se veut donc un moyen de faciliter le dialogue entre le patient et le soignant, de donner confiance au soignant pour aborder le délicat sujet de la prise des médicaments, pour, au final, enrichir la justesse de l'accompagnement

par le soignant et au final, aider le patient à mieux comprendre et gérer sa situation de santé. Pour imaginer l'outil, je me suis inspirée de ma propre expérience avec les patients du SMPR ainsi que des théories déjà décrites précédemment : le modèle sociocognitif de Munro et al. (2007) [39], le modèle allostérique de Giordan (2016) [40] , le modèle des croyances de santé de Rosenstock et Becker (1974) [41], le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente (1982) [42], le modèle du rapport affectif à la maladie de Lacroix et Assal (2011) [43], le concept d'auto-efficacité personnelle de Bandura [85], l'entretien motivationnel de Miller et Rollnick (2019) [51] et l'outil « la fleur de la communication » développé par Olivia Braillard dans son travail de DAS (2016) [4]. Les soignants pensent souvent connaître d'emblée les besoins des patients. Or si les soignants peuvent être conscients de besoins de santé non perçus par les patients, les patients ont conscience de besoins liés à leur vie quotidienne non perçus par les soignants. D'où l'importance d'un bon entretien de compréhension autour du sujet des médicaments ! Deccache (2012) [86] différencie la santé observée par les soignants et la santé ressentie par les patients, ce qui explique en partie les désaccords entre les deux protagonistes, les premiers cherchant à éviter les complications et les incidents, et les seconds à améliorer leur santé et leur vie, à trouver un « mieux » ou un « plus ». L'entretien de compréhension autour des médicaments permettra de réduire les désaccords.

IX. L'évaluation

Vous trouverez en annexe les questionnaires d'évaluation prévus pour les infirmières (Annexe 33), pour les participants de la matinée du 13 octobre (Annexe 34), pour les formatrices (Annexe 35) et pour les patients partenaires (Annexe 36), ainsi que ces différents questionnaires remplis avec le détail des pourcentages et des commentaires. Voici en résumé ce que l'on peut retirer des différentes évaluations :

1. Evaluation par les infirmières des séances sur la collaboration interprofessionnelle

Le temps ayant manqué, nous n'avons finalement pas réalisé de focus groupe, les infirmières ont donc tranquillement rempli le questionnaire prévu après la séance (cfr Annexe 33).

Toutes satisfaites des séances, elles les ont trouvées utiles et pertinentes. Elles ont exprimé le souhait d'avoir des séances supplémentaires, notamment pour mieux se familiariser avec les différents outils proposés. Elles ont vraiment le sentiment d'avoir coconstruit les solutions aux problèmes de collaboration interprofessionnelle (8/10 pour l'une d'entre elles, 10/10 pour les 3 autres). Au niveau de la théorie, elles ont surtout apprécié la découverte de TeamStepps. Leur sentiment de compétence à collaborer efficacement avec les médecins a augmenté de 29% (elles sont passées en moyenne de 6 à 7.75/10). Elles ont jugé les méthodes pédagogiques adaptées, variées et les quelques PowerPoint très agréables à regarder et très clairs.

Elles soulignent avoir pris conscience de certaines difficultés des médecins (méconnaissance de nos activités et du traitement que le patient est censé prendre), et ont été surprises d'apprendre que seulement 10% des patients suivis par les médecins avaient finalement un suivi interprofessionnel avec des maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension.

Elles identifient comme principal impact de la formation sur leur pratique l'augmentation de l'envie de s'investir dans la collaboration interprofessionnelle.

Elles ont regretté le peu de participation de la hiérarchie infirmière.

J'ai brièvement interrogé mes 3 collègues 4 mois après la formation pour déjà avoir une idée de l'impact de tout ce travail réalisé ensemble, sachant qu'une évaluation plus complète est prévue dans quelques mois avec le Blob Tree :

- « Je collabore maintenant différemment avec l'équipe médicale, je suis plus compréhensive parce que je suis maintenant consciente de leurs difficultés ».
- « Je suis plus attentive aux difficultés des médecins, je me tiens maintenant plus facilement à disposition pour les aider ».
- « Les médecins sont maintenant plus ouverts et attentifs à la discussion pour améliorer l'interpro. Après ce qu'on a mis en place, ils montrent plus d'intérêt pour l'interpro. Trois internes m'ont déjà demandé qu'on fasse une consultation interpro, ce qui n'était jamais arrivé avant. Tout ne doit plus venir de nous ».

2. Evaluation de la matinée consacrée à la collaboration soignant-patient

Par les participants (cfr Annexe 34)

75% des participants se sont déclarés très satisfaits de la formation, 25% satisfaits : ils ont tous trouvé le sujet et le contenu pertinent et intéressant, les formatrices compétentes et dynamiques, les méthodes pédagogiques adaptées et variées, le nombre de participants par groupe adéquat.

Ils ont été surpris et très satisfaits de travailler avec des patients partenaires plutôt qu'avec des patients standardisés, ils l'ont tous souligné sans exception (« réponses authentiques, naturelles », participants « touchés par leur vécu », « messages plus percutants »).

Leur sentiment de compétence à créer un partenariat avec le patient autour des médicaments a augmenté en moyenne de 51 % (passant de 5.3 à 8/10).

Ils se sont exprimés sur ce qu'ils ont appris : s'occuper d'adhésion dès la prescription, s'ouvrir aux médecines alternatives, découverte de tout ce qu'on peut explorer autour des médicaments etc.

Leurs propositions d'amélioration : plus de temps pour la pratique (60 % des participants ont estimé l'équilibre théorie/pratique satisfaisant, 35 % plutôt satisfaisant et 5% plutôt non satisfaisant), et un 3^{ème} patient partenaire plus adapté (au moment de la formation il ne prenait plus de médicaments).

Les internes des urgences ont été légèrement moins satisfaits que les infirmières et les internes des quartiers : la formation était peut-être un peu moins adaptée à leur contexte.

J'ai interrogé les 6 participants de la matinée toujours présents dans le service 4 mois plus tard (2 infirmières, 3 internes et 1 chef de clinique) concernant l'impact de la formation sur leur pratique. Etant en arrêt de travail à ce moment-là, je n'ai pas pu utiliser le Blob Tree comme prévu, ayant dû les interroger par mail. 3 d'entre eux ont pu prendre le temps de me répondre par téléphone, j'ai donc pu recueillir davantage de verbatims auprès de ces personnes-là.

1. "L'outil Moi et mes médicaments m'a vraiment aidée dans certaines situations. Je repense à ce patient obèse que j'ai suivi à domicile. Jusqu'ici j'avais quelques a priori sur ce genre de patients, je ne me rendais pas compte de leurs difficultés. Grâce à l'outil, j'ai pu élargir ma vision des choses en le questionnant bien au-delà de l'alimentation ou de l'activité physique. Je me suis inspirée de l'outil pour aborder d'autres thèmes et j'ai pu comprendre ce qu'il vivait et ce qui pourrait l'aider à avancer. Je garde toujours l'image de l'outil pas très loin en consultation, pour élargir ma compréhension des patients ». « Tous les mercredis on a des ateliers sur la communication médecin-patient mais pour moi c'est souvent du blabla, une perte de temps. Alors que l'ETP, jamais. Ça m'amène à me questionner sur comment je bosse ».

2. « Une phrase dite dans cette matinée a révolutionné ma pratique au quotidien : c'est quand vous avez cité ce canadien (Vincent Dumez) qui disait que c'est le patient qui décide, que la décision n'est pas partagée. Maintenant je ne suis plus dans un combat avec les patients pour leur faire accepter leurs médicaments, je n'essaye plus de les convaincre. J'apporte les infos, c'est lui qui décide et je l'accepte. J'utilise aussi plus de questions ouvertes du genre « Comment vous vivez cela ? » ou Comment vous faites ? ». Et je n'utilise plus le mot « compliance », mais « adhésion ». Je vous remercie trop pour ce que vous faites. »

3. « Maintenant quand je me sens en difficulté, je repense à l'outil « Moi et mes médicaments » et j'arrive à explorer de façon beaucoup plus large autour des médicaments ». Ça m'aide à prendre du recul, à ne pas me focaliser sur le fait que le patient ne prend pas ses médicaments, mais à comprendre ce qu'il vit ».

4. « L'outil « Moi et mes médicaments » me donne des bonnes idées pour discuter avec le patient de ses médicaments. Merci pour la formation ».

5. « Le partage qu'on a eu avec les patients partenaires m'amène à me questionner davantage sur ma pratique et sur ma posture. Je partage plus en consultation avec mes patients sur leur traitements ».

6. « Maintenant je n'hésite pas à consacrer une consultation entière à l'adhésion, ce que je ne faisais pas avant. Et j'intègre davantage les patients dans les réunions interprofessionnelles.

Par les formatrices (cfr Annexe 35)

Les formatrices se sont montrées toutes les trois satisfaites d'avoir travaillé ensemble en équipe interprofessionnelle, tant pour la construction que pour la réalisation de la formation et l'intégration de patients partenaires dans le projet. Elles souhaitent toutes continuer le projet.

Elles ont estimé que le travail de préparation avait été fluide et de qualité (analyse des besoins rigoureuse, objectifs pertinents, offre de formation en cohérence avec les besoins, contenu basé sur des fondements scientifiques, méthodes pédagogiques actives, variées et adaptées aux apprenants, outils pertinents, patients partenaires bien intégrés dans le projet, évaluations pertinentes). Un petit bémol : la prévision de la durée de l'expérimentation avec les patients partenaires (il aurait fallu y consacrer davantage de temps).

Par rapport à la réalisation de la formation, elles ont regretté le manque de temps pour être confortable dans la présentation et l'expérimentation avec les patients partenaires. Elles ont estimé qu'elles s'étaient plutôt bien adaptées aux différents imprévus (nous n'avons trouvé les deux autres salles nécessaires au travail en petits groupe que juste avant l'expérimentation avec les patients / les internes n'ont pas respecté la répartition aléatoire dans les groupes, tous les internes des urgences se retrouvant ensemble / l'expérimentation avec l'un des patients partenaires s'est révélée être un challenge car il ne prenait plus de médicaments au moment de la formation et s'est montré militant par rapport aux traitements parallèles). Elles ont toutes trois estimé que la formation proposée respectait les différents critères de l'OMS en matière de qualité des formations en ETP.

Nous pouvons aussi souligner la qualité des intervenantes, qui a participé à la qualité de la formation : elles sont toutes expérimentées en pédagogie et spécialisées soit en ETP (un DAS, un futur DAS - 4 pratiquantes de l'ETP) soit en adhésion médicamenteuse (Marie dirige une unité d'adhésion thérapeutique en sciences pharmaceutiques à l'université de Genève).

Elles ont relevé les points suivants à améliorer :

- Les changements de salle pénibles (car assez distanciées, rendant les changements chronophages) malgré ma demande de salles supplémentaires suffisamment longtemps avant la formation.
- Le temps consacré à la pratique (mais temps respecté par rapport à ce qui avait été prévu).
- Le recrutement des patients partenaires (l'un d'eux n'était pas très adapté à la thématique et plutôt militant – il n'était pas l'un de nos propres patients et nous le connaissions peu).
- Le respect de la répartition des internes : un groupe ne contenait que les internes des urgences, il faudra trouver un moyen la prochaine fois pour que la répartition initiale et aléatoire soit respectée.
- La communication sur le côté présentiel ou distanciel : il avait été annoncé que la formation n'aurait lieu qu'en présentiel mais un lien zoom leur a quand même été envoyé par la personne qui s'occupe des aspects pratico-pratiques des formations ; certains participants ont donc suivi la formation par

zoom pour la partie théorique et n'ont pas pu nous rejoindre pour la partie pratique qui se déroulait dans des salles non connectées.

- Le manque de présence de la hiérarchie, malgré notre communication sur la date concernée (chefs de clinique et hiérarchie infirmière) – due à la surcharge de travail.

Par les patients partenaires (cfr Annexe 36)

Les 3 patients ont été très contents de participer à l'aventure, se sont sentis bien préparés, bien accueillis (« C'était superbe », « J'ai beaucoup apprécié le vécu de cette matinée », « Je me suis sentie très bien », « La préparation a été efficace » etc.). Ils ont été touchés par les efforts des médecins pour progresser dans la collaboration, et surpris par leur manque de temps. Ils ont apprécié de découvrir leur réalité.

Ils se sont tous les 3 d'emblée portés volontaires pour la prochaine formation, s'étant sentis utiles en contribuant à améliorer la qualité des soins (« Je suis contente que ce que j'ai fait ait été utile aux soignants » - « Parmi les médecins il y a eu des prises de conscience de notre réalité de patients. » - « Il y a eu de bonnes réflexions de la part des soignants » - « Cette matinée leur permettra de collaborer davantage avec les patients, pour que les consultations soient un échange entre les deux »).

Ils ont fait des propositions d'amélioration : un temps de pratique plus long et des internes qui tourneraient dans les groupes pour découvrir la réalité de plusieurs patients.

Dénominateur commun des différentes évaluations de la matinée consacrée à la collaboration soignant - patients

Les différentes personnes interrogées ont relevé comme principaux points forts de la matinée :

- L'intervention des patients partenaires (avec une importante plus-value par rapport à des patients standardisés)
- Les méthodes pédagogiques (partir du vécu des apprenants avant de s'intéresser au vécu des patients, puis aux résultats de l'enquête et enfin à la littérature, avant de pouvoir expérimenter les nouvelles notions avec des patients partenaires)

Elles ont relevé comme principal point faible le manque de temps pour la pratique.

X. Discussion

Que dire de l'évaluation ?

Comme précisé plus haut, la qualité attendue n'a pas été évaluée car les participants n'attendaient rien de particulier, la formation étant obligatoire. La qualité réalisée s'est montrée légèrement inférieure à la qualité souhaitée en raison du manque de temps principalement, mais la qualité perçue ne s'en est pas ressentie.

Je suis ravie des retours très positifs des différentes formations, que ce soit à chaud ou 4 mois plus tard. Ce que nous avons proposé a modifié la façon de voir les choses de la plupart des soignants à propos de l'adhésion, de la collaboration interpro et/ou du partenariat avec les patients, ce qui était le but. Rappelons que, comme précisé dans les hypothèses de solution, les actions proposées devaient permettre de faciliter la collaboration et la communication autour des médicaments, que ce soit entre les professionnels ou entre les soignants et les patients, de faire en sorte que les soignants soient plus à l'aise pour aborder ce sujet. A peine 4 mois après les différentes formations, certains soignants ont exprimé combien ils vivaient mieux le partenariat médico-infirmier ou soignant-patient : cela m'a vraiment confortée dans l'idée que tout ce travail a été utile, à défaut de pouvoir l'entendre directement de la bouche de patients qui auraient connu ces soignants avant et après la formation.

Ces résultats nous encouragent à poursuivre le projet de collaboration entre soignants et à proposer de nouvelles formations autour de l'adhésion médicamenteuse et du partenariat patient, toujours à l'aide de patients partenaires. Je détaillerai cela dans les perspectives.

Ce projet de DAS comporte à mes yeux trois points forts : le degré de collaboration interprofessionnelle, l'inclusion de patients partenaires et la création d'outils pour aider les soignants à progresser au-delà du temps de formation.

Concernant la collaboration interprofessionnelle, le fait que 3 professions aient été réunies pour la préparation et la réalisation du projet a constitué une réelle plus-value. L'intégration d'une pharmacienne « étrangère » au SMPR nous a apporté une aide précieuse, plus objective, plus distanciée que ce que nous aurions fait sans elle. Entre médecins et infirmières nous avons mieux compris le rôle de chacun, ses atouts et ses difficultés, ce qui a changé notre regard sur nous-mêmes et sur les autres et nous motive aujourd'hui à travailler davantage ensemble. Pour preuve, le dynamisme des infirmières pour améliorer cette collaboration interprofessionnelle (alors qu'au départ, elles souhaitaient surtout partager leur charge mentale et pousser les médecins à être plus proactifs), et l'augmentation de la proactivité des médecins (ils commencent à demander des consultations interprofessionnelles, ce qui n'était jamais arrivé auparavant).

L'inclusion des patients partenaires était une première au SMPR, et une première que nous pouvons qualifier de réussie, puisque tous les protagonistes (formatrices, participants, patients partenaires) ont été très satisfaits de l'expérience et souhaitent la réitérer. Que d'évolution sur mes 30 ans de carrière ! A l'époque, les soignants travaillaient selon une éthique de protection, pas d'autonomie : ils pensaient savoir mieux que les patients ce qui était bon pour eux. Peu à peu, les mentalités ont évolué. Couturier et Belzile (2018) [66] le décrivent très bien : les usagers ont commencé peu à peu à être entendus par les intervenants (demandes, besoins, préférences), puis aidés dans l'expression de leurs demandes, besoins et préférences, ensuite leur point de vue a été pris en considération dans les décisions découlant de l'évaluation de la situation clinique, ils ont été impliqués dans le processus de décision, pour enfin partager le pouvoir dans un

processus de décision véritablement partenarial, avec « la reconnaissance forte et explicite de l'interdépendance d'une double expertise. L'intervenant reconnaît l'usager comme un porteur de connaissances, de capacités et de pouvoir, sans se soustraire à ses responsabilités et obligations professionnelles ». C'est du moins la théorie, ce vers quoi nous tendons au quotidien. L'idée n'est plus de choisir entre les deux éthiques précitées mais de chercher un équilibre grâce au partenariat.

Pour qu'ils puissent intervenir dans la formation, nous avons choisi des patients partenaires sur base de certaines compétences, en dehors de nos critères de bases (à savoir être francophones, ne pas toujours prendre les médicaments prescrits et être disponibles et fiables) : celle de communiquer facilement, même face à un groupe, celle d'être réflexifs et de transmettre le fruit de leur réflexion (cela a été plus difficile pour l'une d'entre eux), celle d'être à l'écoute, et celle de faire preuve d'altruisme (mettre leur expérience au service de l'apprentissage des soignants et de l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital, donner de leur temps, aller au-delà de leur intérêt personnel, se montrer bienveillant). Nous avons tous été particulièrement impressionnés par la patiente qui a raconté son expérience en grand groupe : elle a parlé simplement, à cœur ouvert, de façon précise et concise. Elle a osé dire des choses pas faciles, comme sa méfiance à l'égard des médecins qui ne connaissaient pas bien son dossier ou les conséquences des consultations où les médecins tentaient de lui imposer un médicament (retards aux RDV suivants et non-adhésion médicamenteuse). Elle a ensuite répondu en toute honnêteté aux questions des participants, se connectant à sa réalité et à son vécu en toute transparence. Un véritable cadeau. Inversement, dans la semaine qui a suivi son défraiemement, elle est venue me montrer la bague qu'elle s'était achetée pour ne jamais oublier cette belle aventure vécue avec nous ...

La plus-value de cette expérience est aussi le fait que les apprentissages ont été réciproques : les soignants ont appris des patients et inversement. Les patients ont pu élargir leur compréhension de leur vécu grâce aux questions des soignants. Ils ont développé une nouvelle compétence : celle de réaliser un feed-back constructif. Et ils ont été surpris d'apprendre que les médecins étaient très limités par le temps : ils pensaient qu'ils pouvaient prendre autant de temps qu'ils voulaient, ce qui les poussait à leur reprocher de ne pas en prendre suffisamment avec eux.

Concernant le 3^{ème} point fort de ce projet de DAS, à savoir la création d'outils, les trois principaux d'entre eux permettront aux participants d'appliquer dans leurs consultations ce qu'ils ont pu apprendre en formation.

L'« Auto-évaluation de ma posture éducative » permettra aux soignants de continuer à s'interroger sur leur posture en consultation, comme ils l'ont fait dans le cadre de l'atelier en petits groupes lors de la matinée consacrée à l'adhésion : en découvrant les critères de la posture éducative, les participants ont pu exprimer qu'ils n'avaient pas toujours la bonne posture, oubliant de prendre l'entourage en compte, de travailler en équipe interdisciplinaire, ou n'acceptant pas la décision momentanée du patient de ne rien changer. Ils ont rempli la feuille en pensant à leurs dernières consultations et ont formulé un objectif d'amélioration de leur posture.

L'outil « Moi et mes médicaments » servira de référence pour dépasser la traditionnelle question « Vous prenez bien vos médicaments ? » et s'intéresser au vécu, aux représentations et au contexte de vie du patient. Des participants m'ont dit qu'ils n'auraient jamais pensé que l'on pouvait poser autant de questions autour des médicaments. L'évaluation succincte à 4 mois a montré que cet outil avait déjà changé les

pratiques de certains, au-delà de mes espérances : je n'imaginais pas que des participants l'utiliseraient au-delà du sujet des médicaments, je n'y avais d'ailleurs pas songé moi-même.

L'outil « Rapport d'entretien infirmier sur la relation du patient avec ses traitements » facilitera la communication des infirmières avec les médecins et mettra en lumière ce qu'elles font dans leurs consultations.

Me vient l'idée à la fin de ce travail de prendre le problème dans l'autre sens : comment font les patients qui suivent correctement leur prescription ? Mes recherches m'ont montré que j'avais encore un train de retard puisque Jacquemet (2000) [72] s'est posé la même question il y a 20 ans : pour les patients qui font tout bien, « quel est le prix à payer ? Comment surmontent-ils les difficultés incontournables de la gestion d'un traitement chronique ? Quelles sont les compétences nécessaires pour cette réussite ? Autant de questions qui permettraient d'envisager un transfert éducatif vers ceux qui présentent légitimement plus de problèmes ». Effectivement, on sait que l'apprentissage par les pairs est souvent plus efficace que par les soignants. Peut-être pourrions-nous imaginer des rencontres de patients pour parler médicaments ? Dans notre service les séances de groupe sont difficilement organisables (cfr différences de langue, patients qui annulent régulièrement leurs RDV car travaillent sur appel, patients qui ne souhaitent pas que leur maladie soit connue de leur communauté etc.), mais l'on pourrait déjà les imaginer ne fût-ce qu'en binômes de patients.

Kamal, Nulty, Bugnon, Cavassini et Schneider (2018) [87] ont analysé les verbatims de 8428 entretiens de pharmaciens avec 522 patients à Lausanne pour identifier les facteurs associés à une bonne ou mauvaise adhésion médicamenteuse. Ils ont ainsi pu mettre en évidence que la bonne adhésion était favorisée par un feed-back positif des soignants (encouragements, valorisations, définition d'un objectif à long terme), une prise régulière associée à une routine (comme le lever ou le coucher), un bon soutien social (famille ou amis, personnes avec qui les patients peuvent parler de leur maladie et de leur traitement), une meilleure qualité de vie (disparition des effets secondaires, bonne tolérance, bon moral, diminution de la fatigue, bonne santé, amélioration de la situation sociale) et une bonne gestion du traitement (bonne organisation, savoir comment rattraper une dose oubliée, bonne information sur le traitement, aide d'un pilulier électronique, utilisation d'une alarme, couplage avec les repas). Parallèlement, Kvarnstrom, Airaksinen et Liira (2017) [88] ont montré à travers leur étude qualitative basée sur des entretiens de médecins avec des patients en Finlande que ceux-ci pointent comme aide à la prise médicamenteuse les objectifs de santé réalisables, une meilleure connaissance de la maladie, la participation à des groupes de pairs, les pratiques interprofessionnelles (notamment la réconciliation médicamenteuse), la stabilité du médecin (le fait que ce soit toujours le même) et la combinaison de médicaments pour réduire le nombre de comprimés à avaler.

Que dire de mon propre processus d'apprentissage dans mon rôle de coordinatrice de projets ETP ?

Je me suis sentie légitime dans ce rôle, ce qui m'a aidée à l'assumer. De par ma fonction de « simple » infirmière, je n'avais jamais mené de projets d'envergure auparavant. J'espère avoir démontré grâce à ce DAS que, quelle que soit sa fonction, chaque collaborateur peut initier et coordonner un projet s'il s'inscrit dans les valeurs institutionnelles de l'hôpital, à savoir, pour les HUG, la qualité, l'innovation, le service et la responsabilité. A l'aube de ce projet, je me sentais co-responsable des difficultés d'adhésion médicamenteuse de nos patients, et co-responsable de nos difficultés de collaboration médico-infirmière par rapport à cela. Je suis fière aujourd'hui d'avoir apporté une petite pierre à l'édifice de l'amélioration de ces deux facettes de la collaboration.

J'ai expérimenté un nouveau rôle pour ce DAS : celui d'accompagnatrice. En effet j'ai vraiment le sentiment d'avoir accompagné l'équipe sur le chemin d'une meilleure collaboration interprofessionnelle et d'une meilleure collaboration soignant-patient, d'avoir été une « passeuse » en tant que facilitatrice d'un état à un autre sans qu'il y ait eu de rupture entre les deux. Le but de l'accompagnement est, selon Maela (2009) [89], de « fournir à l'autre l'occasion de développer de nouvelles ressources qui l'aident à progresser et à procéder de manière autonome à d'autres changements (...). Ce n'est pas décider pour l'autre, c'est proposer, faire émerger les ressources de l'autre personne, ce qui n'est pas immédiatement visible, ce qui est dans l'ombre ». Accompagner, dit encore Vial (2007) [90], « c'est faire en sorte que l'autre chemine à sa façon. L'objet de l'accompagnement est le projet de l'autre ». Ici ce n'était pas *leur* projet, mais *notre* projet : tous les protagonistes étaient désireux d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et la collaboration soignant-patient. Et je pense pouvoir dire, en me basant sur les évaluations, que tout le monde a « appris », du moins si l'on considère qu'apprendre c'est accepter de perdre une manière de penser et acquérir de nouveaux savoirs théoriques, procéduraux, expérientiels. Accompagner vient des mots latins *ad* (rapprochement, proximité), *cum* (avec) et *panis* (le pain), induisant l'idée de partager quelque chose d'essentiel (« celui qui mange le pain avec »). J'ai eu le sentiment de partager leur chemin, et d'apprendre tout autant qu'eux. Confucius disait : « Le sage est celui qui d'abord met ses paroles en pratique, et ensuite parle conformément à ses actions ». Je ne suis pas la « sage » qui collaborait déjà parfaitement avec les patients et les médecins avant de réaliser les formations, je suis celle qui a fait un bout de chemin avec eux mais qui a encore tant à apprendre. Je ne dirais pas comme Socrate « Je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien », mais plus j'avance sur le sujet de l'adhésion médicamenteuse, plus je prends conscience du chemin restant à parcourir !

Ce DAS m'a permis de mieux comprendre mon profil de personnalité et de l'exprimer davantage. J'ai ainsi découvert que j'avais en moi les quatre « couleurs » de personnalité [91], mais que, contrairement à ma vie privée, je n'en dévoilais que deux dans ma vie professionnelle, la verte (soignante) et la bleue (enseignante). Ma fonction de coordinatrice de projet m'a aidée à exprimer les deux autres couleurs, la jaune (créativité) et la rouge (leadership), ce qui m'a fait sortir de ma zone de confort. Orienter, diriger et déléguer me semblent désormais plus faciles et les projets à venir devraient stimuler encore davantage l'expression de mes deux autres couleurs.

Ce qui m'amène à dire que ce DAS a fait évoluer mon identité professionnelle : je me sens maintenant tout à fait légitime pour participer à d'autres projets en ETP (notamment dans la coordination de la cellule ETP du SMPR et dans le comité d'ETP de l'hôpital où j'ai récemment été nommée). J'ai aujourd'hui le sentiment de faire partie des professionnels de santé spécialisés en ETP, ce qui n'était pas le cas quand je n'avais que mon CAS.

Le DAS m'a invitée à réduire mes œillères : j'ai appris à élargir ma vision des choses, à accéder à une vue d'ensemble « médecin, infirmière, patient » sur le sujet de l'adhésion médicamenteuse, à ne pas regarder la réalité au travers d'un seul prisme (compétence que je pensais à tort déjà acquise). J'espère pouvoir transposer cet apprentissage dans d'autres domaines en remettant systématiquement en question la présence de mes œillères, si petites soient-elles. Je n'imaginerai plus aujourd'hui travailler sans patients partenaires, tellement ils nous ont aidés à nous remettre en question, élément capital pour nous permettre d'améliorer la qualité de nos soins.

J'ai appris à davantage m'adapter au rythme des autres : de nature plutôt rapide, j'ai dû faire preuve de patience plus d'une fois, et cela m'a appris à rester zen, à être plus confortable avec le rythme plus lent d'autres personnes.

Je fais davantage confiance aux autres quand je leur délègue quelque chose : de nature perfectionniste, déléguer n'a jamais été mon fort. Or j'ai été tellement surprise des bénéfices et de la qualité des apports de mon équipe projet et de mes collègues infirmières et médecins que cela m'est beaucoup plus facile aujourd'hui. Je peux dire que j'ai, cette année plus que toutes les autres, vraiment savouré les moments de co-construction : j'ai dépassé mes expériences plutôt négatives de collaboration du temps où j'étais étudiante, jeune professionnelle et « jeune » formatrice en entretien motivationnel. Que du bonheur.

Je pense avoir progressé en matière de communication et de collaboration : j'ai appris à me méfier des mails pouvant induire des quiproquos, à exprimer davantage mes besoins et à mieux tenir compte de ceux des autres. Parallèlement, j'ai retenu et pratiqué cette phrase entendue au DAS : « la communication autour de d'un projet c'est comme l'arrosage des plantes, il faut communiquer régulièrement de façon concise plutôt que d'inonder l'équipe en une seule fois ». J'ai eu l'occasion également de m'exposer auprès de certaines personnes afin de leur donner des clés de compréhension de mon fonctionnement parfois atypique : cette expérience positive est aujourd'hui un atout précieux pour mes futures relations sociales. Les retours que j'ai pu avoir m'ont appris à rester attentive à l'impact de mon perfectionnisme : j'apprends tout doucement à le minimiser pour ne pas « saouler » les gens ... il y a encore du pain sur la planche.

Je suis vraiment confortable aujourd'hui avec le fait de demander de l'aide : ce projet m'a amenée à demander de « petites aides » à de nombreuses personnes, afin d'éviter de trop les déranger en demandant tout aux mêmes personnes. Une question, un point de vue, un éclaircissement : visant toujours la personne spécialiste dans le domaine, leur aide a été vraiment efficace et la moins chronophage possible pour eux. Je mesure aujourd'hui l'importance capitale de bien savoir s'entourer pour mener à bien un projet.

Ce DAS m'a permis d'élargir mon réseau : mon projet m'a amenée à rencontrer énormément de monde, j'ai aujourd'hui un réseau plus vaste qui me lance sur d'autres projets de co-construction vraiment intéressants.

La nécessité m'a amenée à améliorer ma débrouillardise en informatique : désireuse de moins solliciter les plus jeunes (et derrière cela de ne plus vouloir être perçue comme « has been »), je n'attends plus qu'on me présente les choses toutes cuites, je suis devenue proactive dans mes apprentissages informatiques. J'ai ainsi énormément progressé dans l'utilisation de Word, PowerPoint, Outlook et Zoom, sans parler de mes découvertes (E-draw, DeepL.com ...).

J'ai amélioré mes capacités d'adaptation : confrontée à pas mal d'imprévus (salle de réunion réservée mais non disponible le jour venu, participants arrivant avec 30 min de retard, co-animateuse absente car retenue par une autre activité, patiente partenaire se désistant le jour du début de la préparation, dysfonctionnements informatiques etc.), je m'en suis toujours sortie sans stress ou à peu près, ce qui n'était pas mon point fort auparavant.

Curieusement, j'ai appris à encore mieux m'organiser : c'était plutôt un point fort au départ, mais je constate que j'ai encore progressé dans ce domaine de par les erreurs que j'ai pu commettre ou le manque de temps qu'a engendré ce DAS.

Le fait de lister le nombre de mes apprentissages en une année m'apporte la preuve que nous sommes, à tout âge, capables de bien des améliorations.

XI. Perspectives

Quand j'ai commencé ce DAS, il me tenait à cœur de monter un projet qui dépasse le cadre de ces 18 mois de formation. Je crois que c'est chose faite, de par le choix du sujet qui ne sera jamais épuisé, et de par la belle énergie née de ce projet, tant chez moi que chez mes collègues et ma hiérarchie. Voici un aperçu des nouveautés qui vont être mises en place dans les prochains mois, certaines étant déjà agendées :

La suite de l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle :

- Les internes ont commencé à venir observer nos consultations, d'une part pour nous permettre de mieux nous connaître, d'autre part pour mieux réaliser ce que nous faisons. Nous leur avons déjà présenté nos activités de manière détaillée sur 2 x 1h (contre 2 x 15 min auparavant).
- Les rencontres avec les infirmières de la CAMSCO et du PSM ont été planifiées afin de mieux nous connaître et de clarifier nos missions étant donné que nous partageons notre patientèle.
- Un colloque de 3h a été planifié avec les médecins adjoints pour discuter des projets en cours et pour clarifier certaines missions.
- Un cahier virtuel a été mis en place sur intranet pour pouvoir mieux suivre les projets en cours.
- Deux RIP destinées à présenter les consultations interprofessionnelles ont déjà été programmées.
- Une séance de 90 minutes a été réservée avec les infirmières pour faire le point sur tous les nouveaux outils proposés.
- Une évaluation de la situation sera faite tous les 6 mois par les infirmières pour assurer la pérennité du projet.

La suite de l'amélioration de la collaboration soignant-patient :

- Nous avons déjà obtenu l'accord pour reconduire tous les 2 ans la matinée de formation sur la collaboration soignant/patient autour des médicaments. Nous aimerais l'organiser plus tôt dans l'année (en mai-juin) pour que nos internes aient du temps pour intégrer leurs apprentissages dans leur pratique. Nous souhaitons la faire évoluer pour permettre aux participants toujours présents dans le service (quelques internes et toutes les infirmières) de faire de nouvelles découvertes :
 - Laisser davantage de place à la pratique (1h de théorie, 3h de pratique)
 - Réaliser un tournus des patients partenaires pour profiter des spécificités de chacun (ex : Rousselle pour la posture, Murielle pour l'outil « Moi et mes médicaments », Michel pour l'introduction d'un nouveau médicament ?)
 - Recruter d'autres patients partenaires (2 ou 3 supplémentaires) afin que les soignants qui ont déjà suivi la formation puissent découvrir d'autres réalités. Intégrer les chefs de clinique dans la recherche de ces patients.
 - Partir de situations interprofessionnelles qui font sens pour tous les internes, même ceux des urgences.
 - Intégrer des pharmaciens de ville afin de mieux accompagner le patient dans la prise de son traitement.
- Nous allons intégrer la pharmacienne de l'équipe projet dans des RIP consacrées à l'adhésion médicamenteuse 2x/an, l'idée étant de dépasser l'apprentissage massé bisannuel pour le dispenser

par petites touches tout au long de l'année. La 1ère RIP aura lieu fin mars et intégrera des pharmaciens de ville afin de pouvoir réfléchir ensemble aux rôles et attentes de chaque profession.

- Les outils créés ont été mis sur intranet avec leur fiche technique pour être accessibles à tous les soignants du SMPR. Nous projetons d'y mettre aussi d'autres documents concernant l'adhésion.
- La consultation d'adhésion des infirmières est à travailler : les médecins nous envoient déjà des patients qui rencontrent des difficultés pour suivre leur traitement mais cette consultation n'est pas encore formalisée.
- Je caresse l'espoir qu'ait lieu le « phénomène de la tache d'huile » : Aufseesser-Stein et al. (1992) [92] affirment « qu'une expérience pédagogique conduite dans un milieu médical exerce son influence même sur ceux qui n'y ont pas participé – et même en l'occurrence, sur des internes qui n'étaient pas dans ce service lorsque a été conduite l'expérience en question ». Il est ainsi probable que nos premiers efforts pour améliorer la collaboration soignant-patient aient reçu un certain écho dans l'esprit des cadres du service et dans les propos tenus lors des colloques.

Et encore ...

- Nous envisageons d'écrire un article en équipe projet sur ce qui a été réalisé et/ou sur l'intégration des pharmaciens dans le travail sur la collaboration interprofessionnelle (deux d'entre nous ont déjà l'expérience d'écriture d'articles).
- Le plan stratégique des HUG pour ces 5 années intitulé « vision 20 + 5 » a notamment pour objectif de développer la collaboration pour la prise en charge des patients en intégrant les proches aidants, les patient référents et les bénévoles : une occasion de prendre le train en marche au SMPR en imaginant d'intégrer des patients partenaires dans d'autres projets et de proposer des consultations dédiées aux proches-aidants ?
- Comme stipulé plus haut, l'idée germe de proposer des consultations autour des médicaments avec plusieurs patients, ce qui permettrait des échanges et apprentissages entre pairs.
- Les entretiens réalisés avec les soignants et les patients ont fait verbaliser beaucoup d'émotions ... et en revenant du congrès annuel de la SETE (Société d'Education Thérapeutique Européenne) consacrée à la place des émotions au cœur de l'ETP, je me dis que nous pourrions nous atteler à faire plus de place aux émotions dans nos consultations, notamment quand nous abordons le sujet des médicaments. A noter que les émotions positives partagées entre soignants et patients ou entre soignants favorisent, selon Golay, Lagger et Giordan (2016) [40], l'intégration des apprentissages.
- Maintenant rêvons un peu : il existe une formation à Montréal en « Education à la collaboration interprofessionnelle » visant à enseigner des compétences de la pratique collaborative en sciences de la santé et en sciences psychosociales en partenariat avec le patient. Si mon contexte familial me le permettait, je demanderais à la suivre : ce serait tellement intéressant et utile pour le service !
- Rêvons encore : j'adorerais aussi être observatrice à l'Université des Patients à Paris ! Surtout à la formation de patients à devenir formateurs occasionnels dans les formations de soignants.
- Comme promis lors de mon enquête en dehors du SMPR, je vais partager ce mémoire avec une dizaine de personnes qui me l'ont demandé. Je leur demanderai un retour, et, qui sait, cela permettra peut-être de créer des partenariats avec d'autres services ou structures ou d'initier des changements dans nos différents contextes de travail.
- D'autres idées naîtront certainement, l'une entraînant une autre, et il ne tient qu'à nous de les concrétiser ! Car, comme disait Antoine de Saint Exupéry : « pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible ».

XII. Conclusion

Des centaines d'heures de travail, 11 réunions en équipe projet, 4 communications à l'équipe infirmière et 21 heures de formation plus tard ... j'ai l'impression d'avoir fait « **deux DAS pour le prix d'un** », ayant voulu œuvrer tant pour la collaboration interprofessionnelle que pour la collaboration soignant-patient. Ah quand on ne peut pas faire les choses à moitié, on les fait plutôt en double ! Mais je ne me voyais pas traiter un sujet sans l'autre : comme le sous-entend le titre de ce mémoire, il s'agissait d'améliorer la collaboration d'équipe, et l'équipe, par définition, inclut autant le patient, considéré aujourd'hui comme un acteur de soins, que les professionnels. Du temps, du stress, des sacrifices ... mais aussi énormément de plaisir, de découvertes, de créativité et de fierté d'avoir été promotrice de changement dans mon service.

Voilà plus de 10 ans que j'attendais ce DAS en ETP... changer de service en moyenne tous les 2 ou 3 ans comme je l'avais fait avant d'intégrer mon service actuel s'est avéré très formateur mais peu propice à l'obtention de formations longues, les collègues plus anciennes étant toujours prioritaires. Cette attente, qui m'a parue interminable, a finalement constitué un avantage : j'ai pu réaliser ce DAS avec davantage d'expérience en ETP, avec une expérience de formations (m'étant entre-temps formée sur mon temps personnel à la fonction de formatrice en entretien motivationnel), avec une aisance à parler en public, avec un recul de 8 ans dans le même service, et avec une dose supplémentaire non négligeable de confiance en moi et d'expérience de vie. Cela m'a permis de « profiter » davantage des différents apprentissages et de me lancer dans une offre de formation qui ne me serait même pas venue à l'idée avec le peu d'expérience que j'avais à l'époque.

En regardant derrière moi, je me dis que, malgré le Covid, j'ai pu mener ce projet dans un **contexte très favorable** grâce à l'intérêt de tous pour le sujet choisi, grâce au soutien de mes collègues infirmières et médecins et de ma hiérarchie, grâce aux compétences en ETP de mes collègues et de quelques médecins (nous ne sommes pas partis de « zéro ») et grâce à une culture d'interprofessionnalité construite dans le service depuis plusieurs années : l'esprit du SMPR est à la collaboration horizontale médecin-infirmière, ce que j'ai rarement vu dans les nombreux services que j'ai pu intégrer.

Ce qui m'a particulièrement fait vibrer dans ce projet ? Le plaisir de la co-construction en équipe interprofessionnelle, bien sûr, mais aussi cette formidable expérience avec les patients : c'est la relation avec eux, ce partenariat toujours réinventé qui rend mon travail passionnant et tellement peu routinier. Certains me demandent pour quelle raison, à ce stade de ma carrière, je ne me dirige pas vers l'encadrement d'une équipe ou la formation des professionnels à plein temps : tout simplement parce que je me priverais alors de cette relation quotidienne avec les patients, essence même de mon métier depuis plus de 30 ans. Ils m'offrent de telles richesses (le partage de leur vécu, de leurs émotions, de leurs forces et de leurs fragilités, de leurs découvertes et de leurs doutes, ainsi que leur confiance et leur reconnaissance) que je ne m'imagine pas m'en écarter.

Et maintenant ? La remise de ce mémoire, s'il constitue un aboutissement en soi, est aussi une opportunité pour faire évoluer ce projet et en monter d'autres, que ce soit dans mon service ou dans le cadre de la cellule ETP de mon département.

Encore merci à toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à ce projet et/ou m'ont soutenue tout au long de ce DAS.

XIII. Bibliographie

- [1] WORLD HEALTH ORGANIZATION, «Adherence to long-term therapies - Evidence for action,» Geneva, 2003.
- [2] A. SCHEEN, «A propos de l'inertie et de la non-observance thérapeutiques,» *Revue médicale suisse*, n° %16, pp. 1571-1572, 2010.
- [3] A. LACOIX et ASSAL J.-P., L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique, Genève: Maloine, 2ème édition, 2003.
- [4] O. BRAILLARD, *Intégrer l'ETP à la médecine de premier recours : le microprojet en consultation pour le développement de compétences transversales chez le patient multimorbid*, Travail de validation du DAS en ETP, Hôpitaux Universitaires de Genève, 2016.
- [5] D. LAZZARO, *Du visuel pour soigner les mots*, Travail de validation du CAS en Santé et Diversité, Hôpitaux Universitaires de Genève, 2019.
- [6] OMS, 2008. [En ligne]. Available: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/.
- [7] E. SABATE, «Adherence to long-term therapies - Evidence for action,» Geneva, World Health Organization, 2003.
- [8] A. GOLAY, M. NGUYEN, S. HOWLES et al., «Améliorer l'observance médicamenteuse,» *Revue Médicale Suisse*, p. 520, 2004.
- [9] N. COL, J. FANALE et P. KRONHOLM, «The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly,» *Arch Intern Med*, vol. 150, pp. 841-5, 1990.
- [10] C. LEMORTON, «Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments,» Assemblée nationale, Paris, 2008.
- [11] L. OSTERBERG et T. BLASCHKE, «Adhérence to medication,» *N Engl J Med*, n° %1353, pp. 487-97, 2005.
- [12] Y. BENOIST, «Vivre dans la rue et se soigner .,» *Cairn info*, vol. 26, pp. 5-34, mars 2008.
- [13] L. ACHTARI JEANNERET, M.-P. SCHNEIDER, S. TROXLER, O. BUGNON et F. LUCHTI, «Adhésion thérapeutique aux traitements oncologiques oraux et prise en charge interdisciplinaire,» *Revue Médicale Suisse*, n° %17, pp. 1154-60, 2011.

- [14] A. MORICHAUD, L'éducation thérapeutique du patient : du diagnostic éducatif au projet personnalisé partagé, FCM collection. Presse universitaire de Provence, 2014.
- [15] M. ROSENSTOCK, V. STRETCHER et M. BECKER, «Social Learning Theory and the Health Belief Model,» 1988. [En ligne].
- [16] E. SAVARY et J.-P. MARTIN, Formateur d'adultes : se professionnaliser, exercer au quotidien, chronique sociale collection pédagogie, 2001.
- [17] A. GIORDAN, Apprendre ! On apprend au travers de ce qu'on est, Débats Belin, 1998, pp. 85-93, chapitre 6.
- [18] WORLD HEALTH ORGANISATION, «Therapeutic Patient Education- Continuing Education Programs for Health Care Provides in the field of Chronic Disease,» 1996.
- [19] R. GAGNAYRE et P. PAUL, «Le rôle de l'art dans les éducations en santé,» L'Harmattan, Paris, 2008.
- [20] B. ALLENET, M. BAUDRANT, A. LEHMANN, A. GAUCHET, M. ROUSTIT, P. BEDOUCH et A. GOLAY, «Comment évaluer l'adhésion médicamenteuse ? Le point sur les méthodes,» *Annales pharmaceutiques françaises*, vol. 71, pp. 135-141, 2013.
- [21] J.-F. D'IVERNOIS et R. GAGNAYRE, «Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique,» *ADSP*, n° %136, pp. 11-13, septembre 2001.
- [22] J.-F. D'IVERNOIS et R. GAGNAYRE, «Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition,» *Educ Ther Patient*, n° %13(2), pp. S201-205, 2011.
- [23] R. GAGNAYRE, C. MARCHAND, C. PINOSA, M.-F. BRUN, D. BILLOT et J. IGUENANE, «Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient,» *Pédagogie Médicale*, pp. 31-42, juillet 2006.
- [24] P. BARRIER, «L'autonormativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique,» *ALTER, European Journal of Disability Research*, pp. 271-291, 2008.
- [25] A. DECCACHE, *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale*, Bruxelles: Ecole de santé publique, unité d'éducation pour la santé Réso, 1994.
- [26] R. HAYNES, D. TAYLOR et D. SACKETT, *Compliance in Health Care*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979, pp. 1-15.
- [27] A. MOREAU et P. QUENEAU, «La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse.,» *La revue du praticien*, vol. 55, pp. 899-902, 2005.

- [28] C. TOURETTE-TURGIS et M. REBILLON, Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA, De la théorie à la pratique, Comment dire, 2002.
- [29] P. PRICE, «Education, psychology and "compliance",» *Diabetes Metab Res Rev*, n° %124, pp. 101-105, 2008.
- [30] M. BAUDRANT, «Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien,» 2010. [En ligne].
- [31] A. DECCACHE, «Aider le patient à apprendre sa santé et sa maladie : ce que nous apprennent l'évolution de l'éducation thérapeutique et ses développements psychosociaux,» *Médecine et Hygiène*, n° %12484, 26 mai 2004.
- [32] L. FLORA, P. KARASIVAN, V. DUMEZ et M.-P. POMEY, «La vision "patient partenaire" et ses implications : le modèle de Montréal,» *La revue du praticien*, n° %166, pp. 171-175, avril 2016.
- [33] L. GORDIS, Methodological issues in the measurement of patient compliance, Baltimore: John Hopkins University Press, 1976.
- [34] D. BANGSBERG, F. HECHT, E. CHARLEBOIS et al., «Adherence to proteal inhibitors, HIV viral load, and development of drug resistance in an indigent population,» *AIDS*, vol. 14, pp. 357-66, 2000.
- [35] L. RAMPHAL-NALEY, S. KIRKHORN, W. LOHMAN et D. ZELTERMAN, «Tuberculosis in physicians : compliance with surveillance and treatment,» *Am J Infect Control*, pp. 223-225, 1996.
- [36] D. SIMON, P.-Y. TRAYNARD, F. BOURDILLON, R. GAGNAYRE et A. GRIMALDI, Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques, Elsevier Masson SAS, 3ème édition, 2013.
- [37] X. DE LA TRIBONNIERE, Pratiquer l'éducation thérapeutique; L'équipe et les patients, Elsevier Masson, 2016.
- [38] M.-T. BROWN, J. BUSSEL, S. DUTTA, K. DAVIS, S. STRONG, S. MATHEW et al., «Adhérence aux médicaments : Vérité et conséquences,» *Revue américaine des sciences médicales*, vol. 351, avril 2016.
- [39] S. MUNRO, S. LEWIN, T. SWART et J. VOLMINK, «A revue of healthbehaviour theories : How useful are these for developing interventions to promote longterm medication adherence fot TB and HIV/AIDS ?,» *BMC Public Health*, vol. 7, p. 104, 2007.
- [40] A. GOLAY, G. LAGGER et A. GIORDAN, Comment motiver le patient à changer ?, Paris: Maloine, 2016 (5ème tirage).

- [41] M. BECKER, The Health Believe Model and personal health behaviour, Thorofare, New Jersey: C.B.Slack, 1974.
- [42] J. PROCHASKA et C. DICLEMENTE, «Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model of change,» *Psychotherapy Theory Research and Practice*, vol. 19, 1982.
- [43] A. LACROIX et J. ASSAL, L'Education thérapeutique des patients, Paris: Maloine, 3ème édition, 2011.
- [44] M. CHAMBOULEYRON, C. JOLY, A. LASSEURRE-MOUTET, L. LATAILLADE, G. LAGGER et A. GOLAY, «Construire un programme d'ETP en lien avec la réalité des patients : un exemple dans le diabète de type 2,» *Diabète et Obésité*, vol. 7, n° %159, mai 2012.
- [45] P. KRUEGER et al., «Adhérence aux médicaments et persistance : un examen complet,» *Adv Ther*, vol. 22 (4), pp. 648-54, 2005.
- [46] M. BURNIER, V. SANTSCHI, V. FAVRAT et H. BRUNNER, «Monitoring compliance inresistant hypertension : an important step in patient management,» *Journal of Hypertension*, vol. 21 suppl 2, pp. S37-S42, 2003.
- [47] K. LAPANE et al., «Perceptions erronées des patients contre les fournisseurs concernant les questions de communication liées aux médicaments,» *Am J Manag Care*, vol. 13, pp. 63-8, 2007.
- [48] P. MACREZ, «Infirmiers.com., Favoriser l'observance thérapeutique,» juillet 2010. [En ligne].
- [49] A. SCHEEN et D. GIET, «Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions,» *Revue médicale de Liège*, vol. 65, pp. 239-245, 2010.
- [50] A. GONZALEZ, A. PECHERE-BERTSCHI, M. BURNIER et M.-P. SCHNEIDER, «Adhésion thérapeutique : le maillon manquant du contrôle tensionnel,» *Revue Médicale Suisse*, n° %115, pp. 1608-13, 2019.
- [51] W. MILLER et S. ROLLNICK, L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement, Intereditions, 2019 (3ème édition).
- [52] M. SCHNEIDER, L. HERZIG, D. HUGENTOBLER HAMPAI et O. BUGNON, «Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire,» *Revue Médicale Suisse*, n° %19, pp. 1032-6, 2013.
- [53] L. FLORA, Du patient « passif » au patient expert in Santé mentale, guérison et rétablissement, J. Libbey, Éd., Eurotext, 2015, pp. 109-119, chapitre 11.
- [54] J. DEWEY, Le public et ses problèmes, Paris: Gallimard, 2005, p. 91.

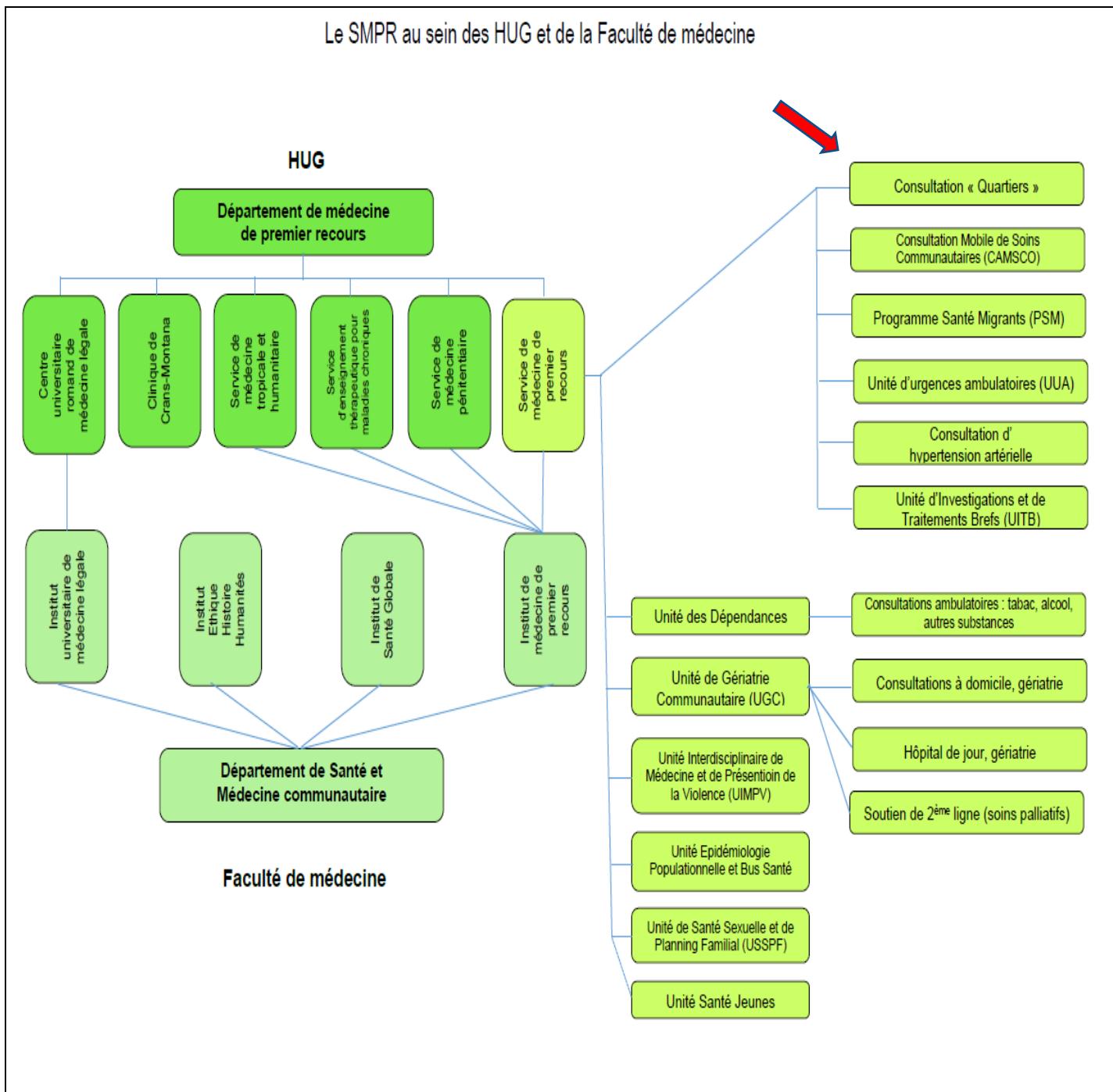
- [55] O. GROSS et R. GAGNAYRE, «Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale,» *Cairn info*, n° %1201, pp. 71-82, avril 2017.
- [56] E. GARDIEN, «Qu'apportent les savoirs expérimentuels à la recherche en sciences humaines et sociales ?,» *Cairn info*, n° %120, pp. 31-44, avril 2017.
- [57] E. GARDIEN, «Les savoirs expérimentuels : entre objectivité des faits, subjectivité de l'expérience et pertinence validée par les pairs,» *Cairn info*, n° %125-26, pp. 95-112, janvier 2019.
- [58] V. PLENNEVAUX, «Partenariat Patient autour de la Qualité,» chez *Journée Qualité du 14 mars 2017*, Hôpital Erasme, Bruxelles, 2017.
- [59] V. DUMEZ, La perspective du patient partenaire : une nécessité pour le futur en éducation des sciences de la santé in Florence Parent et al., *Penser la formation des professionnels de la santé*, De Boeck Supérieur, 2013, pp. 363-366.
- [60] C. TOURETTE-TURGIS, L. PEREIRA PAULO et M.-P. VANNIER, «Quand des malades transforment leur expérience du cancer en expertise disponible pour la collectivité,» *Vie sociale*, n° %125-26, 2019.
- [61] DIRECTION COLLABORATION ET PARTENARIAT PATIENT, «Référentiel de compétences des patients partenaires,» Université de Montréal, 2016.
- [62] B. SANDRIN BERTHON, «Patient et soignant : qui éduque l'autre ?,» *Contact Santé*, n° %1225, pp. 43-45, février 2008.
- [63] OMS, «Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice,» 2010.
- [64] INPES, «Référentiel de compétences,» 2013.
- [65] COLLABORATIVE CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH, «A National Interprofessional Competency Framework.,» 2010.
- [66] Y. COUTURIER et L. BELZILE, *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*, Presses de l'université de Montréal, 2018.
- [67] T. BODENHEIMER et C. SINSKY, «From Triple to Quadruple Aim : Care of the patient requires care of the provider,» *Annals of family medicine*, vol. 12, n° %16, pp. 573-576, novembre-décembre 2014.
- [68] X. DE LA TRIBONNIERE et R. GAGNAYRE, «L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation,» *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, n° %15 (1), pp. 163-176, 2013.

- [69] B. CHOI et A. PAK, «Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy.,» *Clin Invest Med*, n° %129, pp. 351-364.
- [70] A. DECCACHE, *Evaluer l'éducation du patient : des modèles différents pour des pratiques différentes*, Paris, Actes de la XIIIème journée de l'IPCEM, 20 juin 2003.
- [71] J.-F. D'IVERNOIS et R. GAGNAYRE, Apprendre à éduquer le patient, Maloine chap. 3-6, 2004.
- [72] S. JACQUEMET, «L'évaluation est-elle encore au service de la prise en charge thérapeutique ?,» *Le courrier de l'observance thérapeutique*, vol. 1, n° %12, oct.-nov.-déc. 2000.
- [73] S. JACQUEMET, *Evaluer, pour quoi faire ?*, Genève, intervention dans le cadre du DAS en ETP, 2021.
- [74] S. UHLENBUSCH, *Les mille et une facettes de l'évaluation*, Atelier du SEFOR, Lyon, 2021.
- [75] D. KIRKPATRICK, «Modèle d'évaluation de l'apprentissage,» *ASTD Journal (American Society for Training and Development)*, 1959.
- [76] OMS, «Education thérapeutique du patient, Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS,» Copenhague, 1998.
- [77] R. GAGNAYRE, *Missions et compétences d'un coordonnateur d'un programme d'ETP*, Genève, intervention dans le cadre du DAS en ETP, 2021.
- [78] J.-F. D'IVERNOIS et R. GAGNAYRE, «Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient,» *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)*, juin 2002.
- [79] A. DUNBERRY et C. PECHARD, «L'évaluation de la formation dans l'entreprise : état de la question et perspectives,» 2007.
- [80] M. DENNERY, *Evaluer la formation*, Paris: ESF, 2001.
- [81] B. PETRE, A. PEIGNOT, R. GAGNAYRE, E. BERTIN, O. ZIEGLER et M. GUILLAUME, «La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient,» *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, novembre 2019.
- [82] C. HADJI, *Eduquer et Former, l'évaluation des apprentissages*, Sciences Humaines, 1998.
- [83] M. DENNERY, *Piloter un projet de formation : du diagnostic des besoins à la mise sous assurance qualité*, ESF, 2006, pp. 57-74.
- [84] F. EXPILLY, «Choisir une méthode pédagogique,» 2018.

- [85] A. BANDURA, Auto-efficacité, De Boeck, 2002.
- [86] A. DECCACHE, «Soins et éducation thérapeutique des patients souffrant de maladie chronique : enjeux éthiques et implications pratiques,» *Ethica clinica*, n° %165, pp. 46-52, mars 2012.
- [87] S. KAMAL, P. NULTY, O. BUGNON, M. CAVASSINI et M.-P. SCHNEIDER, «Content analysis of retroviral adherence enhancing interview reports,» *Patient Education and Counseling*, pp. 1676-1682, Mai 2018.
- [88] K. KVARNSTROM, M. AIRAKSINEN et H. LIIRA, «Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners,» 2018. [En ligne]. Available: <http://bmjopen-bmj-com> doi:10.1136/bmjopen-2016-015332.
- [89] P. MAELA, «L'accompagnement dans le champ professionnel,» *Savoirs*, n° %120, pp. 11-63, 2009.
- [90] M. VIAL et N. CAPARROS-MENCACCI, L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une méthode éducative, De Boeck Supérieur, 2007.
- [91] M. MOUTET, *Quels profils complémentaires pour mon projet ? Intervention dans le cadre du DAS en ETP*, Genève, 2021.
- [92] M. AUFSEESSER-STEIN, S. RUTTIMANN, A. LACROIX et J.-P. ASSAL, «Expérience suisse de formation au dialogue de prescription en médecin ambulatoire,» *PRAXIS, revue suisse de médecine*, n° %16, pp. 142-146, 1992.
- [93] O. DEVILLARD, La dynamique des équipes, d'Organisation, 2000.
- [94] ueweu, fewf, bzuewqd wzu, 2011.
- [95] D. A., «Du travail éducatif à l'évaluation des besoins, des effets et de la qualité de l'Education du Patient : méthodes et techniques individuelles et de groupes,» *Bulletin d'Education du Patient*, vol. Vol.15, n° %1n°3, 1996.
- [96] A. GONZALEZ, A. PECHERE, M. BURNIER et M. SCHNEIDER, «L'adhésion thérapeutique : maillon manquant du contrôle tensionnel,» *Revue médicale Suisse*, vol. 15, pp. 1608-1613, 2019.
- [97] d. c. p. p. e. C. U. C. i. o. I. d. M. DCPP, «Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux,» Montréal, 2016.
- [98] [En ligne]. Available: https://fr.wikipedia.org/wiki/Taxonomie_de_Bloom.
- [99] L. MULLER, *Notre parcours en équipe vers la construction commune d'une démarche en ETP*, 2014.

XIV. Annexes

Annexe 1 : Organigramme du SMPR



Annexe 2 : Guide d'entretien soignants

1. Comment ça se passe pour toi quand tu accompagnes des patients qui ne prennent pas ou pas bien leur traitement ?
 - Qu'est-ce que cela te fait vivre (pensées/émotions) ?
 - Comment cela te fait réagir ?
2. Quelles sont tes difficultés dans l'accompagnement des patients à prendre leur traitement ?
3. Quelles sont tes ressources dans l'accompagnement des patients à prendre leur traitement ?
4. Qu'attends-tu des autres professionnels de santé pour t'aider dans l'accompagnement des patients à prendre leur traitement ?

Annexe 3 : Guide d'entretien patients

Au début de l'entretien, en expliquer l'objectif, par exemple :

« Dans le service, nous aimerions aider les patients à mieux prendre leurs médicaments pour améliorer leur santé, pour que leur maladie ait moins d'influence sur leur qualité de vie et sur leurs projets. Nous savons que beaucoup de patients ne prennent pas tous les médicaments qui leur ont été prescrits, et s'ils ne les prennent pas tous, c'est qu'ils ont de bonnes raisons de ne pas les prendre. Nous aimerions comprendre ce qui, dans notre façon d'être ou de faire, peut éventuellement influencer la prise des médicaments, de manière à nous améliorer. Cet entretien a donc pour objectif de comprendre votre point de vue, en aucun cas de vous demander des comptes sur ce que vous prenez ou ne prenez pas. L'idée est de vous interroger pour pouvoir nous remettre en question sur notre façon de faire. »

Redemander l'accord du patient et lui faire signer le formulaire de consentement.

Durant l'entretien : Les questions en italique sont des questions de relance pour faire préciser leur pensée s'ils n'en parlent pas spontanément

A la fin de l'entretien : penser à

- Résumer l'entretien
- Lui demander s'il voudrait rajouter quelque chose
- Le remercier

Si vous repensez à toutes les fois où un médecin vous a prescrit un nouveau médicament :

1. Pouvez-vous me raconter une situation où cela s'est bien passé pour vous ?
 - *Qu'est-ce que vous vous êtes dit dans votre tête ?*
 - *Qu'avez-vous ressenti comme émotions ?*
 - *Qu'est-ce qui, dans la manière d'être ou de faire du médecin, a pu vous aider à prendre le médicament ?*
2. Pouvez-vous maintenant me raconter une situation où cela s'est moins bien passé ?
 - *Qu'est-ce que vous vous êtes dit dans votre tête ?*
 - *Qu'avez-vous ressenti comme émotions ?*
 - *Qu'est-ce qui, dans la manière d'être ou de faire du médecin, a pu vous freiner à prendre le médicament ?*

A la maison, quand vous ne prenez pas vos médicaments, ou pas tous vos médicaments comme votre médecin ou votre infirmière vous l'a conseillé :

Qu'est-ce que cela vous fait vivre ?

- *Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ?*
- *Que ressentez-vous comme émotions ?*

Quand un médecin vous demande en consultation comment ça se passe avec vos médicaments :

Qu'est-ce que cela vous fait vivre ?

- *Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ? / Qu'est-ce que vous ressentez ?*
- *Qu'est-ce qui vous aide, vous met en confiance pour dire que vous ne les prenez pas tous ?*
- *Qu'est-ce qui vous freine ou vous empêche d'en parler ? (Dires / attitudes du soignant)*
- *Comment ça se passe quand vous dites que vous n'avez pas pris tous vos médicaments : comment le soignant réagit-il et comment le vivez-vous ?*

Et quand c'est une infirmière ou un autre soignant qui vous en parle, comment ça se passe ?

- *Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ? / Qu'est-ce que vous ressentez ?*
- *Qu'est-ce qui vous aide, vous met en confiance pour dire que vous ne les prenez pas tous ?*
- *Qu'est-ce qui vous freine ou vous empêche d'en parler ? (Dires / attitudes du soignant)*
- *Comment ça se passe quand vous dites que vous n'avez pas pris tous vos médicaments : comment le soignant réagit-il et comment le vivez-vous ?*

Annexe 4 : Le temps infini de l'analyse ...



Annexe 5 : Description par les 6 patients de la réaction des soignants quand ils leur disent qu'ils ne prennent pas leurs médicaments

« Mais Mme, faites attention, c'est pour vous »
« Il m'a obligé de prendre les insulines, il m'a imposé »
« Non, faut faire, faut faire, faut faire, faut faire »
« L'infirmière était pas content, elle m'a dit que non, il faut pas arrêter (...) ça va te nuire, il faut reprendre les médicaments »
« Ils étaient très patients, ils expliquaient quand même, ils revenaient à la charge gentiment quand même, on faisait des examens (...) pour voir concrètement le résultat »
« Ils m'ont pas forcée, ils m'ont expliqué, et chaque fois ils me demandaient « vous pensez, vous pensez toujours ... »
« Vous êtes pas contents, ça vous embête parce que vous vous donnez de la peine pour nous donner un traitement et puis après derrière moi je me plains, ou j'arrête, ou j'oublie ... »
« Elle a été surpris, elle a dit comment ça se fait que ... ? »
« Vous avez essayé de me soulager, que ça peut arriver que y'a pas de problèmes, la doctoresse elle va prescrire et vous allez reprendre vos médicaments »
« Vous avez essayé de me réconforter, de ne pas avoir peur, c'est parce que vous avez pas pris des médicaments (...) ça peut arriver et vous allez commencer prendre votre traitement, et vous allez voir que ça va faire du bien »
« Vous pouvez venir comme vous pouvez ne pas venir, ça c'est votre problème, c'est pour votre santé ». Ça n'encourage pas, ça donne pas envie.
« Vous ne critiquez pas, vous amenez plutôt du côté positif, même si j'ai fait des bêtises vous n'allez pas me dire ah vous ne devez pas faire ceci, pourquoi vous avez fait ça. Vous ne montrez pas trop la conséquence de mon erreur, de la bêtise que j'ai faite. Vous la rattrapez, vous arrondissez les angles, mais vous me montrez mon erreur sans me faire la morale »

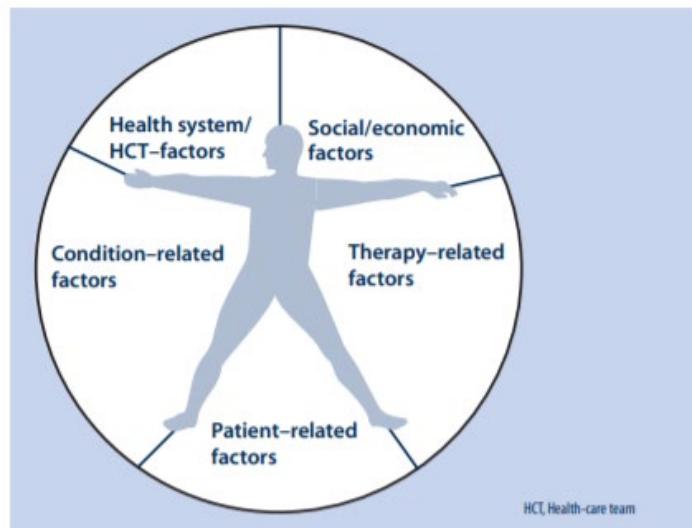
Annexe 6 : Les compétences transversales en santé (inspiré de De La Tribonnière et Gagnayre, 2011)

Compétences transversales	Objectifs spécifiques ou composantes (exemples)
Compétences d'autosoin	
Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, ses traitements S'expliquer les répercussions socio-familiales de la maladie
Mesurer, analyser, repérer	Repérer les signes d'alerte, les symptômes précoce Analyser une situation à risque, des résultats d'examen Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle etc.
Décider, faire face	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à la crise Décider dans l'urgence
Résoudre un problème thérapeutique, de gestion de sa vie et de sa maladie, de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses Réaliser un équilibre diététique sur un temps donné Aménager un mode de vie favorable
Pratiquer, faire	Pratiquer des gestes techniques (injection d'insuline etc.)
Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, grossesse, sport) Réajuster son traitement ou une diététique Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie et de son traitement
Compétences d'adaptation	
Informer, éduquer son entourage	Expliquer sa maladie et les contraintes qui en découlent Former l'entourage aux conduites à tenir en cas d'urgence
Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage	Exprimer ses valeurs, ses projets, ses attentes, ses émotions Associer son entourage à son traitement et aux modifications de l'environnement rendues nécessaires par la maladie
Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, faire valoir ses droits au travail, à l'école, vis-à-vis des assurances etc. Participer à la vie des associations de patients
Analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement	Savoir rechercher l'information utile et spécifique, confronter les différentes sources, vérifier leur véracité
Faire valoir ses choix de santé	Justifier ses propres choix et ses priorités dans la conduite du traitement ainsi que les limites de son consentement Expliquer ses motifs d'adhésion et de non-adhésion au traitement
Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement	Verbaliser ses émotions, ses sentiments de vécu de sa maladie Exprimer sa fatigue de l'effort quotidien de prendre soin de soi Mobiliser ses ressources personnelles S'adapter au regard des autres Gérer le sentiment d'incertitude vis-à-vis de l'évolution de la maladie et des résultats des actions mises en œuvre
Etablir des liens entre sa maladie et son histoire de vie	Donner du sens S'expliquer la survenue de la maladie dans son histoire de vie Décrire ce que la maladie a fait apprendre sur soi-même et sur la vie
Formuler un projet, le mettre en œuvre	Identifier un projet réalisable, conciliant les exigences du traitement Rassembler les ressources pour le mettre en œuvre Evoquer des projets d'avenir

Annexe 7 : Liste des causes de non-adhésion des patients que j'ai rencontrés au SMPR

Oubli (sans trouble de la mémoire)	Faible littératie en santé
Troubles de la mémoire	Manque de compréhension
Problèmes d'organisation	Obstacles pratiques
Addiction (alcool, drogues)	Imprévus
Handicap visuel (cécité, cataracte ...)	Trouble psychiatrique
Vol des bagages lors d'un séjour au pays (sans possibilité de s'en reprocher sur place)	Manque de dextérité (pour les injections par exemple)
Bouleversements émotionnels	Etat dépressif
Conflits avec l'entourage	Trop de contraintes
Santé non prioritaire	Mauvaise expérience dans le passé
Vie quotidienne trop compliquée	Craintes concernant les médicaments génériques
Représentations de la maladie	Trop de médicaments (« je n'ai plus faim après »)
Représentations du traitement	Volonté d'oublier la maladie de temps en temps, de « prendre des vacances »
Absence de bénéfices perçus	Peur de la dépendance aux médicaments
Méconnaissance des risques	Conflits cognitifs
Attentes magiques déçues	Préférence pour les médecines alternatives
Locus of control externe	Représentations culturelles
Non-concordance entre les objectifs du soignant et ceux du patient	Manque de cohérence entre les discours des différents soignants
Temps trop long pour obtenir un RDV (et ainsi une nouvelle ordonnance)	Peur de poser des questions au médecin car peur d'être ridicule ou de lui prendre trop de temps
Effets secondaires trop lourds	Douleurs à l'injection
Attribution d'effets secondaires non reconnus	Image de la sévérité du diabète si injections
Peur de la stigmatisation sociale (injections)	Coût trop élevé des médicaments
Mauvaise qualité de relation avec le médecin	Changements trop fréquents de médecin
Incompatibilité avec habitudes de vie (« 3x/jour avec le repas » mais ne mangent qu'une fois)	Difficulté avec la forme galénique (médicaments trop gros)
Manque de cohérence des soins	Influence de l'entourage (saboteurs)
Bénéfice secondaire à ne pas guérir ou à être dans un stade de la maladie plus avancé (pour obtenir les papiers par exemple)	Théorie du complot (« mon médecin a inventé mon diabète pour que j'achète des médicaments »)
Influence des médias	Schéma d'insuline trop compliqué
Fin de validité de l'ordonnance (pas repris RDV, attendent qu'on les convoque)	Attente du RDV déjà prévu même s'ils n'ont plus de médicaments
Méconnaissance du fait que la pharmacie peut avancer des médicaments	Manque de temps pour aller à la pharmacie (travail 12 à 14h/jour 6 voire 7 jours/7)
Lassitude (« marre de prendre des médicaments »)	Impression de manque de liberté

Annexe 8 : Classification par l'OMS des causes de non-adhésion, reprise par Baudrant en 2010



Facteurs objectifs liés à la maladie
<ul style="list-style-type: none"> ○ Présence de troubles cognitifs, visuels, de la personnalité ○ Absence de symptômes ○ Présence d'addictions ○ Présence d'un état dépressif
Facteurs liés au traitement médicamenteux
<ul style="list-style-type: none"> ○ Complexité du plan de prise ○ Temps quotidien dédié au traitement ○ Modalités d'administration des médicaments ○ Durée de la thérapeutique médicamenteuse
Facteurs démographiques et socio-économiques
Facteurs liés au patient et/ou à son entourage
<ul style="list-style-type: none"> ○ Savoirs théoriques (connaissances, compréhension de la maladie et des médicaments, niveau d'alphabétisation médicale) ○ Savoirs pratiques, savoir-faire, compétences d'autosoins et méta-savoirs ○ Expériences antérieures ○ Représentations liées à la maladie et aux médicaments ○ Emotions ○ Ressources du patient
Facteurs liés au système de soins
<ul style="list-style-type: none"> ○ Qualité de la relation thérapeutique Patient-Soignant ○ Organisation des soins

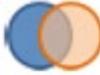
Annexe 9 : Perspectives supplémentaires des causes de non-adhésion (Brown et al., 2016)

Perspective des patients	
La méfiance Changement fréquent de soignants Accès accru aux informations médicales Divulgation de recherches non éthiques Erreurs médicales Fautes professionnelles	Croyances et préférences Préférence pour les récompenses immédiates Concepts culturels, religieux Possibilité d'adhésion sélective
Informations contradictoires Médecins, médias, internet ... Concerne 80% des patients !	Peur des effets secondaires Les patients sont plus susceptibles d'évaluer les risques sur le plan émotionnel qu'en pesant les faits
Dépression : fréquente ! Impact important sur l'adhésion aux co-traitements	Oubli 30% des causes de non-adhésion
Faible niveau d'alphabétisation/numéратie/littératie en matière de santé Manque de confiance dans les infos numériques Prendre un traitement pour éviter un épisode = contre-intuitif Difficulté de distinction entre « contrôlé » et « guéri » Sentiment de dépendance vis-à-vis des médicaments	
Perspective des fournisseurs	
Inconscience de la non-adhésion du patient Manque de compétences pour la mettre à jour Manque de temps, épuisement professionnel Soins non coordonnés Polypharmacie Défaut de communication d'informations critiques, notamment sur l'utilisation des médicaments	
Obstacles dus au système	
Coût et accès Médicaments génériques Sorties d'hôpital	

Annexe 10 : Exemples de modèles explicatifs de l'adhésion médicamenteuse

<p>Le modèle sociocognitif (Munro, Lewin, Wart et Volmick 2007) [39]</p>
<p>L'adhésion au traitement dépend de :</p> <ul style="list-style-type: none">- La connaissance du patient par rapport aux risques de la maladie- Ses attentes quant au traitement- Son sentiment d'efficacité personnelle- Les bénéfices perçus du changement- La mise en évidence des barrières et facilitateurs de la prise de traitement
<p>Le modèle allostérique de Giordan (2016) [40]</p>
<p>« Je prends mes médicaments tous les jours dans les conditions adéquates si :</p> <ul style="list-style-type: none">- Dimension cognitive : je comprends ... je sais ...- Dimension émotionnelle/affective : je sais exprimer ... je me sens capable ...- Dimension perceptive : je ressens ...- Dimension infra-cognitive : je repère mes pensées, raisonnements ...- Dimension métacognitive : je fais des liens, prends conscience de, prends du recul sur ... »
<p>Le modèle des croyances de santé ou « Health Believe Model » (Rosenstock et Becker 1974) [41]</p>
<p>Ce modèle repose sur 4 croyances :</p> <ul style="list-style-type: none">- Liées à la santé/la maladie<ol style="list-style-type: none">1. Suis-je vraiment malade ?2. Cette maladie pourrait-elle avoir de graves conséquences sur ma vie ?- Relatives au traitement<ol style="list-style-type: none">3. Mon traitement est-il efficace ?4. Les bienfaits du traitement contrebalancent-ils avantageusement ses contraintes et ses inconvénients ?
<p>Pour se soigner, la personne doit répondre positivement aux 4 questions. Si elle répond non à 1 question, elle ne prendra pas son traitement.</p>
<p>Le modèle transtheorique du changement (Prochaska et Di Clemente, 1982) [42]</p>
<p>Le changement ne se fait pas du jour au lendemain, il peut suivre plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pré contemplation (je ne me sens pas concerné)- Contemplation (je devrais mais ne fais pas)- Préparation (je vais faire)- Action (je fais)- Maintenance (je consolide mon changement)- Rechute (je « craque » et apprends de ma rechute)
<p>Selon le stade du changement, l'adhésion médicamenteuse peut varier.</p>
<p>Le modèle du rapport affectif à la maladie (Lacroix et Assal, 2011) [43]</p>
<p>Face à la perte de la santé, le patient passe par différentes étapes émotionnelles, démarrant par un choc et aboutissant :</p> <ul style="list-style-type: none">Soit à l'acceptation (en passant par l'incrédulité passagère, la révolte et la tristesse)Soit à la résignation (en passant par l'angoisse et le déni/refus).
<p>Selon l'étape où il se trouve, le patient prendra plus ou moins bien ses médicaments, car « l'adhésion au traitement est un reflet du vécu existentiel d'une maladie ».</p>

Annexe 11 : Caractéristiques de la pluri, de l'inter et de la transdisciplinarité

Pluridisciplinaire	Interdisciplinaire	Transdisciplinaire
		
« Plusieurs »	« Parmi, entre »	« A travers, au-delà »
Professionnels de santé	Professionnels de santé	Professionnels de santé et autres
Métaphores : <u>Culinaire</u> : Salade de fruits Ingrédients mélangés, intacts, reconnaissables <u>Mathématique</u> : $2 + 2 = 4$	Métaphores : <u>Culinaire</u> : Quiche Lorraine Aliments choisis amalgamés mais partiellement reconnaissables <u>Mathématique</u> : $2 + 2 = 5$	Métaphores : <u>Culinaire</u> : Gâteau Les éléments constitutifs ne sont plus reconnaissables <u>Mathématique</u> : $2 + 2 = \text{jaune}$
Utilise le savoir de diverses disciplines complémentaires autour d'un projet commun, tout en respectant les limites des différents champs d'activité.	Face à des problèmes complexes à résoudre, la mise en commun des savoirs nécessite une intrication plus forte des disciplines : effort de décloisonnement.	Les frontières des champs de savoir sont transcendés, définissant ainsi un nouvel ensemble de connaissances Perception de « la santé globale » de « l'homme global ».
Chacune d'elles conserve la spécificité de ses concepts, de ses méthodes et de ses frontières.	Les fondements de chaque discipline associée sont conservés et restent spécifiques même si les frontières entre les disciplines deviennent un peu floues.	Cette approche s'intéresse à ce qui est au-delà des disciplines.
Rencontre de plusieurs disciplines autour d'un objet commun.	Interactions fortes, espaces de dialogue, échanges de connaissances, d'analyses, croisement de méthodes. Transfert de connaissances et de compétences pour former un ensemble cohérent et coordonné.	L'intensité des échanges peut amener à une intégration complète de disciplines et même aboutir à la création d'une nouvelle.
Les professionnels traitent le patient de façon indépendante, puis partagent les informations avec d'autres professionnels de santé. Le patient est passif.	Le professionnel de santé n'est plus un acteur pris de façon isolée mais s'intègre dans une équipe qui s'accorde avec le patient.	Interactions entre subjectivité et objectivité des soignants et du patient.
Chaque professionnel a son dossier du patient.	Il existe un seul dossier du patient, commun à tous les professionnels.	Un concept est développé ensemble et permet de travailler de la même façon.

Annexe 12 : Les enjeux, bénéfices et risques de l'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP (De La Tribonnière et Gagnayre, 2013)

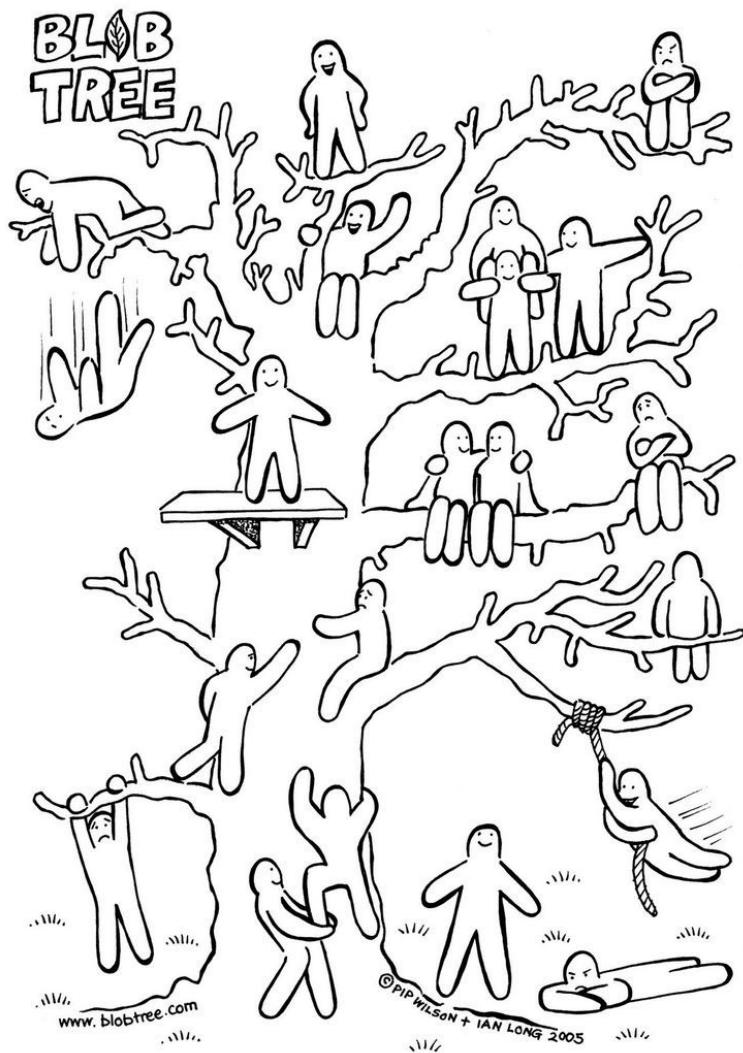
Les enjeux de l'interdisciplinarité	
	Pouvoir apporter une réponse à deux grands besoins sociaux : la quête de sens et la prise en compte de la complexité du monde
	Répartir différemment les prérogatives de chaque professionnel de santé
Les bénéfices de l'interdisciplinarité	
Soignants	La complémentarité de chaque champ disciplinaire La créativité liée aux interactions Le maintien d'un esprit d'équipe Le développement d'une communication aisée entre les acteurs La création d'une culture commune La possibilité de co-construction des activités éducatives Une meilleure satisfaction au travail Une réduction à terme de tensions entre les soignants Une meilleure santé Plus de bien-être avec un éloignement du risque de surmenage professionnel
Patients	Un gain de l'efficacité et de la qualité des soins Une amélioration continue de la qualité de vie des patients Une meilleure prise en compte de la complexité du patient Une plus grande satisfaction du patient Du plaisir à partager en équipe
Société	Une meilleure utilisation des ressources Une diminution des coûts de santé Une plus grande performance des professionnels Une amélioration de la qualité au travail Un bénéfice dans le domaine de la santé publique
Les risques de l'interdisciplinarité	
Patients	Des informations contradictoires émanant de plusieurs professionnels de santé Une prise de pouvoir de la part des soignants (nécessité d'accepter une certaine non-maîtrise)
Soignants	La vulnérabilité (prise de parole pas toujours facile) La perte d'identité professionnelle Un désinvestissement de certains professionnels Une augmentation des conflits interpersonnels en raison des confrontations nécessaires
Société	L'illusion de la responsabilisation excessive des acteurs en tant que solution aux limites des institutions

Annexe 13 : Le Blob Tree (Pip Wilson, 1980)

Avec des personnages seuls



Avec des binômes



Mode d'emploi :

Demandez aux participants de sélectionner le(s) personnage(s) représentant : leur état d'esprit du moment, leur degré de connaissance, de pratique sur un sujet....

Il est possible de choisir plusieurs questions (en utilisant plusieurs couleurs pour dessiner plusieurs bonshommes).

L'idéal est de le proposer en début et en fin de session afin de pouvoir mieux évaluer l'impact de la formation.

Ce dessin peut servir d'outil d'évaluation, de présentation des participants, d'identification des besoins des participants en début de formation ou d'outil d'évaluation comme c'est le cas ici.

Il est capital de laisser le temps à chaque participant de présenter son bonhomme posément et de susciter des échanges pour récolter le plus d'informations possible.

Annexe 14 : Séance interprofessionnelle du 7 juillet

7 juillet : « Améliorer notre collaboration médecins-infirmières autour de la prise médicamenteuse (1h)
Besoin 1 : Clarifier les rôles, activités et responsabilités de chacun (médecins/ infirmières/patients) en ce qui concerne l'adhésion / Objectifs 1.2 – 1.3 – 1.4 – 2.4
Matériel : clé USB – feuilles de papier - stylos
11h - 11h15 : Introduction (15 min)
Présentation du contexte du DAS : constats, enquête, résultats
Présentation des objectifs de la séance
11h15 - 11h20 : Présentation de la vignette et des consignes (5 min)
Mr A. 48 ans, d'origine camerounaise, en Suisse depuis 5 ans Pas d'assurance maladie – sans emploi Parle français, le lit difficilement, parfois problèmes de compréhension Diabète et HTA stade 1 habituellement bien contrôlés Sous Janumet 50/1000 mg x 2 et Amlodipine - Perindopril 5/5 mg Labo : Hb1Ac à 9,1% (était à 7,5% il y a 6 mois) TA : 155/95 mm Hg Est déjà suivi par les infirmières de quartier Vous pensez que peut-être le patient ne prend pas bien son traitement ...
Consignes : Dans la prise en charge interprofessionnelle de ce patient par rapport à la prise de son traitement : - Qu'est-ce que je pense que je dois faire ? - Qu'est-ce que j'attends de l'autre profession ? Par petits groupes de même profession, répondre à ces questions (10 minutes) Un rapporteur transmettra au groupe les éléments-clés.
11h20 – 11h30 : Travail en petits groupes (10 min)
11h30 - 11h50 : Mise en commun – discussion (20 min)
Présentation de chaque groupe Géraldine anime le debriefing et Olivia note les idées en 3 colonnes directement sur le PowerPoint : <ul style="list-style-type: none">- Activités (que fait le médecin / que fait l'infirmière)- Attentes (qu'attend le médecin de l'infirmière / qu'attend l'infirmière du médecin)- Responsabilité (quelle est la responsabilité du médecin / quelle est la responsabilité de l'infirmière) Identification des zones de complémentarité et de chevauchement. Comparaison des attentes de l'autre à sa propre réalité et établissement d'un consensus sur ce qui est réalisable et ce qui ne l'est pas.
11h50 - 12h : Conclusion – annonce de la suite du projet
Message : résumé de la séance sous l'angle des différentes logiques de collaboration (Devillard, 2000) [93] Logique territoriale/de coopération/de synergie Leur demander comment cela fait sens pour eux

Annexe 15 : Fruit de la réflexion interprofessionnelle du 7 juillet

ACTIVITES	ATTENTES	RESPONSABILITE
<p>Dr :</p> <ul style="list-style-type: none"> Expliquer les résultats, confronter Partir des explications du patient Exploration + explication maladie Explorer causes augmentation glyquée (point de vue patient et médecin) Explorer difficultés du patient avec le ttt y compris effets secondaires Vérifier comment le patient prend ses ttt (pragmatique) Investiguer les OM pour voir prise <p>Infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vérification de la compréhension du ttt Utiliser des outils (carte de ttt visuelle), faire amener les boîtes, qu'il montre comment il fait Vérification accès au ttt y compris financier Explorer « son univers » croyance, projet de vie, effets secondaires du ttt, émotions, représentations Voir si oubli conscient et pourquoi, et explorer historique des oublis et stratégies Vérifier ttt prescrit dans DPI (ordonnances, cockpit...) 	<p>Dr attend de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vérifier compréhension Reformuler explications du Dr Exploration effets secondaires des ttt + aspect financier Proposer la carte de ttt visuelle Suivi rapproché des valeurs Vérifier compréhension des raisons du ttt et croyances culturelles <p>Infirmière attend du Dr :</p> <ul style="list-style-type: none"> DPI à jour Communication fluide (infirmière référente ?) Explore aussi, « pas juste prescripteur » Négociation avec le patient Demande consultation interpro 	<p>Dr :</p> <ul style="list-style-type: none"> Doc de ce qui est utile aux inf/Dr/patient 1. Posologie des ttt 2. Effets secondaires, compréhension du patient (thématisé) 3. Carte de ttt (temps dédié) <p>Prescription ... en écoutant les autres et en proposant des changements que les infirmières peuvent faire, si on connaît son patient</p> <p>Prévoir un temps dédié</p> <p>Infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> Faire des propositions au médecins Prendre le temps pour explorer Trouver le temps de faire un suivi à la fréquence adéquate (ex : introduction d'insuline)

Il existe 3 façons de travailler ensemble (Devillard, 2000) :

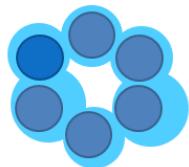
Logique territoriale



Logique de coopération



Logique de synergie ... pour gagner en qualité des soins



Logique territoriale : chacun fait son boulot de son côté, fait ce qu'il pense devoir faire sans trop se préoccuper de ce que fait l'autre

Logique de coopération : chacun fait son travail mais sait ce que fait l'autre et communique à propos de ce qu'il fait

Logique de synergie : on travaille véritablement ensemble.

- On définit des objectifs communs avec le patient
- On met tout en œuvre pour y arriver, ce qui peut amener à dépasser son rôle propre pour intégrer un peu le rôle de l'autre
- Il n'y a plus de vide entre les soignants, plus de no man's land
- Cela entraîne une plus grande qualité des soins et une plus grande satisfaction des soignants

Objectif : tendre vers une logique de synergie, plus efficace et plus satisfaisante pour tous.

Annexe 16 : Formation des infirmières du 21 septembre

21 septembre : « C'est quoi le problème ? » (3h)

Besoin 2 : Identifier les enjeux de la collaboration médico-infirmière concernant la prise de médicaments

Objectifs 1.1 – 2.1 – 2.2

Matériel à prévoir : clé USB

9h – 9h50 : Identification des problèmes (50 min)

Lister les problèmes existants autour de la collaboration

Identifier ses propres difficultés + celles des autres

Repérer les plus emblématiques (choix)

Méthode : Recensement sur PowerPoint

Classification des problèmes en lien avec Teamstepps

9h50 – 10h : Pause (10 min)

10h – 10h50 : Quelles en sont les causes ? (50 min)

Analyse des causes des problèmes les plus emblématiques

Méthode : Ishikawa

10h50 – 11h : Pause

11h – 11h50 : Le leadership/followership (50 min)

Définir le leadership et décrire les différents types de leadership existants (10 min)

Présentation du PowerPoint sur le leadership (10 min)

Discussion autour de comment ça leur parle et quel lien elles font avec leur pratique (10 min)

Lister tous les facteurs qui favorisent ou limitent la proactivité infirmière (20 min)

- Identifier ceux sur lesquels elles peuvent personnellement agir

- Identifier ceux sur lesquels elles peuvent demander à d'autres d'agir

Définir la place qu'elles veulent/peuvent prendre dans le trio médecin/inf/patient à la lumière des réflexions précédentes (10 min)

11h50 – 12h : Conclusion : résumé de la matinée avec le schéma de Teamstepps + annoncer menu du 23/9

Message-clé : notre rôle dans la collaboration interprofessionnelle n'est pas écrit d'avance, il peut se construire.

Annexe 17 : Formation des infirmières du 23 septembre

23 septembre : « A la recherche de solutions » (3h)

Besoin 2 et 3 : Identifier les enjeux de la collaboration médico-infirmière concernant la prise de médicaments et rechercher des solutions, communiquer efficacement avec les médecins concernant l'adhésion en se montrant proactives sur le sujet

Objectif 2.3 – 3.1 – 3.2

Matériel à prévoir : clé USB, photocopies des outils de TeamStepps x 7

9h – 9h50 : Stratégies de résolution

Reprendre les problèmes et identifier des stratégies de résolution (en identifiant leurs ressources et en se basant sur leurs réflexions autour du leadership du 21 septembre)

9h50 – 10h : Pause

10h – 10h50 : Découverte des outils de TeamStepps

Apport des outils de Teamstepps (choisis en fonction des problèmes identifiés lors de la séance précédente) : les découvrir et s'exercer à les pratiquer

10h50 – 11h : Pause

11h – 11h50 : Intégration de ces outils et communication aux médecins

Intégrer les outils de Teamstepps dans leurs stratégies de résolution

Identifier ce qu'elles veulent transmettre aux RIP des 5 et 7 octobre et déterminer comment elles veulent s'y prendre (l'équipe projet fait un feedback et les infirmières participent, témoignent ? Ou elles veulent faire seules ? A investiguer).

11h50 – 12h : Conclusion

Résumé de la matinée

Annoncer le menu de la séance du 19 octobre

Message clé : Utiliser les outils de TeamStepps facilite la communication ...

Annexe 18 : Fruit de la réflexion des infirmières des 21 et 23 septembre

Remarque : les problèmes identifiés et les solutions proposées ont largement dépassé le cadre des médicaments ... car nous nous sommes rendues compte par exemple qu'il fallait d'abord se connaître et comprendre la réalité de l'autre profession avant même de parler de médicaments !

1. Problèmes de collaboration interpro (autour des médicaments) identifiés par les infirmières

(Classification selon TeamStepps)

Structure d'équipe

Tournus important des internes

Manque de clarté du rôle d'infirmière au SMPR

Infirmières : connaissances plus approfondies et expérience terrain sur certaines pathologies

Médecins ont beaucoup de patients (+ que suivis par infirmières) -> manque de dispo pour partager

Manque de temps dans les agendas

Temps partiels de toutes les infirmières et de quasi tous les médecins

Manque d'accessibilité en semi-urgence des médecins / méconnaissance des patients sur leurs besoins en ttt

Communication

Manque de visibilité et clarté du traitement sur DPI (pas de document unique clair et à jour)

Manque de visibilité / non accès des médecins des processus interpro dans DPI

Conflit (rare)

Moins d'échanges informels qu'avant

Manque de connaissance des processus des autres professionnels

Leadership

Présentation insuffisante des infirmières en début d'année

Médecins pas pro-actifs pour créer le lien interpro (y compris CDC en supervision, lecture des procédures interpro dans DPI ...)

Monitorage de situation

Manque de vigilance (manque de dépistage bio/psy/soc des médecins)

Médecins : difficulté à savoir si les patients sont suivis par les infirmières

Accès difficile du suivi dans les données partagées

Soutien mutuel

Type de patients : beaucoup de patients complexes avec besoins spécifiques) -> vigilance

Décalage d'expérience infirmières/internes

Décalage de vision/priorités entre infirmières/médecins

Décalage du temps à consacrer à l'adhésion médicamenteuse

Moins de connaissance mutuelle

Manque de sentiment d'être soutenu et de confiance pour certains médecins

Manque de soutien des médecins pour les patients complexes en début d'année

Rem : Le temps court de consultation des médecins -> conséquences ++ sur le reste

Ressources identifiées :

Dialogue

Médecins : conscience de leurs limites et des bénéfices de collaborer avec les infirmières

Utilisation des infirmières en ressource - connaissance des infirmières (si partagée)

Anticipation

Evolution de la culture interpro chez les médecins

2. Problèmes retenus

Manque de connaissance mutuelle

Manque de connaissance des processus des autres professionnels

(Communication - visibilité sur DPI)

Présentation insuffisante des infirmières en début d'année

Médecins pas pro-actifs pour l'interpro - proactivité des infirmières ?

3. Causes (Identifiées à l'aide d'un diagramme d'Ishikawa)

Milieu/contexte

Eclatement géographique des lieux

COVID - > stop réunions présentes

Moyen

Consignes « one shot » et en moins de 30 min

Manque « d'endroit » pour exprimer les idées du terrain

Changement du sens des RIP

Méthode

Tournus médical important

Médecins moins disponibles

Tout se fait dans l'urgence

Trouver du temps pour les RIP (vs temps de consultation qui déborde)

Temps/dispo des infirmières pour préparer et présenter les RIP

Main-d'œuvre

Manque de contact des hiérarchies

Manque de circulation de l'info entre les différentes professions et les différents niveaux de hiérarchie

Ne pas faire remonter/partager les problèmes du quotidien

Découragement des infirmières face aux problématiques chroniques

Manque d'anticipation des besoins de l'autre

Prises de décision pas toujours concertées – partage des décisions pas toujours réalisé (+/- patient)

On pense souvent à tort que les infos seront relayées par les autres

On espère parfois que la supervision soit le lieu de l'interpro ...

Pas toujours facile de trouver du sens interprofessionnel à la RIP non interpro/diabéto : ouverture à d'autres personnes non médecins à venir ?

-> quel sens à la RIP ?

Besoin de sentir l'investissement des autres pour s'investir soi-même

Découragement de constater que beaucoup repose sur les épaules des infirmières concernant l'interpro

Lassitude de l'aspect répétitif (1ère CIP : les internes ne savent pas de quoi il s'agit – les infirmières comptent sur le relais des CDC pour leur expliquer/rappeler mais ce n'est pas demandé ni fait)

4. Facteurs qui limitent la proactivité infirmière

Sur lesquels on peut agir

Personne ne lit les CIP -> perte de sens

Lassitude de répéter la même chose chaque année (se remotiver !)

Certaines tâches passent de façon prioritaire avant la RIP (se donner les moyens d'y participer ?)

Rôles et responsabilités mal définies

Sur lesquels on peut demander à d'autres d'agir

Priorités avant la RIP (soin, admin en retard...)

Partage des responsabilités / lead

Constater le manque d'engagement des autres

5. Pistes de solutions proposées par les infirmières

a. Mieux présenter les procédures infirmières de base aux internes :

- Quel est le meilleur moment ? Où retrouver l'information -> page « consultation infirmière » de l'intranet. Ajouter photo d'équipe (pour mieux se connaître). Définir quelle information doit y figurer (à discuter lors des RIP des 5 et 7 octobre).

b. Rencontrer les infirmières des autres unités (PSM, CAMSCO)

- Objectif : mieux se connaître et clarifier les rôles et responsabilités (suivi diabéto, INR par ex)

c. Rencontrer les internes : (difficile en période COVID) :

- Relancer le trombinoscope des médecins.
- « RIP fonctionnelle » 1x/2 mois pour manger ensemble et faire une partie fonctionnelle/procédures...

d. Augmenter la fréquence des CIP

e. Inviter les internes en début de tournus à observer 2 heures de consultation

f. Inclusion des différentes professions lors de la prise de décision

- Demander copie à notre responsable lors de mails de procédure
- Demander à ce que les autres utilisent l'adresse mail « infirmières quartiers » pour toutes les nouvelles informations

g. Assistantes sociales : rencontrer la nouvelle équipe d'AS (faire connaissance, exprimer les besoins – surtout autour des médicaments, connaissance du fonctionnement local)

h. Procédures infirmières à mettre sur l'intranet : Qui ? – Comment ?

- Lister ensemble les prestations à publier
- La proposer aux médecins lors des séances des 5 et 7 octobre
- Puis se répartir les tâches : les infirmières travaillent en binômes avant de proposer la procédure aux collègues
- Objectif pour 2022

i. Rencontrer les infirmières du PSM (objectifs : faire connaissance, clarifier nos missions respectives car chevauchements inconfortables actuellement, connaissance de leur fonctionnement)

J. Rencontrer les infirmières de la CAMSCO (objectifs : faire connaissance, clarifier nos missions respectives, connaissance de leur fonctionnement)

k. Réinstaurer le « carnet de suivi des affaires en cours » pour avancer plus vite dans les projets – demander à notre responsable de nous déléguer des tâches si trop chronophage dans sa charge de travail.

Annexe 19 : TeamSTEPPS ®

DEFINITION

TeamStepps est l'acronyme de «Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety», soit en français « Stratégies et outils pour améliorer la performance d'équipe et la sécurité des patients ».

C'est un outil développé par le Département de la défense des Etats-Unis et repris par l'Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé au Canada. L'amélioration de la performance d'équipe et de la sécurité des patients passe par une meilleure collaboration et communication entre les acteurs. Le travail d'équipe et la communication sont améliorés en pratiquant les quatre compétences suivantes (qui vont amener des résultats au niveau des connaissances de l'équipe, de ses attitudes et performances) :

- Leadership
- Surveillance de la situation
- Support mutuel
- Communication



LE SCAR

Technique pour communiquer des informations critiques nécessitant une attention et une action immédiate lors de la prise en charge du patient.

Situation : qu'arrive-t-il au patient ?

Contexte : quel est le contexte clinique ou l'historique ?

Appréciation : quel est le problème, à mon avis ?

Recommandation : ce que je recommande, ce que je dois faire pour corriger le problème ?

LA QUITTANCE DE TRANSMISSION

Stratégie de communication en boucle fermée, utilisée pour vérifier que l'information émise est comprise par le récepteur.

Dire

Redire/reformuler si nécessaire jusqu'à obtenir une quittance de transmission (le récepteur vous signifie verbalement qu'il a entendu/compris le message)

LE SMS

S : Je suis en souci

M : Je suis mal à l'aise

S : Ceci est un enjeu de sécurité

Montée en puissance si le récepteur ne nous entend pas



PARTAGER LE PLAN : BRIEFING

Courte rencontre avant de débuter, permettant de répartir les rôles et responsabilités, d'établir les attentes, et préciser les objectifs.

Pendant les briefings, l'équipe doit se poser les questions suivantes :

- Qui est membre de l'équipe (quelle est sa compétence) ?
- Est-ce que tout le monde est d'accord avec les objectifs, les ayant bien compris ?
- Les responsabilités et les rôles sont-ils clairement identifiés ?
- Quel est le plan de soins ?
- Quelle est la disponibilité du personnel et des partenaires de soins ?
- La répartition des tâches est-elle équitable ?
- Quelles sont les ressources disponibles ?

MONITORER ET ADAPTER LE PLAN : CONCERTATION (HUDDLE) :

Synthèse "ad hoc" pour mettre à jour les informations de l'équipe, renforcer les plans en cours et évaluer la nécessité de l'adapter.

REVOIR LA PERFORMANCE : DEBRIEFING

Séance d'échange pour améliorer la performance et l'efficacité de l'équipe, renforcement des éléments positifs.

Lors du débriefing, l'équipe doit se poser les questions suivantes :

- La communication a-t-elle été claire, efficace ?
- Les rôles et responsabilités de chacun étaient-ils clairs et bien compris ?
- Le monitorage de la situation a-t-il été maintenu ?
- Les tâches étaient-elles réparties de manière équitable ?
- Avons-nous eu des demandes ou des offres de partage des tâches ?
- Avons-nous identifié des erreurs ? En avons-nous évitées ?
- Les ressources étaient-elles suffisantes/disponibles ?
- Ce qui a bien marché ?
- Ce qui peut être amélioré ?

Annexe 20 : Séances interprofessionnelles des 5 et 7 octobre

5 et 7 octobre : « A la recherche de solutions » (1h)

Objectif général : Coconstruire des solutions aux problèmes de collaboration précédemment identifiés et sélectionnés par les infirmières

Objectifs 2.3 – 2.4

Matériel à prévoir : clé USB (séance par zoom)

13h30 – 13h40 : Introduction (10 min)

Présentation succincte du contexte du DAS

Présentation des objectifs de la RIP

Présentation des problèmes de collaboration identifiés et sélectionnés par les infirmières et leur proposer de réfléchir ensemble aux solutions

13h40 – 14h25 : Travail en commun sur les 5 problèmes retenus (45 min)

1. Présentation insuffisante du service par les infirmières en début d'année académique

Leur regard sur le contenu

Leurs besoins supplémentaires

Besoin de rappel ?

Besoin de pouvoir retrouver les informations sur intranet ?

2. De quelles procédures et informations auraient-ils besoin sur le site intranet ?

Partir des idées des infirmières et les compléter

3. Comment augmenter la proactivité des médecins dans l'interpro ?

Leur demander comment ils voient les choses et ce qui les aiderait à être plus pro-actifs

4. Se rencontrer, se connaître (difficile en période COVID) : comment voient-ils les occasions de se rencontrer et faire du lien ?

Partir des propositions des infirmières :

Concrétisation d'un accueil en consultation infirmière en début d'année + repas en commun 1x/trimestre

5. Co-construction des futures RIP fonctionnelles

Quel pourrait être le contenu de ces réunions ?

14h25 – 14h30 : Conclusion (5 min)

Résumé de la séance

Les remercier pour leur participation

Annoncer la suite du projet

Annexe 21 : Fruit de la collaboration interprofessionnelle des 5 et 7 octobre

1. Améliorer la présentation infirmière de début d'année académique ?

Beaucoup d'internes n'ont pas vu la présentation infirmière car sont arrivés en cours d'année. Parmi ceux qui l'ont vue, beaucoup ne s'en rappellent plus. Une interne s'en souvient (yes !) : elle parle de notre photo, et des locaux avec la différence entre la salle de traitement et la consultation de quartiers.

La 1ère semaine c'est l'horreur pour les internes : ils reçoivent de milliards d'informations et ne parviennent pas à discerner ce qui est important.

Propositions :

a. Présentation archi succincte lors de la 1ère RIP : photo, dire qu'on est des alliées pour la prise en charge des patients complexes et quels patients ils peuvent nous envoyer (diabétiques, hypertendus, qui ne prennent pas leurs médicaments etc.)

b. Présentation plus détaillée fin novembre en incluant les informations suivantes :

- Comment trouver facilement si les patients sont suivis par les infirmières quartiers : leur montrer concrètement comment voir ça sur DPI (un CDC dit qu'il a mis 1 an pour comprendre cela, une interne confie qu'elle n'y parvient toujours pas après plusieurs mois, confondant les consultations infirmière quartiers, infirmière Camsco, infirmière Quartier 8)

- Présentation d'exemples concrets de ce qu'elles font

- Donner des informations pratiques, par exemple : comment débuter le suivi des INR cap, où se trouve le saturemètre, comment effectuer une introduction d'insuline etc.

c. Les RIP suivantes peuvent aussi être des occasions de rappel (+ occasion pour les internes qui arrivent en cours d'année d'avoir les infos)

2. Procédures qui seraient utiles à mettre sur intranet

a. Procédure MAPA – INR – demande de suivi diabéto – mise sous insuline – podologie (vers qui envoyer les patients, comment s'y prendre)

b. Différence entre les activités des infirmières de la salle de ttt et des infirmières des quartiers (et description de ces activités)

c. La consultation interpro : définition, objectif, comment la demander etc.

d. Fonctions pulmonaires simples – consultation obésité – soutien : à revoir avec hiérarchie

e. Procédures de la salle de traitement : shellong, breathtest, ferinject etc.

3. Comment augmenter la proactivité des médecins dans l'interpro ?

Les médecins prennent beaucoup de temps pour savoir quels patients sont suivis par les infirmières. Certains patients ont été suivis un moment et ne le sont plus, encore plus difficile à savoir. Certains médecins font la demande de suivi sans savoir si le suivi existe déjà.

Beaucoup de médecins ne savent pas qu'ils peuvent demander une consultation interpro avec les infirmières. Certains l'ont su mais ont oublié qu'ils avaient cette possibilité. D'autres ne savent pas comment la demander.

Une interne pense à la CIP seulement si elle ne comprend pas la situation du patient.

Une autre dit que pour les patients complexes, c'est déjà tellement difficile à gérer qu'elle ne prend pas le temps d'initier une CIP.

Les 6 premières semaines, difficile de rajouter une CIP dans l'agenda car les consultations durent 60 min (agendas archi pleins).

Il est difficile de faire une CIP quand on n'a pas encore rencontré le patient. Parfois il faut même l'avoir vu plusieurs fois pour se faire une idée de la situation ou de la problématique.

Une médecin exprime le souhait de recevoir via la messagerie de DPI une copie des consultations infirmières pour ses patients car n'a pas le temps de rechercher parmi toutes les consultations infirmières celles qui sont effectuées par les infirmières des quartiers.

Propositions :

- a. Expliquer la CIP sur l'intranet : définition, objectif, comment l'organiser etc.
- b. Donner une liste aux médecins de leurs patients qui sont suivis par une infirmière
- c. Proposer aux médecins de poser la question aux patients (s'ils sont suivis ou pas)
- d. Lors d'une RIP, faire une vraie CIP en direct pour montrer comment cela se passe, et montrer le formulaire à remplir sur l'écran
- e. Qu'une CIP sans patient soit organisée pour chaque interne en décembre, pour un patient qu'ils ont déjà vu (difficile quand ils ne l'ont pas encore vu) : particulièrement intéressant pour les patients complexes afin de définir les objectifs de l'année
- f. Bloquer une CIP dans un quartier avant l'ouverture des agendas ? Mais pas facile à faire correspondre à l'agenda des infirmières car certains patients ne restent pas dans le même quartier (cfr langue du médecin, sexe du médecin etc.)
- g. Une nouvelle CIP peut être agendée à la fin de la IP précédente : plus facile à organiser (= expérience d'un CDC).

4. Mieux se connaître : comment se rencontrer davantage et créer du lien ?

Certains médecins relèvent qu'ils n'ont pas assez de temps de pause pour venir discuter avec nous et que nous soyons éloignés géographiquement complique encore les choses. Certains médecins ont essayé de venir nous voir mais nous étions à chaque fois occupées en consultation. Ils ont donc décidé de ne plus se déplacer mais de nous appeler au 33716.

Le manque de connaissance est un véritable problème, dès que l'on se connaît c'est plus facile de communiquer.

Une interne dit qu'une infirmière la confond toujours avec une autre. Une autre découvre lors de cette RIP que Géraldine n'a pas la tête de Christelle.

A la CAMSCO, les infirmières et les médecins se connaissent rapidement car travaillent ensemble : cela facilite les choses.

Être en présentiel est un plus, des médecins regrettent que les RIP soient toujours en distanciel, ils se demandent pourquoi (trop nombreux pour la capacité de la bibliothèque ?).

Propositions :

- a. Chaque nouvel interne viendra durant 1h à la consultation infirmière courant novembre
- b. Refaire les RIP en présentiel dès que possible
- c. Un repas en commun tous les 2 mois au restaurant du 10ème étage avant les « RIP fonctionnelles »
- d. Dès la fin du Covid, repas canadien à la bibliothèque 1x/mois (organisé à tour de rôle par plusieurs personnes)
- e. Si une RIP se termine plus tôt, rester et partager autre chose (plutôt que se précipiter pour faire l'administratif en retard)

5. Co-construction des futures « RIP fonctionnelles »

Les médecins relèvent un manque de temps commun en « live » et aimeraient pouvoir partager sur des cas complexes en interpro en RIP, que ces RIP ne soient pas que formatrices.

Pour certains médecins, les futurs RIP devraient être plus pratiques (explications de matériel : flacons de selles, glucomètres, stylos auto-piqueurs etc.) et plus interpro, permettant le partage de situations complexes.

S'il y a trop de liberté de parole, risque qu'il n'y ait rien qui se passe : nécessité de proposer des sujets de discussion (cfr anciennes RIP où l'on se regardait en chiens de faïence et où on écourtait régulièrement les RIP)

Propositions :

- a. RIP fonctionnelle = lieu pour exprimer ses difficultés, les zones d'ombre, les questionnements
- b. Lieu pour proposer de nouvelles idées
- c. Lieu pour pointer ce qui va bien
- d. Proposer une liste (sujets de base) pour lancer la discussion
- e. Présentation de situations complexes : discussion entre l'interne et son superviseur pour voir quel patient complexe il pourrait présenter – les superviseurs pourraient les aider à les identifier (même si c'est l'interne qui choisit le patient dont il veut parler).
- f. Faire des RIP pratico-pratiques avec démonstration de matériel

Annexe 22 : Formation des infirmières du 19 octobre

19 octobre : « Compte-rendu de la relation du patient avec ses médicaments » et « que communiquer à la prochaine volée d'internes » (3h)

Besoin 3 : Communiquer efficacement avec les médecins concernant l'adhésion en se montrant proactive sur le sujet et en formalisant des transmissions écrites pertinentes.

Objectifs 2.3 - 3.3

Matériel à prévoir : clé USB – photocopies du compte-rendu de la pharma 24 + de notre proposition

9h-9h50 : Stratégies de résolution suite aux séances avec les médecins (50 min)

Reprise des stratégies imaginées les 5 et 7 octobre

Choix des stratégies que l'on mettra en place

Attribution des tâches à effectuer aux 5 infirmières

9h50 – 10h : Pause (10 min)

10h – 10h50 : Le compte-rendu écrit de la relation du patient avec ses médicaments (50 min)

Objectifs de ce compte-rendu

Présentation du modèle de Fischer

Présentation du masque de compte-rendu écrit avec explication de son origine (adaptation du compte-rendu de la pharma 24)

Invitation à le « critiquer » (remarques, critiques, suggestions)

Leur faire faire le lien avec l'outil « moi et mes médicaments » découvert lors de la matinée du 13 octobre

Exercice : en remplir un ensemble

10h50 – 11h : Pause (10 min)

10h – 10h50 : Que transmettre à la future volée d'internes ? Les grandes lignes de futures réunions interprofessionnelles (50 min)

Objectifs ? Thèmes ? Fréquence ? Moyens pédagogiques ? Tracer les grandes lignes pour pouvoir réserver des réunions sur le sujet – elles seront fignolées au fur et à mesure durant l'année.

11h50 – 12h : Evaluation et conclusion (10 min)

Résumé de la matinée / évaluation des différentes séances

Annonce du menu de la séance du 9 novembre

Annexe 23 : Répartition des tâches pour améliorer la collaboration interprofessionnelle

1. Mieux se connaître	
GNPE	Envoie un mail à CHLR pour l'organisation d'une rencontre avec les AS + les infirmières du PSM et de la CAMSCO. Objectif : mieux se connaître +clarifier les rôles/responsabilités (suivi diabéto, INR ...) Moyen : réunion d'1 h avec IRES présents (PSM : jeudi 13h30-14h30 ?)
GAPI	Met à jour du trombinoscope des médecins 2x/an
GAPI	Envoie un mail au secrétariat (Rosy) pour connaître l'organisation des heures d'observations des internes chez les infirmières puis agende les plages dans notre GRECO.
CHPX	Imagine le listing prérempli pour documenter brièvement ce que l'interne a pu voir et avec qui.
GAPI	Le transforme en tableau (feuille volante dans notre cahier de transmissions)
GNPE	Vérifie auprès d'Olivia et Mélissa qu'elles lancent l'organisation du repas en commun 1x/2 mois avant RIP fonctionnelle
DALZ	Initie un cahier intitulé « RIP fonctionnelles » et « Ordre du jour colloques » (envers du cahier de transmission) pour pouvoir noter les idées de sujets à proposer (difficultés, questionnements, idées nouvelles, ce qui va bien, situations complexes, pratiques avec démonstration de matériel)
2. Se tenir informé des changements/procédures et mieux suivre les projets en cours	
DALZ	Met le thème à l'ordre du jour du prochain colloque : <ul style="list-style-type: none">- Inclusion des différentes professions lors des prises de décision- Copie à notre responsable lors de mails de procédure- Utilisation du groupe infirmières quartiers- Réinstauration du carnet de suivi des affaires en cours- Possibilité de délégation de notre responsable aux infirmières pour certaines réunions ?- Compte-rendu systématique de la réunion des cadres du lundi ?
3. Communication aux nouveaux internes sur ce que l'on fait + faciliter la connaissance de l'infirmière qui suit le patient	
GAPI + DALZ	Préparation de la 1ère présentation très succincte Préparation de la 2ème plus détaillée avec l'aide de l'équipe : <ul style="list-style-type: none">- Comment trouver facilement si les patients sont suivis par les inf. quartiers : leur montrer concrètement comment voir ça sur DPI (on n'enverra une copie de nos consultations via la messagerie DPI uniquement dans les situations particulières).- Présentation d'exemples concrets de ce qu'elles font (vignette)- Donner des informations pratiques, par exemple : comment débuter le suivi des INR cap, où se trouve le saturomètre, comment effectuer une introduction d'insuline- Séparer les présentations salle ttt/Quartiers- Proposer aux médecins de poser la question aux patients A redire à la 2ème RIP
GNPE	Demande à Olivia quelles sont les dates prévues de présentation.
GNPE + CHPX	Prévoient une RIP interpro en janvier ciblée sur les CIP (mardi + jeudi). <ul style="list-style-type: none">- Définir une CIP

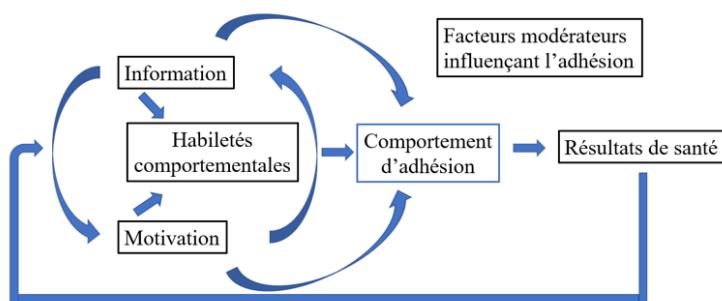
	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en avant les objectifs d'une CIP - Utilisation d'une vignette : jeu de rôle avec démonstration sur le formulaire - Mettre en avant les objectifs des CIP, qu'est-ce qu'une CIP ? - L'organisation d'une CIP sans patient pour chaque interne en décembre, pour un patient complexe qu'ils ont déjà vu, afin de définir les objectifs de l'année, sera revue à la rentrée académique 2022 (manque de temps infirmier pour l'instant et utilité à redéfinir en fonction des résultats de ce qui aura déjà été mis en place cette année (RIP consacrée à la CIP et explication claire de comment ils peuvent savoir que leurs patients sont suivis par une infirmière et où trouver les formulaires des infirmières quartiers)
GNPE	Se renseigne sur qui reprend l'organisation des RIP
4. Faciliter aux médecins la recherche d'information sur les procédures	
Description des procédures qui seront mises sur intranet :	
GAPI	Procédure MAPA (conseils aux patients + prescription)
GAPI + DALZ	INR
SOLR + CHPX	Demande de suivi diabéto + mise sous insuline
CHPX + GNPE	La CIP (définition, objectif, comment la demander etc.)
GNPE + GAPI	Différence/description des activités des inf. salle de ttt et des inf. des quartiers Lister et expliquer les procédures de la salle de traitement (shellong, breathtest, ferinject, sang occulte ...) à déléguer à NBRA + DUSK.
GNPE + SOLR	Lister et expliquer les activités des quartiers.
DALZ	Note à l'ordre du jour du prochain colloque de rediscuter des fonctions pulmonaires simples – consultation obésité – soutien pour clarifier avec CHLR ce qu'on fait. Fonctions pulmonaires : les retirer de la liste activités Infirmières Quartiers si obsolète. (Podologie - vers qui envoyer les patients, comment s'y prendre - : attendre changement Lamal).
5. Utilisation des outils TeamStepps : Lesquels, dans quelles circonstances ?	
SCAR – quittance de transmission – SMS - Briefing /concertation / debriefing A redéfinir ensemble lors d'une prochaine réunion d'équipe.	

+ résultats des décisions du colloque d'équipe ? Journée off en janvier pour parler projets

Annexe 24 : Modèle de Fischer, rapport de la pharma 24 et création du « rapport d'entretien infirmier sur la relation du patient avec ses traitements »

Le modèle de Fischer : « The IMB model of adherence »

- Une théorie socio-cognitive développée en 1992 dans le cadre du HIV pour éclairer les comportements face aux médicaments
- 3 éléments cardinaux vont favoriser l'intention et la prise réelle :
 - o **Information** : Besoin d'information et connaissances (cognitif)
 - o **Motivation** : Motivation à prendre ses médicaments
 - o **Behavior** : Habilétés comportementales vis-à-vis des médicaments
- Le contexte qui va influencer l'intention et la prise réelle sont les « modulateurs du modèle »
 - o Facteurs psychosociaux
 - o Facteurs socio-démographiques
- La boucle de rétroaction du modèle de Fischer :



Rapport de la pharma 24 :

 port interne d'entretien avec le patient																										
Patient : Prénom : Nom : Médecin :	Date de l'entretien : [2018-10-02] 12:00:00 AM	Période analysée : 21.09.18 au 02.10.18																								
Appréciation du pharmacien <i>L'adhésion semble bonne, le pilule est souvent tout les jours, à 8h-20 les jours, elle prend, mais avec un horaire fluctuant les jours à domicile, prise juste à minuit. Bien que les résultats cliniques ne soient pas bons, Madame n'exprime pas pour l'heure des problèmes d'adhésion (à suivre). Comptage : 97%</i>																										
VALIDATION DU PILULE AVANT LECTURE Doses préparées en avance : non Temps entre ouverture et ingestion : < 1h après l'ouverture Période non monitorée : non																										
OUBLIS - RAPPORTÉ PAR LE PATIENT Oublis(s) non rattrapé(s) : Non Type d'oubli :																										
Facteurs facilitateurs et barrières <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>TRAITEMENT</td> <td>Facilitateurs :</td> <td>Barrières :</td> </tr> <tr> <td>ASPECTS PSYCHOCOGNITIFS</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Facilitateurs :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>+ Motivation</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES</td> <td>Facilitateurs :</td> <td>Barrières :</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Facilitateurs :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>+ Confiance en le médecin</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			TRAITEMENT	Facilitateurs :	Barrières :	ASPECTS PSYCHOCOGNITIFS			Facilitateurs :			+ Motivation			ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES	Facilitateurs :	Barrières :	AUTRE			Facilitateurs :			+ Confiance en le médecin		
TRAITEMENT	Facilitateurs :	Barrières :																								
ASPECTS PSYCHOCOGNITIFS																										
Facilitateurs :																										
+ Motivation																										
ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES	Facilitateurs :	Barrières :																								
AUTRE																										
Facilitateurs :																										
+ Confiance en le médecin																										
Symptômes et effets indésirables <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>DESCRIPTION</th> <th>INTENSITE</th> <th>FREQUENCE</th> </tr> <tr> <td>cf. ci-dessous</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>DESCRIPTION</th> <th>INTENSITE</th> <th>FREQUENCE</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			DESCRIPTION	INTENSITE	FREQUENCE	cf. ci-dessous			DESCRIPTION	INTENSITE	FREQUENCE															
DESCRIPTION	INTENSITE	FREQUENCE																								
cf. ci-dessous																										
DESCRIPTION	INTENSITE	FREQUENCE																								
Détails de l'intervention <small>GESTION: elle parle de son rituel du matin, douche, elle s'habille, et prend son comprimé avec un jus d'orange, sans manger. Elle dit aussi 'quand j'ai congé, quand j'en ai envie, je laisse aller. Je ne refais pas.' Mais elle dit s'assurer de la prise grâce au pilule au moment du coucher, son médicament de nuit. Elle prend donc deux pilules.</small> <small>MOTIVATION: le traitement 'la gêne plus par compensation à sa situation il y a 2 ans où elle avait peur des effets indésirables, peur de la "chimie", peur du médicament "poison", elle pensait que "ça allait la tuer" suite à tout ce qu'elle avait lu. Elle ne voulait pas 'servir de cobaye', la peur commence à se dissiper. Sa motivation est bonne (10/10), 'je vais au bout des choses', 'je crois au médecin'. Le médicament m'aide à ne pas être malade.</small> <small>INFORMATION: RAS.</small> <small>Effets indésirables: ses douleurs à l'estomac, dont elle se plaignait à la dernière visite ont disparu grâce, selon elle, à ce qu'elle ait distribué ses médicaments sur 2 prises journalières le matin et le soir, avant elle prenait 4-5 cpr le matin (dor...), maintenant elle n'en prend plus que 2 le matin.</small> <small>But pour la prochaine visite: suivre l'évolution des nausées. S'intéresser à l'adhésion aux autres médicaments, sur proposition de la patiente.</small>																										
Notes internes <small>Il ne devait pas y avoir d'entretien (que refill). Mais Mme A a accepté de faire un entretien filmé (cf. consentement) à titre de formation.</small>																										
 Polyclinique Médicale Universitaire Tel. 4 49 48																										

Rapport d'entretien infirmier sur la relation du patient avec ses traitements :

Patient.e : <Texte>

Infirmier.e : <Texte>

Date de l'entretien : <Texte>

Médecin : <Texte>

Evaluation infirmière (bref descriptif factuel de la situation)

<Texte>

Aspects psycho-cognitifs (connaissances de ses médicaments : indication, posologie, précautions d'emploi, effets d'une prise irrégulière - représentations, sens - besoin d'information – émotions)
<Texte>

Contexte (financier - socio-familial dont influence de l'entourage - psychologique : dépression/anxiété, addiction - culturel/croyances - spirituel/religieux – niveau de partenariat avec médecin prescripteur - littératie en santé/niveau d'alphabétisation/numération)
<Texte>

Motivation (ressenti : sentiment d'importance, confiance en ses capacités, prêt, à l'aise - échelles de 1 à 10 pour évaluer le degré d'acceptation et de motivation)
<Texte>

Médicaments (oublis : causes, stratégies, rattrapage des doses manquées - effets bénéfiques/effets secondaires, y compris nocebo - lourdeur du traitement - traitements alternatifs - effets sur la sexualité)
<Texte>

Gestion à domicile (gestion habituelle - gestion des imprévus : invitation, maladie, vacances, voyages, alcool/drogues etc. - difficultés/obstacles - facilitateurs/ressources, dont personne de référence)
<Texte>

Autres

<Texte>

Synthèse : ressources et freins

<Texte>

Objectif défini avec le patient

(SMART : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste/récompensé, temporellement défini)

<Texte>

Annexe 25 : Formation des infirmières du 9 novembre

9 novembre : Que faire pour que ce projet ne tombe pas aux oubliettes ?

Objectif : assurer la pérennité du projet

Matériel à prévoir : clé USB

15h – 15h15 : Que faire pour que le projet ne tombe pas aux oubliettes ? (15 min)

Brainstorming : idées pour faire perdurer l'effort de collaboration interpro ?

15h15 – 16h : Co-construction d'un outil d'auto-évaluation (échelle d'évaluation critériée) (45 min)

Présentation de l'objectif : favoriser la mise en pratique des acquis de la formation : faire le point pour motiver au changement, favoriser l'engagement.

Présentation du principe d'une échelle critériée descriptive avec exemple

Co-construction proprement dite : critères et indicateurs

Déterminer ensemble quand l'utiliser

Annexe 26 : Co-construction de solutions et d'outils pour faire perdurer le projet

Idées retenues :

- Contrôle de connaissance de la « tête des internes » : faire régulièrement un « Qui est-ce ? » après les transmissions plus courtes que prévues (plage 13h – 13h30) à partir du trombinoscope des médecins.
- Faire un pointage de situation tous les 6 mois (juin et décembre) sur la mise en place des solutions, l'utilisation des outils et l'organisation de réunions interprofessionnelles sur le sujet (cfr pointage de l'utilisation des outils et échelle critériée descriptive ci-dessous)
- Besoin pour les infirmières de revoir les outils avant de se lancer avec les patients : agendé en janvier pour certains outils (« Auto-évaluation de ma posture éducative », « Moi et mes médicaments », « Rapport d'entretien de la relation du patient à ses médicaments », « Carte visuelle de traitement »).
- Besoin d'une séance pour s'approprier les outils TeamStepps : agendée sur février.

Aide au pointage de l'utilisation des outils, organisation de réunions

Pointage de l'utilisation des outils

Date	Etiquette patient	Auto-éval posture éducative	Moi et mes médicaments	Rapport d'entretien infirmier	Carte de traitement visuelle
Difficultés/bénéfices/commentaires					
Difficultés/bénéfices/commentaires					
Difficultés/bénéfices/commentaires					
Difficultés/bénéfices/commentaires					

Nombre de RIP animées (interpro ou adhésion médicamenteuse)

Date	Thème

Nombre de CIP réalisées

Date	Patient	Date	Patient

Utilisation de TeamStepps :

Solutions mises en place pour améliorer la collaboration interpro :

Co-construction d'une échelle critériée descriptive pour évaluer dans quelle mesure on s'est donné les moyens de progresser dans la collaboration interprofessionnelle et soignant/patient autour des médicaments

0 : absent	1 : insuffisant	2 : débutant	3 : performant	4 : confirmé
Critère n°1 : Mise en place des solutions proposées				
Rien n'a été mis en place	Quelques rares solutions ont été mises en place	Une majorité des solutions ont été mises en place	Toutes les solutions ont été mises en place	Des solutions supplémentaires ont été mises en place
Critère n°2 : fréquence de l'utilisation des outils				
L'outil n'a jamais été utilisé	L'outil a rarement été utilisé	L'outil a été utilisé quelques fois	L'outil a souvent été utilisé	L'outil a souvent été utilisé et des propositions d'amélioration ont été faites
Critère n°3 : Communication écrite : utilisation du rapport d'adhésion				
Le rapport n'a jamais été utilisé	Le rapport a rarement été utilisé	Le rapport a été utilisé quelques fois	Le rapport a souvent été utilisé	Le rapport est « systématiquement » utilisé (au moins 1x/an par patient) et des améliorations ont été proposées
Critère n°4 : Communication orale : utilisation des outils de TeamStepps				
Aucun outil n'a jamais été utilisé, ils n'ont pas été intégrés	Les outils ont été compris mais n'ont pas été utilisés	Les outils ont rarement été utilisés	Les outils sont régulièrement utilisés	Les outils sont systématiquement utilisés en cas de besoin
Modalités d'utilisation :				
<u>Avant la réunion biannuelle :</u>				
Chacune remplit son échelle				
- Par rapport à la perception qu'elle a de l'équipe				
- Par rapport à elle-même				
Et se demande ce qui nous aiderait à augmenter de niveau dans chaque critère				
<u>Partage en réunion :</u>				
- Autour des différentes perceptions de l'équipe et de ce qui pourrait améliorer les choses				
- Autour de notre regard sur nous-mêmes (facultatif) et la manière dont nous pourrions participer à la progression de l'équipe (objectif SMART)				
- Décision				

Annexe 27 : Préparation des patients partenaires : « Se préparer à rencontrer les soignants »

2 septembre : Patient partenaire : un nouveau rôle au sein du SMPR, un changement majeur pour la formation des soignants (2h)

Objectifs pour les 2 séances : Se préparer à faire un entretien avec les soignants sur le thème des médicaments

- En ayant identifié les messages qu'ils ont envie de transmettre aux soignants
- En ayant appris à réaliser un feedback constructif
- En se connectant à leur ressenti

Matériel nécessaire :

- 1 métaplan + cartons + feutres
- 6 exemplaires de la réflexion sur leur expérience
- Pauses : café – thé - eau + de quoi grignoter quelque chose

10h – 10h45 : Introduction : présentation des personnes et du projet (45 min)

Accueil, remerciements et présentation des objectifs (10 min)

Se présenter et parler des 2 autres formatrices
Les remercier de leur présence - parler de notre enthousiasme, de l'importance de les inclure
Objectifs de leur formation : faire connaissance, réfléchir au rôle d'un patient partenaire et apprendre à faire un feed-back constructif après un « jeu de rôle » avec les soignants, sur base de leur ressenti.

Icebreak (20 min)

Prénom, origine, métier, passion personnelle, point de confort, motivation à devenir patient partenaire (« pourquoi j'ai accepté de participer ») Géraldine écrit sur Méplana les prénoms et les points de confort Daniela commence – point de confort = non-jugement avec exemples à l'appui. Géraldine termine avec les points importants qui ne seraient pas sortis : confidentialité – se dire les choses/liberté de dire si cela ne convient pas – couper les téléphones
--

Présentation du projet sur PowerPoint (15 min) :

Très brève présentation du contexte du DAS, de l'ETP, de l'enquête, des objectifs de la formation du 13/10 pour les soignants Présentation de la matinée du 13 octobre : Déroulé dans les très grandes lignes Rôle particulier de Rousselle lors des parties 1 et 2 Objectif de leur intervention dans la partie 3 (permettre aux soignants de travailler leur posture lors d'un entretien autour des médicaments) Description du public de soignants qui participeront à la formation

Nos attentes respectives (10h45 : 15 min)

Leur demander comment ils imaginent leur intervention :

- Qu'est-ce qu'ils voudraient
- Qu'est-ce qu'ils ne voudraient surtout pas (inconfort, craintes ...)

Présenter nos attentes

Bienveillance par rapport aux participants qui seront peut-être maladroits mais auront envie de bien faire
Feedback constructif comprenant des points positifs (exercices le 7/9)

	<p>Vous laisser guider : ce n'est pas à vous d'animer l'atelier, c'est la formatrice qui est garante de la formation des soignants</p>
	<p>Vous connecter à votre ressenti, votre expertise à vous c'est vos tripes, votre vécu, vos besoins, vos émotions. Les participants attendent qu'on leur dise « ça fait quoi ? ». C'est en vous observant et en écoutant vos réponses spontanées qu'ils apprendront à voir s'ils sont adéquats ou s'ils doivent changer leur façon de faire. Il ne s'agit pas de donner des leçons, de dire aux soignants ce qu'ils doivent faire, mais de dire ce qui aidant et ce qui est difficile.</p>
	<p>Être spontanés : vous êtes des patients partenaires, pas des acteurs.</p>

Mise en accord sur nos attentes respectives.

Pause-café (11h : 5 min) ... plus longue si possible

C'est quoi pour moi un bon soignant par rapport à la collaboration soignant/patient autour des médicaments (prescription, suivi, envoi chez l'infirmière) ? (11h05 : 30 min)

Qu'attendent-ils des soignants (médecins/infirmières) ? C'est quoi un soignant efficace, aidant par rapport à la prise des médicaments ? Quelles sont les conditions d'une bonne collaboration ? Qu'est-ce que les soignants ont besoin d'apprendre ?

Partir d'un jeu de rôle joué par Daniela et Géraldine : un médecin a prescrit à la patiente un médicament contre l'HTA suite à la constatation de TA hautes tant au cabinet qu'à la maison. La patiente ne prend pas son médicament. Lors de la consultation suivante 1 mois plus tard, le médecin constate que la TA de la patiente est toujours haute et lui demande si elle prend bien son médicament.

	<p>Je de rôle 1 : la patiente lui répond par l'affirmative. Le médecin augmente les doses du médicament car pense que le traitement est insuffisant.</p>
	<p>Jeu de rôle 2 : la patiente lui répond par la négative. Le médecin lui en demande la raison, elle répond qu'elle a oublié. Le médecin lui propose des solutions pour ne pas oublier et lui dit qu'elle va fixer un prochain RDV dans 1 mois pour voir l'efficacité du médicament.</p>

Questions :

- Comment la soignante pourrait-il être plus efficace/aidant par rapport à la prise de médicaments ?
- Quelles seraient les conditions pour qu'une réelle collaboration s'instaure entre la soignante et la patiente ?
- Qu'est-ce que la soignante ne devrait surtout pas faire / a besoin d'apprendre ?

(Réflexion individuelle (écrire une idée par carton) puis en groupe (métaplan géré par Daniela : chacun illustre ses cartons oralement par des exemples).

Conclusion : leur demander ce qu'ils aimeraient faire passer comme messages aux soignants sur la collaboration soignant/patient autour des médicaments

Discussion autour de ce qu'ils peuvent apporter aux soignants (11h35 : 15 min)

C'est quoi être patient partenaire pour eux ? (Daniela écrit sur le Métaplan)

Conclusion

	<p>Mettre en évidence leur expertise, à savoir la richesse de leur savoir expérimentiel (vie quotidienne avec maladie chronique, prise de médicaments sur le long terme, relation avec les soignants, parcours de soin ... vécu, émotions, besoins)</p>
	<p>But de leur intervention : donner aux soignants l'occasion d'apprendre (cadeau qu'ils leur font !). Dans la vraie vie, les soignants n'ont pas l'occasion d'avoir ce feed-back.</p>

	Projet : créer un pool de patients SMPR pour les engager dans d'autres formations, co-construction de projets, création ou révision de document. Certaines activités pourront faire appel à leur témoignage, d'autres, comme ici, à des « jeux de rôle », d'autres encore à leur avis, selon nos besoins, leurs envies et leur disponibilité. 1ère expérience cette année.
--	--

Conclusion générale et présentation du travail à faire avant la séance suivante (11h50 : 10 min)

	Réfléchir à leur expérience à partir du support ci-après, d'ici la prochaine séance - Qu'est-ce que j'ai envie de partager de mon histoire ? - Est-ce que je garde mon vrai prénom ?
	Leur donner un exemplaire des questions de l'outil « moi et mes médicaments » pour pouvoir se préparer au genre de questions qui seront posées.
	Présenter le contenu de la prochaine séance : s'exercer à faire un feed-back constructif.

REFLEXION SUR MON EXPERIENCE

Prénom (vrai ou inventé)

Qu'est-ce que je peux/veux partager de mon histoire ?

Ma relation avec mes médicaments, mon comportement par rapport à mes médicaments

Les sujets dont je ne veux pas parler : ai-je besoin d'aide pour parvenir à les esquiver ?

7 septembre : Patient.e partenaire : un nouveau rôle au sein du SMPR, un changement majeur pour la formation des soignants (2h)

Objectifs pour les 2 séances : Se préparer à faire un entretien avec les soignants sur le thème des médicaments

- En ayant identifié les messages qu'ils ont envie de transmettre aux soignants
- En ayant appris à réaliser un feedback constructif
- En se connectant à leur ressenti

Matériel nécessaire :

- 1 métaplan + cartons + feutres
- 6 exemplaires de la réflexion sur leur expérience
- 6 exemplaires des questions de l'outil « moi et mes médicaments »
- Pauses : café – thé - eau + de quoi grignoter quelque chose
- 1 blouse blanche pour le jeu de rôle

Introduction (13h : 10 min)
Comment ils se sentent, comment cela a évolué dans leur tête depuis la 1ère séance ?
Rappel de leur autonomie et de la nôtre
Qu'est-ce qu'ils ont compris de leur rôle
Quelles questions restent en suspens ?
Discussion autour de ce qu'ils partagent de leur expérience (13h10 : 20 min)
Gardent-ils leur prénom ?
Ont-ils besoin d'aide pour esquiver ce qu'ils ne veulent pas partager ?
Expérimentation et apprentissage à réaliser un feed-back constructif (13h30 : 75 min pause comprise) :
15 min d'explications + jeu de rôle
Pause 15 min
15 min d'expérimentation pour chacun des 3 patients
Rappel des consignes qui seront données aux soignants : comprendre la réalité du patient par rapport à ses médicaments pour mieux collaborer avec lui
Consignes au patient pendant l'entretien : être eux-mêmes, spontanés : ni trop durs ni trop faciles
Leur donner les clés pour faire un retour constructif, pertinent, motivant
Objectif : tirer les soignants vers le haut, les encourager à progresser
Donner une feuille avec les principes de base :
<p>Dire d'abord le positif</p> <p>Ensuite ce qui a été moins bien vécu</p> <p>Possibilité de dire « j'aurais aimé que vous ... ou cela m'aurait aidé que vous ... »</p>
Créer leur début de phrase :
<p>J'ai beaucoup apprécié/aimé/je me suis senti à l'aise/compris quand vous avez dit ... ou fait ...</p> <p>Je me suis senti en difficulté/j'étais moins confortable quand ...</p>
Ne pas donner des appréciations générales, mais des éléments précis en donnant des critères ou des raisons (j'ai aimé ou pas aimé parce que ...) : des exemples concrets
Leur expliquer notre méthode de debriefing (pour éviter la surprise et l'impression d'être mis de côté)
<p>Debriefing du soignant qui s'est lancé</p> <p>Debriefing des observateurs</p> <p>Debriefing du patient (à la fin !) :</p> <p>Qu'est-ce qui a été aidant/plus difficile</p> <p>De quoi vous auriez eu besoin pour vous sentir plus à l'aise (rappeler de rester sur son ressenti, de ne pas tenir compte de ce qui a été dit précédemment, aucun jugement sur leur prestation, pas de juste ou de faux)</p>
Jeu de rôle (entretien + feed-back) par Daniela et Géraldine pour leur montrer comment cela va se passer (Daniela fait le soignant, Géraldine la patiente)
Daniela joue la soignante apprenante avec chaque patient (descriptions variées ci-après), et Géraldine la formatrice
<ul style="list-style-type: none"> - Apprenante qui parle trop - Apprenante qui bombarde de questions, ne reformule pas - Apprenante qui se lance dans des explications alors qu'il est censé écouter le patient - Apprenante qui dit au patient ce qu'il doit faire, absence de mise en accord - Apprenante qui essaye, hésite, recommence 3x ses phrases

- Apprenante qui effraie le patient en mettant en avant les complications
- Apprenante qui propose des solutions
- Apprenante qui fait tout bien
- Apprenante qui, lors du feed-back, pense qu'elle a tout bien fait alors qu'elle n'a pas laissé parler le patient ou qu'elle a proposé des solutions

Conclusion (14h45 : 15 min)

Comment se sentent-ils ?

De quoi ont-ils encore besoin pour se sentir à l'aise le jour J ?

Remplissage des documents administratifs

Leur préciser qu'ils recevront un compte-rendu de ce qui s'est dit dans les 2 séances.

Annexe 28 : Fruit de la réflexion des patients partenaires

Nos points de confort pour ces deux rencontres

- Le non-jugement
- La tolérance
- L'ouverture à la différence
- La confidentialité
- Se dire les choses
- Être peu nombreux met déjà à l'aise

Pourquoi j'ai accepté de participer à ce projet

- Parce que le sujet des médicaments m'intéresse
- Parce que j'ai une relation de confiance avec l'infirmière qui me l'a proposé
- Pour découvrir quelque chose de nouveau
- Pour apporter mon point de vue

Ce que je voudrais pour la matinée du 13 octobre

- Qu'on m'écoute
- Qu'on fasse attention à moi
- Qu'il y ait une bonne entente entre tous
- Être à l'aise
- Prendre du plaisir

Ce que je ne voudrais surtout pas pour la matinée du 13 octobre

- Qu'on ne me croit pas
- Être contredit
- Qu'on ne me fasse pas confiance
- Qu'on décide à ma place
- Que les gens se moquent de moi ou me jugent
- Qu'on soit dérangés par des sonneries de téléphone

Un bon soignant, à mes yeux, c'est celui qui ...

- Laisse le patient s'exprimer
- L'invite à s'exprimer s'il ne dit pas grand-chose
- Sait poser des questions ouvertes qui invitent à parler
- Crée une relation de confiance avec ses patients
- Propose des alternatives au traitement et les explore
- Laisse le choix final au patient et l'accompagne dans ce choix
- Explique les choses (la maladie, comment le médicament agit etc.)
- S'assure que le patient a compris les informations en lui faisant redire les choses
- Se met d'accord avec le patient
- N'effraie pas le patient
- Connaît le dossier du patient
- Prend le temps nécessaire avec le patient (= le plus important)

Être patient partenaire pour moi c'est ...

- Collaborer avec les soignants en toute confiance
- Valoriser les soignants, cela leur donne de l'énergie, du PEPS, c'est important
- Partager mes idées
- Partager mon vécu
- Ecouter le soignant, puis lui dire comment je vois les choses et pourquoi

Comment faire un retour constructif

- PARLER EN « JE »
- Donner des exemples précis
- Dire d'abord le positif

J'ai beaucoup apprécié / aimé ...

Je me suis senti à l'aise /compris quand vous avez dit ...

- Ensuite ce qui a été moins bien vécu

Je me suis sentie en difficulté quand ...

Ce n'était pas très confortable pour moi au moment où ...

- Ensuite de quoi vous auriez eu besoin

J'aurais eu besoin que vous ...

Cela m'aurait aidé que vous ...

Annexe 29 : Matinée du 13 octobre sur la collaboration soignant-patient autour des médicaments

13 octobre : Améliorer la collaboration soignant/patient autour des médicaments	
Matériel à prévoir :	
Liens Klaxoon 40 Exemplaires de l'outil « Auto-évaluation de ma posture éducative » 40 Exemplaires de l'outil « Moi et mes médicaments » 40 Evaluations destinées aux participants	
Introduction (8h – 8h15 :15 min)	
Présentation de l'équipe projet + des patients partenaires PowerPoint d'introduction très court sur <ul style="list-style-type: none">○ Le contexte du travail de DAS (définition de l'ETP, question de départ, objectifs)○ Le travail en parallèle sur l'amélioration de la collaboration médico-infirmière	
Temps 1 : « Causes et conséquences de la non-adhésion » (8h15 – 9h15 : 1h)	
Besoins 4 : Elargir leur compréhension des causes et conséquences multiples de non-adhésion et identifier les bénéfices à consacrer du temps à l'adhésion. Objectifs 4.1 à 4.6	
Objectifs : Elargir leur compréhension des causes et conséquences multiples de non-adhésion et identifier les bénéfices à consacrer du temps à l'adhésion.	
8h15 (10 min)	Test sur l'adhésion des participants aux recommandations médicales : On demande aux participants de répondre vrai ou faux aux différentes questions (sur klaxoon) (5 min) Je mange 5 fruits et légumes chaque jour Je fais minimum 30 minutes d'activité physique chaque jour Je ne m'expose jamais au soleil sans protection solaire Je mets ma ceinture dès que je monte en voiture, même pour les très courts trajets Je m'arrête toujours de conduire dès les premiers signes de fatigue Je ne prends jamais le volant si j'ai pris 2 ou 3 verres d'alcool (femmes/hommes) ou plus
	Debriefing (5 min) Qui a répondu vrai aux 6 questions ? Est-ce que certains ignoraient certaines recommandations ? Est-ce que certains n'accordent pas de crédit à ces recommandations ? Si ce n'est pas un problème de connaissances ni de crédit par rapport à ces recommandations, qu'est-ce qui fait que la majorité d'entre vous ne respecte pas toujours ces recommandations ?
	Message : ce n'est pas parce qu'on sait ce qu'il faut faire pour la santé qu'on le fait, on a tous plein de bonnes raisons de ne pas suivre les recommandations, on fait « au mieux », on agit pour tendre vers un idéal. Nous-mêmes soignants n'arrivons pas à bien respecter ces recommandations, pour les patients atteints de maladie chronique c'est sans doute encore plus compliqué ... bref, tolérance et compréhension.
8h25 (20 min)	Témoignage de la patiente sur ses difficultés à prendre un traitement, ses représentations, son expérience avec les médecins et les infirmières (10 min)
	Interactions avec les soignants (10 min)

8h45 (20 min)	<p>Consacrer du temps à l'adhésion ?</p> <p>Proposer une liste des causes et conséquences « bateau » de la non-adhésion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causes : Manque de compréhension, oubli, imprévus, effets secondaires trop lourds, coût trop élevé des médicaments - Conséquences : Augmentation de la morbidité / mortalité, sécurité du patient, frustration des soignants <p>Leur demander d'en trouver d'autres</p> <p>En déduire les bénéfices à consacrer du temps à l'adhésion</p> <p>Lien avec la pratique / identifier ce qui est réalisable dans le temps à disposition / préciser ce que les infirmières peuvent faire + pharma 24</p>
8h55 (20 min)	<p>Résultats de l'enquête et théorie sur l'adhésion (présentation PowerPoint)</p> <p>Résultats de l'enquête (uniquement sur les causes et conséquences de la non-adhésion) – reprendre quelques verbatims des patients</p> <p>Que trouve-t-on dans la littérature ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causes et conséquences de la non-adhésion - Perspective soignant/patient – paradigme du partenariat patient
	<p>Messages-clés du temps 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombreuses causes de non-adhésion - Certaines viennent des soignants ou du système de soin - Conséquences importantes : bénéfices à consacrer du temps à l'adhésion - Indispensable de travailler avec le patient : adhésion à un projet commun
	<p>Pause de 15 min</p> <p>Temps 2 : « Facteurs freinant les patients pour révéler leurs difficultés liées à la prise de leurs médicaments » (9h30 – 10h15 : 45 min)</p> <p>Besoin 5 : Identifier les facteurs empêchant ou freinant les patients pour révéler leurs difficultés liées à la prise de leurs médicaments</p> <p>Objectifs 5.1 à 5.6</p>
9h30 (5 min)	<p>Test : « quand je n'ai pas fait ce qu'on m'a demandé de faire »</p> <p>Repensez à une des situations suivantes qui vous est probablement arrivée :</p> <p>Votre superviseur vous demande de faire 2 synthèses par mois, vous préférez dire que c'est en cours plutôt que vous n'avez pas commencé ...</p> <p>Vous arrivez en retard à une réunion et vous inventez une excuse bidon pour ne pas dire que vous vous êtes mal organisé ou que la réunion n'a pas beaucoup d'importance pour vous ...</p> <p>Qu'est-ce qui fait que vous ne dites pas toujours les choses telles qu'elles sont ? (<i>Si temps trop court : ne pas leur donner la parole, mais dire qu'on a tous un jour ou l'autre caché qu'on n'avait pas fait ce qu'on nous avait demandé de faire pour éviter d'être mal vu ou de recevoir une leçon de morale ...</i>)</p> <p>Message : pas facile d'avouer qu'on n'a pas fait ce qu'on attendait de nous car risque de modifier l'image que les autres ont de nous ... plus facile de « faire comme si ». Pareil pour les patients qui n'ont pas pris leurs médicaments, pas fait les glycémies demandées.</p> <p>Témoignage de la patiente sur ce qui me freine ou m'aide à parler du fait que je ne suis pas toujours la prescription (7 min)</p>

	Interactions avec les soignants (8 min)
9h50 (10 min)	Jouer avec la patiente une scène emblématique
	La patiente arrive à son RDV, le médecin lui demande comment elle va et ce qui l'amène (elle urine souvent la nuit. Le médecin regarde l'évolution de son HbA1c (elle est en augmentation) et lui demande si elle prend bien ses médicaments. La patiente répond par l'affirmative. Le médecin explore un peu (alimentation, activité physique) et lui prescrit ensuite un traitement plus important.
	Scène à critiquer en plénière : Comment le médecin aurait-il pu s'y prendre différemment?
	Revenir vers la patiente pour lui demander pourquoi elle a dit qu'elle prenait ses médicaments alors qu'elle ne les prenait pas.
	Orienter la discussion sur la posture (questions ouvertes, l'invitant à se raconter, repérer ses conceptions, dire que 50 % des patients ne prennent pas leur traitement comme il est prescrit parce que c'est difficile, construction commune du traitement (Que proposez-vous ? Que voulez-vous faire à ce stade ? Voici les choix possibles ... en voyez-vous d'autres ?)
10h00 (15 min)	Présentation PowerPoint
	Résultats de l'enquête : ce qui aide ou freine les patients à parler de leur adhésion (reprendre quelques verbatims)
	Littérature sur le sujet : ce qui freine les patients à s'exprimer + introduire la posture
10h15 (5 min)	Mes propres freins face au sujet de l'adhésion (réflexion individuelle)
	Proposer une liste
	Ceux qui empêchent mes patients de parler : <ul style="list-style-type: none"> - Je manque de temps et ils le ressentent - Je n'aborde pas le sujet - Ils ne me connaissent pas assez pour oser en parler - Ils ont peur de mes réactions
	Ceux qui m'empêchent moi-même de parler du sujet <ul style="list-style-type: none"> - Je manque de temps - Je ne saurai pas quoi faire si j'apprends qu'ils ne prennent pas leurs médicaments - J'ai l'impression que la plupart de mes patients prennent leurs médicaments
	Faire voter sur klaxoon et proposer de rajouter d'autres freins
	Inviter ceux qui ont proposé d'autres freins à s'exprimer
	Le patient me dit qu'il ne prend pas ses ttt : qu'est-ce que je risque ? Rien ! Cfr peur de ne pas savoir qu'en faire : or je peux explorer les représentations et difficultés du patient, adapter la prescription avec l'aide des CDC ou de spécialistes si nécessaire, l'envoyer chez l'infirmière ...

Messages-clé du temps 2 :

- C'est normal que les patients n'osent pas, nous avons tous vécu des situations similaires. Nous, soignants, pouvons nous atteler à faciliter la discussion.
- Nous pouvons créer les conditions pour que les patients se sentent libres et en confiance de s'exprimer sur leur prise médicamenteuse sans risquer de modifier l'image que nous avons d'eux.

Création des 3 groupes pour le temps 3 : Marie + Daniela / Olivia / Géraldine et 1 infirmière/ groupe

Pause de 15 min

Temps 3 : « Stratégies pour mieux collaborer avec le patient » (10h35 – 12h00 : 1h25)

Besoin 6 et 7 : Enrichir leurs stratégies (posture/ « outils ») pour repérer les patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit et les accompagner dans le processus.

Repérer les moments-clés et les professionnels compétents pour parler d'adhésion médicamenteuse avec les patients.

Objectifs 6.1 et 6.2 + 7.1 à 7.5

10h35 (15 min)	Ma posture Outil « Auto-évaluation de ma posture éducative » Présentation de l'outil Le leur faire remplir en ayant en tête la dernière consultation avec un patient un peu complexe Debriefing - Comment ça s'est passé pour vous ? - En quoi cet outil peut-il vous être utile ? - Mettre en avant ce qui, dans la posture, peut aider à repérer et accompagner les patients qui ne prennent pas leur traitement tel que prescrit avec, entre autres, la validation de la difficulté à suivre un traitement et l'exemple de comment on a réagi avec d'autres patients
10h50 (5 min)	Quand est-ce important de parler de la prise médicamenteuse /qui peut le faire ? Vignette : parcours du patient chronique au SMPR : Mr X, découverte d'un diabète chez son médecin traitant, va à la pharmacie, RDV chez le diabétologue, suivi chez l'infirmière et chez la diététicienne Questions : - A quel moment parler de la prise des médicaments ? - Qui peut le faire (ressources internes et externes) ?
10h55 (15 min)	Mes compétences/ « outils » - Rappel des outils évoqués lors des entretiens avec les soignants Faire apporter les boîtes de médicaments - Utiliser une carte de traitement - Le teach back (faire reformuler le patient pour s'assurer qu'il a bien compris). - Le semainier - La possibilité d'adapter la prescription - La possibilité de les envoyer chez les infirmières - Les voir plus fréquemment - Présentation de l'outil « moi et mes médicaments »
11h10 (40 min)	Expérimentation avec la patiente partenaire Objectif de l'entretien : comprendre la réalité de la patiente par rapport à ses médicaments afin d'initier un partenariat avec elle Consignes - Pensez à la posture - Aidez-vous de l'outil « moi et mes médicaments »

	Débriefing : <ul style="list-style-type: none"> - D'abord la personne qui a joué l'intervenant (choses positives + difficultés) - Ensuite le groupe (qu'est-ce qui a été aidant ?) - Ensuite la patiente (ce que j'ai vécu, ce qui m'a aidée, ce que j'ai particulièrement apprécié + ce qui m'aurait encore davantage aidée à me sentir libre de parler)
11h50 (10 min)	Conclusion en petits groupes
Messages-clé du temps 3 :	
<ul style="list-style-type: none"> - Importance capitale du partenariat (objectif = réussite d'une dimension relationnelle avec l'adhésion collective des partenaires ...) - L'amélioration de ma façon d'être/de faire induira des prises en soins plus efficaces et une plus grande satisfaction au travail ... 	
	Faire remplir l'évaluation
	Annoncer la création d'un fichier « adhésion médicamenteuse » sur intranet (site du SMPR)
	Remercier ++ les patients partenaires et les participants

Annexe 30 : Résultat des tests participants (klaxoon)

Test sur votre adhésion aux recommandations médicales : vrai ou faux ?	
47%	Je mange 5 fruits et légumes chaque jour
47%	Je fais minimum 30 minutes d'activité physique chaque jour
18%	Je ne m'expose jamais au soleil sans protection solaire
100%	Je mets ma ceinture dès que je monte en voiture, même pour les très courts trajets
65%	Je m'arrête toujours de conduire dès les premiers signes de fatigue
94%	Je ne prends jamais le volant si j'ai pris 2 ou 3 verres d'alcool (femmes/hommes) ou plus
Seulement 6% des participants ont répondu oui aux 6 questions	
Raisons : ce n'est ni un manque de connaissance ni un manque de crédibilité accordée aux recommandations (sauf pour 1 participant qui ne voit pas la nécessité de se protéger du soleil). C'est la vraie vie avec ses contraintes et ses aléas qui influence leur comportement.	
Mes propres freins face au sujet de l'adhésion : cochez toutes les propositions qui vous correspondent	
Les freins qui empêchent mes patients de parler du fait qu'ils ne prennent pas leur traitement :	
60%	Je manque de temps et mes patients le ressentent
45%	Je n'aborde pas le sujet
60%	Mes patients ne me connaissent pas assez pour oser en parler
45%	Mes patients ont peur de mes réactions
5%	Mes autres freins : « Manque de compréhension » « Peur d'une rupture de confiance »
Les freins qui m'empêchent moi-même de parler du sujet de l'adhésion médicamenteuse :	
59%	Je manque de temps
0%	Je ne saurai pas quoi faire si j'apprends que mes patients ne prennent pas leurs médicaments.
53%	J'ai l'impression que la plupart de mes patients prennent leurs médicaments
12%	Mes autres freins : « Je n'y pense pas avant que le problème soit là »

Annexe 31 : Outil « Auto-évaluation de ma posture éducative » et fiche technique

AUTO-EVALUATION DE MA POSTURE EDUCATIVE	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	?
Dimension éducative					
Je m'intéresse aux ressources du patient, pas uniquement à ses difficultés					
Je crois en ses capacités de choix et de changement					
Je valorise ses initiatives en termes de stratégie thérapeutique					
Je valorise ses changements, même inférieurs à l'objectif fixé					
Je respecte son autonomie (même si sa vision est différente de la mienne)					
Je considère et présente les erreurs comme des sources d'apprentissage					
J'utilise un langage compréhensible par le patient et évalue sa compréhension					
Dimension éthique					
J'ai une approche humaine et personnalisée					
J'accepte le patient tel qu'il est					
Je ne le juge pas					
Je suis authentique et transparent avec lui					
Je le considère comme un partenaire : 2 personnes égales avec 2 expertises différentes					
Relation au temps					
J'accepte sa décision momentanée de ne rien changer, je lui laisse le temps de changer					
Je tiens compte de son histoire de vie					
Dimension psychologique					
Je favorise l'expression du patient					
J'accueille et reconnaît ses émotions					
Je reconnaît que ses mécanismes de résistance font partie intégrante de son évolution face à sa maladie					
Je reconnaît l'influence de mes attitudes verbales et non-verbales sur la relation thérapeutique					
Approche globale et interdisciplinaire du patient					
J'appréhende le patient dans son contexte de vie					
Je garde en tête les 2 objectifs : santé ... mais aussi qualité de vie					
Je prends l'entourage en compte					
J'ai une approche interdisciplinaire					
Mon objectif SMART (spécifique, mesurable, atteignable, récompensable, défini dans le temps) et mes moyens pour y arriver :					

Définition

La posture éducative est l'ensemble des attitudes mobilisables et mobilisées qui vont favoriser l'expression des compétences éducatives. Elle est centrale dans le développement des compétences en éducation thérapeutique du patient puisqu'elle permet de s'ouvrir à tous les aspects de représentations et croyances de l'individu.

Une posture essentielle dans la prise en charge des maladies chroniques

Notre principale tâche de soignants est d'aider les patients à développer leurs compétences pour faire face à la maladie dans la vie quotidienne et réaliser de nouveaux projets de vie. Cela nous demande de modifier notre vision, nos perceptions et nos croyances pour nous adapter à chaque patient.

Une transformation identitaire

Changeons durablement notre état d'esprit et nos attitudes ... à la clé : une meilleure satisfaction/motivation au travail, une meilleure qualité de vie relative au travail (diminution du sentiment d'impuissance, sortie de situations d'impasse/de blocage).

Un effet boule de neige ?

Les patients qui ont connu cette posture vont l'attendre d'autres professionnels et ne plus se satisfaire de pratiques « ancestrales ».

Conclusion

« Une éducation thérapeutique sans posture est une imposture » (Reach 2011)

Source : Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M, La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! Educ Ther Patient/The Patient Educ 2019 ; 11 :10501.

Fiche technique de l'outil "Auto-évaluation de ma posture éducative"

Il s'agit autant d'un référentiel de compétences que d'un support d'auto-évaluation	
Public-cible	
Tous les soignants qui désirent améliorer leur posture éducative	
Objectifs	
Connaître les critères d'une posture éducative	
Permettre aux soignants de s'auto-évaluer quant à leur posture	
Consignes : 3 possibilités	
1	Lire régulièrement les critères d'une posture éducative pour s'en imprégner
2	Les lire avant une consultation, repérer ceux que l'on veut améliorer, se fixer un objectif SMART et travailler ainsi sa posture dans sa consultation avec le patient
3.	Après une consultation, les lire et s'auto-évaluer
	Analyser ensuite : - Ce que j'ai bien fait - Les points où j'ai progressé - Ce que je peux encore améliorer
Pour aller plus loin : Enregistrer un entretien	
	- Pour pouvoir réécouter son entretien et s'auto-évaluer avec du recul - Pour demander une hétéroévaluation

Annexe 32 : Outil « Moi et médicaments » et fiche technique





MOI ET MES MEDICAMENTS



Connaissances / représentations (« comment vous voyez vos médicaments »)

- Un médicament, c'est quoi pour vous ?
- Qu'avez-vous compris à propos de vos médicaments ?
- Qu'aimeriez-vous savoir à propos de vos médicaments ?
- Quelle est l'influence de votre culture sur votre façon de voir vos médicaments ou de les prendre ?
- Quel est l'influence de votre religion/spiritualité sur votre façon de voir vos médicaments ou de les prendre ?
- Quelle place occupent vos médicaments dans votre vie ?



Sens (« à quoi ça sert »)

- Quelle est votre vision de votre état de santé ? (réglette de 0 à 10)
- Qu'est-ce que la maladie pour vous ?
- Quelles en sont les conséquences sur votre avenir ?
- Dans quelle mesure estimez-vous avoir besoin de vos médicaments ?
- A quel point sont-ils utiles / efficaces à vos yeux ?
- Y a-t-il plus d'avantages ou d'inconvénients à les prendre ? Quels sont-ils ?



Pensées (« les idées qui vous passent par la tête »)

- Quelles questions vous posez-vous aujourd'hui sur vos médicaments ?
- Que vous dites-vous quand vous les prenez ?
- Que vous dites-vous quand vous ne les prenez pas ?



Emotions (« ce que vous ressentez »)

- Où en êtes-vous dans l'acceptation de votre maladie ? (réglette de 0 à 10)
- Que ressentez-vous quand vous les prenez /quand vous ne les prenez pas ?
- Que ressentez-vous à l'idée de devoir les prendre sur le long terme ?
- Comment vos médicaments influencent-ils votre moral et inversement ?
- Dans quelle mesure vous sentez-vous compétent.e/outillé.e pour gérer votre maladie ? (réglette de 0 à 10)



Vécu (« votre expérience »)

- Quelle est votre expérience avec les médicaments ?
- Dans quelle mesure vos médicaments influencent-ils vos projets de vie ?



Relations aux autres : Quelles sont vos relations avec

- votre famille, vos amis, vos collègues
 - vos médecins, vos infirmières
 - vos pharmaciens
 - d'autres personnes
- autour de vos médicaments ?



Vie quotidienne

- Comment vos médicaments influencent-ils votre vie quotidienne ?
- Qu'est-ce qui vous aide/vous freine pour prendre vos médicaments ?
- Comment vous organisez-vous avec vos médicaments ?
- Comment gérez-vous vos médicaments en cas d'imprévu (maladie, invitations ...) ?
- Comment gérez-vous vos médicaments quand vous voyagez ?
- Quelle est l'influence de votre consommation d'alcool ou autre sur la prise de vos médicaments ?
- Quiappelez-vous en cas de problème avec vos médicaments ?



Conséquences sur mon corps

- Quels effets bénéfiques attribuez-vous à vos médicaments ?
- Quels effets secondaires ressentez-vous avec vos médicaments ?
- Quelle est l'influence de vos médicaments sur votre sexualité ?



Coût

- Dans quelle mesure le prix de vos médicaments vous pose-t-il problème ?
- Quels sacrifices financiers faites-vous en achetant vos médicaments ?
- Quelles sont vos relations avec votre assistante sociale concernant vos médicaments ?



Autres traitements

- Quels autres traitements prenez-vous, en dehors de ceux qui figurent sur l'ordonnance ?
- En dehors des médicaments, de quelle autre façon vous soignez-vous ?



Motivation

- Dans quelle mesure est-ce important pour vous de prendre vos médicaments ?
- A quel point vous sentez-vous capable de les prendre ?
- A quel point vous sentez-vous prêt.e à les prendre ?

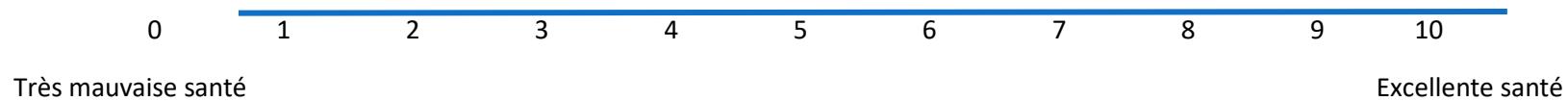


?

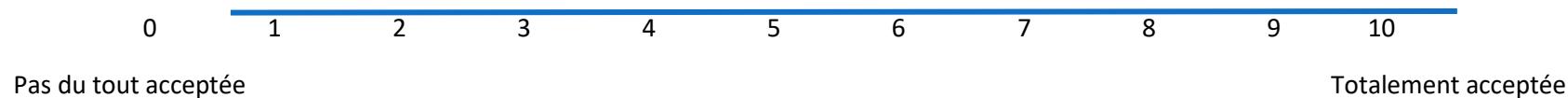
- Quelles autres questions vous posez-vous ?
- Quelles autres questions auriez-vous voulu que je vous pose ?
- Qu'auriez-vous envie de rajouter à propos de vos médicaments ?

Réglettes

Ma vision de mon état de santé



Mon acceptation de la maladie



Mon sentiment de compétence pour gérer ma maladie



Mon sentiment d'être outillé pour gérer ma maladie



Fiche technique de l'outil "Moi et mes médicaments"

Public-cible
Tous les soignants qui souhaitent aborder le sujet des médicaments avec les patients
Tous les patients qui prennent ne fût-ce qu'un médicament (ou en préparation à la prise d'un médicament)
Objectif général de l'outil
Améliorer la collaboration soignant/patient autour des médicaments
Objectifs détaillés
Aider le soignant à comprendre la réalité du patient concernant ses médicaments de manière à pouvoir ensuite :
<ul style="list-style-type: none"> - Se mettre d'accord sur la problématique - Fixer des objectifs avec lui - Proposer une séquence pédagogique - Evaluer avec le patient l'atteinte des objectifs
Permettre au soignant d'ouvrir la discussion avec le patient sur des thèmes plus larges que la simple prise du médicament
Favoriser la communication du patient avec le soignant en l'aidant à
<ul style="list-style-type: none"> - Identifier avec précision ce qu'il pense, ressent par rapport à son traitement - Se positionner par rapport au soignant - Exprimer ses besoins et ses émotions
Favoriser la communication du patient avec son entourage en l'aidant à
<ul style="list-style-type: none"> - Identifier l'impact de son traitement sur sa vie (familiale, sociale, professionnelle) - Cibler ce qu'il voudrait/devrait partager avec les autres et ce qu'il veut/peut garder pour lui - Exprimer ses besoins aux autres par rapport à son traitement - Repérer ses émotions
Consignes avec 3 possibilités
1 Utiliser les différents thèmes comme un guide d'entretien
2 Donner l'outil au patient et lui demander ce qu'il souhaiterait aborder comme thème
3 Demander au patient de réfléchir à ces thèmes à la maison et d'en discuter la prochaine fois
En début de séance :
Demander au patient s'il est d'accord que l'on prenne un petit moment pour parler de son rapport à ses médicaments
Lui expliquer l'objectif : mieux comprendre sa réalité pour mieux s'adapter à lui, collaborer avec lui
1 Elaborer des questions ouvertes à partir des thèmes
Ordre des questions en fonction du patient, de ce qu'il dit, de ce dont il a envie de parler, de ce que le soignant sait déjà
2 Lui donner l'outil (version écrite : s'assurer qu'il sache lire)
Lui présenter l'objectif : mieux comprendre sa réalité avec ses médicaments
Parcourir avec lui les différents sujets
Lui demander de quoi il souhaiterait parler
3 Lui donner l'outil (version écrite : s'assurer qu'il sache lire)
Lui présenter l'objectif : mieux comprendre sa réalité avec ses médicaments

	Parcourir avec lui les différents sujets
	Lui proposer d'y réfléchir à la maison et de revenir avec la prochaine fois
	Lui demander s'il a des questions
Durant la séance :	
	Poser des questions ouvertes
	Reformuler les dires du patient
	Résumer de temps en temps
	Laisser du temps au patient pour réfléchir
	Eviter de le couper, le laisser parler
	Accueillir ses dires avec bienveillance : c'est sa réalité
En fin de séance :	
	Résumer l'entretien (difficultés/ressources/freins/zones d'ombre) et mise en accord avec le patient
	Lui demander comment il a vécu l'entretien
	Lui demander ce que la discussion lui a apporté/ce qu'il en retient
	Lui demander ce que cela va changer pour lui (l'aider à fixer un objectif SMART si pertinent)
	Le remercier de sa confiance / d'avoir partagé sa réalité/ses réflexions/ses émotions
	Lui proposer de venir en consultation accompagné d'un proche pour l'aider à communiquer sur ses médicaments
	Lui donner l'outil pour qu'il puisse encore y réfléchir ou en parler plus facilement avec un proche
Causes d'échec de l'utilisation de cet outil	
	Le soignant pose des questions fermées
	Le soignant n'a pas la bonne posture
	Il ne laisse pas le patient s'exprimer
	Il le juge ou réagit négativement s'il dit qu'il ne prend pas ses médicaments comme prescrits
	Il se positionne en expert plutôt que d'investiguer la réalité du patient
	Il avance trop vite
Pièges à éviter	
	Donner l'outil sans l'expliquer
	Minimiser l'importance des sujets amenés par le patient : s'il en parle, c'est qu'ils sont pertinents pour lui (importance de la case vide « ? » !)
	Faire un interrogatoire en le bombardant de questions, trop parler : l'idée est que le patient ait la place de s'exprimer librement
	Proposer des solutions : l'idée est d'aider le patient à trouver les siennes
Adaptations en cours	
	Traduire l'outil dans les langues les plus courantes au SMPR : anglais/espagnol/portugais

Evaluation des séances infirmières et interprofessionnelles

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
SATISFACTION				
Je suis satisfaite de ces séances				
Commentaire :				
Le contenu était pertinent/intéressant				
Commentaire :				
Ces séances seront utiles pour ma pratique				
Commentaire :				
Le rythme des différentes séances était adapté au mien				
Commentaire :				
La durée des séances était adéquate				
Commentaire :				
Mon sentiment d'avoir coconstruit des solutions pour améliorer la collaboration interpro (entre 0 et 10) :				
Commentaire :				
QUALITÉ				
Les apports théoriques étaient pertinents				
Commentaire :				
Les méthodes pédagogiques étaient adaptées				
Commentaire :				
Une chose qui m'a surprise :				
IMPACT SUR MA PRATIQUE				
Mon sentiment de compétence à collaborer efficacement avec les médecins	Avant la formation (0 à 10) :	Après la formation (0 à 10) :		
Commentaire :				
Une chose que j'ai apprise :				
Commentaire :				
Ce que cela va changer pour ma pratique :				

Commentaire :

Ce que je voudrais rajouter :

Merci d'avoir pris le temps de remplir cette évaluation !

Evaluation des séances infirmières et interprofessionnelles

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
SATISFACTION				
Je suis satisfaite de ces séances				4
<i>Commentaire :</i>				
- Très symbolique de la co-construction en équipe pluridisciplinaire : espaces de partages, témoignages qui favorisent la cohésion.				
- Beaucoup d'informations utiles, beaucoup de place pour exprimer nos idées et suggestions.				
Le contenu était pertinent/intéressant				4
<i>Commentaire :</i>				
- Oui car issu de nos réflexions en équipe et enrichi par la présence d'un médecin cadre.				
- Les apports théoriques étaient très pertinents.				
Ces séances seront utiles pour ma pratique			2	2
<i>Commentaire :</i>				
- Le partage d'expériences sur les premières séances m'a fait prendre conscience des difficultés des médecins qui débarquaient au SMPR.				
- J'espère qu'elles seront source d'uniformisation de nos pratiques sur le sujet et de motivation.				
- Je penserai à utiliser « SMS » si besoin et je verrai durant l'année 2022 si toutes nos stratégies pour mieux collaborer ont porté leurs fruits.				
Le rythme des différentes séances était adapté au mien			1	3
<i>Commentaire :</i>				
- La régularité des séances m'a permis d'avoir encore en tête ce qui avait été fait ou dit lors de la séance précédente.				
- TeamStepps a été un peu trop vite expliqué pour moi pour que je puisse réellement l'assimiler.				
La durée des séances était adéquate			2	2
<i>Commentaire :</i>				
- Le temps imparti était confortable et très bonne gestion du temps par les animatrices.				
- Durée par séance ok, par contre d'autres sessions supplémentaires seraient bienvenues.				
- La dernière séance aurait pu être plus longue.				
Mon sentiment d'avoir coconstruit des solutions pour améliorer la collaboration interpro (entre 0 et 10) : 8/10/10/10				
<i>Commentaire :</i>				
- J'ai pu participer et partager avec mes collègues en toute bienveillance.				
- Oui ! Sentiment de se sentir utile et investie. Agréable de constater qu'en théorie (notamment) on avance tous sur le même chemin.				

- J'ai pu exprimer tout ce que j'avais envie d'exprimer.
- Temps de parole important et prise en compte réelle des dysfonctionnements pointés et des solutions proposées.

QUALITÉ

Les apports théoriques étaient pertinents				1 (entre plutôt d'accord et d'accord) 3
--	--	--	--	--

Commentaire :

- Certains apports nous ont donné de nouvelles connaissances (Teamstepps).
- Notamment Teamstepps, belle découverte.
- Les différentes théories et approches étaient très intéressantes.

Les méthodes pédagogiques étaient adaptées			1	3
---	--	--	---	---

Commentaire :

- Dynamique, libre expression des participants.
- Tous les PowerPoint étaient visuellement très agréables et très clairs.
- Méthodes très variées !

Une chose qui m'a surprise :

- Le peu de suivi commun avec les médecins de 1^{er} recours : 10% de leurs consultations ont un suivi infirmier SMPR.
- D'après le médecin cadre : à quel point nous sommes inexistantes pour certains internes (ou trop discrètes).
- Apprendre que les médecins ne se souviennent même pas que nous avons présenté notre activité en début d'année.

IMPACT SUR MA PRATIQUE

Mon sentiment de compétence à collaborer efficacement avec les médecins	Avant la formation (0 à 10) : 7 - 6 - 6 - 5 Moyenne : 6	Après la formation (0 à 10) : 9 - 8 - 7 - 7 Moyenne : 7.75 (augmentation de 29%)
--	--	---

Commentaire :

- J'ai pris conscience de certaines difficultés des médecins dans la connaissance de la consultation infirmière (qui ? quoi ?).
- Les discussions étaient remotivantes par rapport à la collaboration malgré le frein du tournus médical important.
- Voir dans le futur la portée des changements aide à améliorer la collaboration médico-infirmière.

Une chose que j'ai apprise :

- Les suivis infirmiers concernent certaines maladies chroniques que nous côtoyons chaque jour avec une bonne expertise dans ces domaines – elles ne représentent chez les médecins qu'un petit pourcentage.
- Certains protocoles administratifs existent mais nous ne les connaissons pas (cfr comment renouveler une ordonnance).
- Je ne savais pas que les médecins se sentaient si mal accueillis au SMPR.
- Finalement les attentes médicales et infirmières sont assez communes.

Commentaire :

Ce que cela va changer pour ma pratique :

- Formalisation de l'adhésion thérapeutique en interpro. Une problématique connue de tous et cela va nous permettre d'améliorer et de comprendre en équipe les obstacles et les ressources.

- Retrouver l'envie, le sens et le plaisir de travailler ensemble à 100% (et non 70%). Affirmer plus souvent mes connaissances infirmières et de terrain face aux internes, revaloriser le rôle propre de l'infirmière.
- Mieux me présenter début novembre, me tenir plus disponible vis-à-vis des médecins et les informer de ma disponibilité.
- Renforcer davantage l'interpro sachant que finalement c'est aussi une attente des médecins même si elle est moins exprimée.

Commentaire :

Ce que je voudrais rajouter :

- La participation des patients partenaires était très riche en enseignements.
- Dommage qu'il y ait eu peu de présence de la hiérarchie infirmière lors de ces séances : elle a été très soutenante pour que nous puissions nous réunir, elle nous a fait entière confiance, mais comment pourra-t-elle nous aider à maintenir le projet, en parler aux médecins, à ses collègues ?
- La présence d'un médecin cadre était très enrichissante dans l'échange. A l'inverse, l'absence de notre hiérarchie est regrettable pour la mise en place de nouvelles pratiques et objectifs et leurs suivis.
- Merci pour ces moments de réflexion constructifs sur nos pratiques.

Merci d'avoir pris le temps de remplir cette évaluation !

Annexe 34 : Dispositif d'évaluation destiné aux participants de la matinée collaboration soignant/patient et résultats

**Evaluation de la matinée consacrée
à la collaboration soignant/patient autour des médicaments**

Je suis : Médecin Infirmière

J'étais dans le groupe de : X Y Z (*les résultats respecteront plus loin ce code couleur*)

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
SATISFACTION				
Je suis satisfait.e de cette formation				
<i>Commentaire :</i>				
Le contenu était pertinent/intéressant				
<i>Commentaire :</i>				
La formation est utile pour ma pratique				
<i>Commentaire :</i>				
L'équilibre théorie / exercices était satisfaisant				
<i>Commentaire :</i>				
La durée de la formation était adéquate				
<i>Commentaire :</i>				
Cette formation me donne envie d'aller plus loin				
<i>Commentaire :</i>				
QUALITÉ				
Les formatrices étaient compétentes et dynamiques				
<i>Commentaire :</i>				
Le nombre de participants par groupe était adéquat				
<i>Commentaire :</i>				

Les méthodes pédagogiques étaient adaptées et variées				
<i>Commentaire :</i>				
Une chose qui m'a surpris.e :				
IMPACT SUR MA PRATIQUE				
Mon sentiment de compétence à créer un véritable partenariat avec le patient autour des médicaments, à favoriser l'expression de son vécu et de son point de vue	Avant la formation (0 à 10) :	Après la formation (0 à 10) :		
<i>Commentaire :</i>				
Une chose que j'ai apprise et que je vais mettre en pratique :				
COURAGE, C'EST BIENTÔT FINI ☺				
Quelle était pour vous la plus-value de l'intervention des patient.e.s partenaires par rapport aux patients standardisés ?				
Vos propositions pour améliorer cette formation :				
<i>Commentaires :</i>				

Merci d'avoir pris le temps de remplir cette évaluation !

**Résultats de l'évaluation de la matinée consacrée
à la collaboration soignant/patient autour des médicaments**

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
SATISFACTION				
Je suis satisfait.e de cette formation			1 4 0 (25%)	6 4 5 (75%)
<i>Commentaire :</i> Très bien construite avec un support informatique et papier utile. La présentation du matin 1 ^{ère} partie est parfois trop répétitive.				
Le contenu était pertinent/intéressant			1 3 0 (20%)	6 5 5 (80%)
<i>Commentaire :</i> Très pertinent dans la prise en charge				
La formation est utile pour ma pratique			1 3 0 (20%)	6 5 5 (80%)
<i>Commentaire :</i> Primordiale ! Ultra merci !				
L'équilibre théorie / exercices était satisfaisant		1 1 0 (5%)	4 2 1 (35%)	3 5 4 (60%)
<i>Commentaire :</i> Un peu plus de pratique serait bienvenu. Peut-être aussi avec un patient acteur avec une posture plus « fermée » ou « secrète » Le patient non acteur est une excellente façon d'aborder ce sujet				
La durée de la formation était adéquate			4 3 1 (42%)	3 4 4 (58%)
<i>Commentaire :</i> Un temps supplémentaire d'exercices Je n'ai malheureusement pu participer que pendant 2 heures (n'a donc pas évalué l'item)				
Cette formation me donne envie d'aller plus loin		0 1 0 (5%)	2 2 1 (25%)	5 5 4 (70%)
<i>Commentaire :</i> Je réalise l'impact positif de ces méthodes				
QUALITÉ				
Les formatrices étaient compétentes et dynamiques			2 1 0 (15%)	5 7 5 (85%)
<i>Commentaire :</i>				
Le nombre de participants par groupe était adéquat			2 1 0 (15%)	5 7 5 (85%)
<i>Commentaire :</i>				
Les méthodes pédagogiques étaient adaptées et variées			2 5 0 (35%)	5 3 5 (65%)

Commentaire :																							
Une chose qui m'a surpris.e : La proposition d'utiliser des erreurs dans la prise des traitements des patients comme source d'apprentissage ; qu'un changement peut survenir à tout moment. Témoignage de vrais patients : excellent !! La patiente réelle L'implication de tous les participants. C'était dynamique. La présence d'une vraie patiente Patient « réel »																							
IMPACT SUR MA PRATIQUE																							
<p>Mon sentiment de compétence à créer un véritable partenariat avec le patient autour des médicaments, à favoriser l'expression de son vécu et de son point de vue</p> <table> <tbody> <tr> <td>6/7 à 8</td> <td>5 à 8</td> <td>5 à 8</td> </tr> <tr> <td>6 à 7</td> <td>8 à 10</td> <td>4 à 8</td> </tr> <tr> <td>7 à ?</td> <td>10 à 10</td> <td>5 à 7</td> </tr> <tr> <td>5 à 10</td> <td>2 à 5</td> <td>1 à 6</td> </tr> <tr> <td>8 à 10</td> <td>5 à 8</td> <td>3 à 6/7</td> </tr> <tr> <td>6 à 8</td> <td>5 à 7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 à 8</td> <td>2 personnes n'ont pas répondu à cette question</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	6/7 à 8	5 à 8	5 à 8	6 à 7	8 à 10	4 à 8	7 à ?	10 à 10	5 à 7	5 à 10	2 à 5	1 à 6	8 à 10	5 à 8	3 à 6/7	6 à 8	5 à 7		7 à 8	2 personnes n'ont pas répondu à cette question		<p>Avant la formation (0 à 10) :</p> <p>6/7.6.7.5.8.6.7</p> <p>5.8.10.2.5.5</p> <p>5.4.5.1.3</p> <p>(6.5 - 5.83 - 3.6)</p> <p>Moyenne : 5.31</p>	<p>Après la formation (0 à 10) :</p> <p>8.7. ?.10.10.8.8</p> <p>8.10.10.5.8.7</p> <p>8.8.7.6.6/7</p> <p>(8.94 - 8 - 7.1)</p> <p>Moyenne : 8 (+ 51 %)</p>
6/7 à 8	5 à 8	5 à 8																					
6 à 7	8 à 10	4 à 8																					
7 à ?	10 à 10	5 à 7																					
5 à 10	2 à 5	1 à 6																					
8 à 10	5 à 8	3 à 6/7																					
6 à 8	5 à 7																						
7 à 8	2 personnes n'ont pas répondu à cette question																						
Commentaire : La pratique me permettra d'évaluer ce que j'ai retenu et ma capacité à le mettre en pratique (7 - ?) Très bien ! Je souhaite continuer à travailler sur ces compétences																							
<p>Une chose que j'ai apprise et que je vais mettre en pratique :</p> <p>Toujours croire en la possibilité de changement, laisser plus de place à mon patient dans la consultation</p> <p>Aborder la question de l'adhésion dès la 1ère prescription</p> <p>Ouvrir l'anamnèse sur les traitements alternatifs et les visions du patient</p> <p>Confiance au patient et respect de ses priorités</p> <p>Aller plus loin que demander simplement si le patient prend ses médicaments</p> <p>Demander au patient s'il prend d'autres médicaments, RDV avec d'autres soignants, médecines alternatives</p> <p>Approcher les cas complexes de façon plus interdisciplinaire et transversale</p> <p>Valoriser la communication au même niveau que la recherche de solutions</p> <p>Faire un anamnèse adhésion thérapeutique avant que cela ne pose problème</p> <p>Simplement discuter de la relation des médicaments des patients</p> <p>Trouver une solution avec le patient, accepter que la solution ne soit pas trouvée à la 1^{ère} consultation</p> <p>Accepter qu'on n'ait pas toujours de solution</p> <p>Qu'il faut du temps au temps</p> <p>Les QO ouvertes simples et précises qui m'aideront à communiquer plus facilement avec les patients</p> <p>QO ouverte simple avec la pause pour laisser le patient s'exprimer</p> <p>L'exploration de l'entourage</p> <p>Il existe plus d'une question pour aborder le sujet des médicaments et de leur adhérence</p> <p>Le patient prend la décision !</p>																							

COURAGE, C'EST BIENTÔT FINI ☺

Quelle était pour vous la plus-value de l'intervention des patient.e.s partenaires par rapport aux patients standardisés ?

Réelle expérience concrète, s'éloigne des scénarios standardisés et apporte une réelle expérience.
Très grand bénéfice de la 1^{ère} intervention, cela m'encourage à développer ce genre de dialogue dans mes consultations

Leur vécu et leur expérience

Vécu de patient partenaire plus intensément ressenti

Leur regard est fondamental dans leur prise en charge par les soignants

Chaque patient que j'ai vu à la formation a partagé son expérience et son ressenti sincère qu'on n'aurait pas nécessairement pu apprendre lors des consultations habituelles

Expériences personnelles qui vous font penser que chaque personne a ses croyances et vision des soins

Avoir le point de vue d'un patient y compris son vécu et son expérience de consultations passées

C'était plus dans leur vécu, ils ne jouaient pas une scène, ils étaient là avec leurs tripes !!

Un réel vécu, une authenticité

Plus facile de poser des questions sur les pratiques qui conviennent ou pas

Ils partagent une vraie expérience

Pouvoir mieux s'identifier

Leur vécu

La réalité des faits, c'est très touchant

C'est plus réel et l'impact est plus fort qu'avec les patients standardisés

Les réactions sont naturelles

Les réponses sont authentiques

Le message est percutant, l'impact du sujet sur la prise en charge est mieux perçu.

Vos propositions pour améliorer cette formation :

Jauger les patients : le 2^{ème} patient était enrichissant mais ne prend pas de traitement actuellement, d'où exercices en atelier délicats.

Augmenter le temps de pratique : par exemple, une 2^{ème} formation 2 semaines plus tard pour pratiquer ce qui a été abordé lors de cette séance.

Très bien !

Essayer l'outil proposé sur les patients réels afin d'avoir leur feed-back et voir s'il est efficace

Rien

Plus de temps de pratique (moitié de la matinée)

Nous mettre face à des patients plus compliqués, moins compliant

Plus de temps

Continuer comme ça

Rien (2x)

Plus de temps d'exercices avec les patients (peut-être enlever la partie témoignage et laisser plus de temps aux exercices)

Commentaires :

Merci

Merci pour cette expérience et merci aux patients partenaires

Merci d'avoir pris le temps de remplir cette évaluation !

Evaluation du projet par les formatrices

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
SATISFACTION				
La collaboration avec mes co-formatrices a été agréable et efficace				
<i>Commentaire :</i>				
J'ai vraiment le sentiment d'avoir coconstruit la formation				
<i>Commentaire :</i>				
Le nombre et la fréquence des réunions préparatoires étaient pertinents				
<i>Commentaire :</i>				
J'ai pris du plaisir à donner cette formation				
<i>Commentaire :</i>				
Mon expérience avec les patient.es partenaires a été positive				
<i>Commentaire :</i>				
J'ai envie de renouveler cette expérience / continuer ce projet				
<i>Commentaire :</i>				
QUALITÉ DE LA PRÉPARATION DE LA FORMATION (qualité souhaitée)				
L'analyse des besoins a été rigoureuse				
<i>Commentaire :</i>				
Les objectifs étaient pertinents, accessibles au vu du contexte, et en cohérence avec les besoins identifiés et sélectionnés				
<i>Commentaire :</i>				
L'offre de formation était en adéquation avec les besoins et les objectifs				
a. Choix du contenu et de la structure				
b. Cohérence et ordre des activités entre elles				
c. Adaptation au contexte du SMPR				
d. Durée				

<i>Commentaire :</i>				
Le contenu s'appuyait sur des fondements scientifiques				
<i>Commentaire :</i>				
Les méthodes pédagogiques étaient actives, variées, adaptées aux apprenants				
<i>Commentaire :</i>				
Les outils proposés étaient pertinents et faciles à s'approprier				
<i>Commentaire :</i>				
Les supports étaient utiles (documents remis aux participants)				
<i>Commentaire :</i>				
Les locaux et le matériel prévus étaient en adéquation avec les objectifs et les méthodes pédagogiques				
<i>Commentaire :</i>				
Les patient.e.s partenaires ont été suffisamment intégrés dans le projet				
<i>Commentaire :</i>				
Les évaluations étaient pertinentes				
<i>Commentaire :</i>				
Une suite a été prévue pour renforcer les acquisitions et assurer ainsi la pérennité du projet				
<i>Commentaire :</i>				
QUALITÉ DE LA RÉALISATION DE LA FORMATION (qualité réalisée)				
Les différentes activités prévues ont pu être réalisées, les différents messages ont pu être transmis ou faits émerger				
<i>Commentaire :</i>				
Le timing a été respecté				
<i>Commentaire :</i>				
Les formatrices ont pu s'adapter aux participant.e.s et aux éventuels imprévus				
<i>Commentaire :</i>				
Les résultats de l'enquête et la théorie ont été présentés clairement				

<i>Commentaire :</i>				
Les consignes des activités ont été présentées clairement				
<i>Commentaire :</i>				
Les formatrices ont stimulé la participation des apprenants				
<i>Commentaire :</i>				
Le nombre de participants par petit groupe a favorisé les apprentissages				
<i>Commentaire :</i>				
Les formatrices ont favorisé les apports des patient.e.s partenaires				
<i>Commentaire :</i>				
La participation des patient.e.s partenaires a été utile pour la formation				
<i>Commentaire :</i>				
Je pense que la formation proposée a respecté les critères/recommandations de l'OMS (cfr page suivante)				
<i>Commentaire :</i>				
COURAGE, C'EST BIENTÔT FINI 😊				
<i>Quels ont été les effets éventuels non attendus de la formation ?</i>				
<i>Une chose que j'ai particulièrement appréciée :</i>				
<i>Ce que j'aurais aimé de différent :</i>				
<i>Ce que je voudrais rajouter :</i>				

Merci +++ !

L'OMS a défini des critères de qualité d'une formation en ETP :

- L'ETP doit être un processus d'apprentissage centré sur le patient
- L'ETP doit prendre en compte les processus d'adaptation du patient à la maladie et les besoins objectifs et subjectifs, exprimés ou non, des patients
- L'ETP doit être intégrée au traitement et aux soins
- L'ETP doit concerner la vie quotidienne du patient et son environnement psychosocial et doit impliquer autant que possible la famille et l'entourage proche
- L'ETP doit se construire avec le patient, et autant que possible avec ses proches
- L'ETP doit s'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences d'apprentissage
- L'ETP doit être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps
 - o En utilisant des techniques de communications centrées sur le patient
 - o En étant accessible à une variété de publics
 - o En utilisant des techniques pédagogiques variées qui engagent les patients

Quant aux pratiques éducatives, l'OMS recommande :

- D'adapter les comportements professionnels aux patients et à leur affection
- D'adapter la prise en charge thérapeutique aux patients, considérés individuellement en tant que membres d'une famille ou d'un groupe
- D'articuler les rôles et actions avec ceux des collègues
- De communiquer de manière empathique avec les patients
- De reconnaître les besoins des patients, objectifs et subjectifs
- De prendre en compte l'état affectif, le vécu, l'expérience et les représentations des patients

Résultats de l'évaluation de la formation par les formatrices

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
SATISFACTION				
La collaboration avec mes co-formatrices a été agréable et efficace				3
<i>- Au-delà de ce que j'avais imaginé.</i>				
J'ai vraiment le sentiment d'avoir coconstruit la formation			1	2
<i>- Préférence particulière pour l'Ishikawa qui a fait démarrer la machine - La co-construction interpro (inf – méd – pharm. + patients) d'un programme d'adhésion a permis d'enrichir la réflexion, le matériel et le programme.</i>				
Le nombre et la fréquence des réunions préparatoires étaient pertinents				3
<i>- Je me demande quand même si parfois nous aurions pu être plus efficientes, en particulier pour la partie organisation de la formation du 13 octobre. Il me semble que nous avons répété plusieurs fois les mêmes choses, et effectué de nombreuses relectures du déroulé ...</i>				

<i>- J'ai apprécié la flexibilité étant donné que je n'ai pas pu être présente à toutes les rencontres.</i>				
J'ai pris du plaisir à donner cette formation			1	2
<i>Je n'ai participé qu'à l'atelier</i>				
Mon expérience avec les patient.es partenaires a été positive				3
<i>Une grande fierté d'avoir participé à cette première du SMPR !</i>				
J'ai envie de renouveler cette expérience / continuer ce projet				3
<i>Absolument ! Je souhaiterais qu'on puisse poursuivre ce projet pour intégrer les pharmaciens qui rencontrent ces mêmes patients en pharmacie d'officine.</i>				
QUALITÉ DE LA PRÉPARATION DE LA FORMATION (qualité souhaitée)				
L'analyse des besoins a été rigoureuse				3
<i>J'ai apprécié toutes les étapes du travail, très structurées, et notamment le modèle d'Ishikawa.</i>				
Les objectifs étaient pertinents, accessibles au vu du contexte, et en cohérence avec les besoins identifiés et sélectionnés				3
<i>Enorme investissement et attention portés au développement de la formation</i>				
L'offre de formation était en adéquation avec les besoins et les objectifs				2
e. Choix du contenu et de la structure			1	2
f. Cohérence et ordre des activités entre elles				3
g. Adaptation au contexte du SMPR				2
h. Durée		1	1	1
<i>- Diverses sessions seraient idéales pour aborder le sujet et pouvoir plus travailler sur la posture des internes.</i>				
<i>- De mon côté, pas assez de temps pour expérimenter. Je pense que moins de théorie et plus de pratique serait plus adapté.</i>				
<i>- La venue des patients était un +. Difficile pour moi de commenter l'adéquation au contexte du SMPR, j'aimerais dire oui sur la base de mon expérience de services comparables, mais je ne suis pas à l'intérieur des murs ! Pour la durée, je verrais bien un cycle de formation, à chaque tournoi des médecins assistants. Enorme investissement qui j'espère portera ses fruits ces prochaines années par un développement de cette prestation.</i>				
Le contenu s'appuyait sur des fondements scientifiques				3
<i>- L'apport de Marie était très à propos.</i>				
<i>- J'ai essayé d'amener mon expertise du domaine</i>				
Les méthodes pédagogiques étaient actives, variées, adaptées aux apprenants			1	2
<i>- Point fort !</i>				
<i>- Pas assez de temps pour la pratique</i>				
<i>- Les exercices en ligne étaient importants, notamment toutes les actions que chacun devrait faire dans sa vie de tous les jours mais ne fait pas pour éprouver la non-adhésion.</i>				
Les outils proposés étaient pertinents et faciles à s'approprier			1	2
<i>- Le temps pour les découvrir, les pratiquer et se les approprier était trop court.</i>				
<i>- Je ne me prononce pas sur leur avis... mais j'ai l'impression qu'ils auraient été plus utiles avec plus de temps.</i>				

<i>Du coup, les apprenants n'ont certainement pas appris l'outil qui est tout de même conséquent. Par contre, bon feed-back sur l'auto-évaluation de la posture.</i>				
Les supports étaient utiles (documents remis aux participants)			2	1
<p>- Le contenu du support est utile mais je suis convaincue que tous ces papiers ne seront pas forcément relus ou gardé par les internes.</p> <p>- Je ne me prononce pas sur leur avis... mais j'ai l'impression qu'ils auraient été plus utiles avec plus de temps.</p> <p>- Je me demande toujours comment remettre des documents aux participants pour qu'ils soient utilisés et toujours disponibles. Sur le site intranet du service ?</p>				
Les locaux et le matériel prévus étaient en adéquation avec les objectifs et les méthodes pédagogiques				
<p>- Les changements de salle pour l'atelier ont été pénibles</p> <p>- Les auditoires ne sont pas les meilleurs locaux pour ce type d'enseignement, notamment pour l'entretien avec la patiente. Mais on peut tout à fait faire avec !</p>				
Les patient.e.s partenaires ont été suffisamment intégrés dans le projet				3
<p>- Point fort</p> <p>- Je ne sais pas si Michel s'est senti suffisamment intégré dans la première partie ? il me semble que leur feed-back serait plus utile à cette question.</p> <p>- Magnifique préparation avec eux</p>				
Les évaluations étaient pertinentes	?			2
<i>Commentaire :</i>				
Une suite a été prévue pour renforcer les acquisitions et assurer ainsi la pérennité du projet	?		2	
<p>- Oui dans l'idée mais les réponses concrètes sur la programmation des enseignements n'est pas encore établie.</p> <p>- ? là, c'est à nous de statuer maintenant !</p> <p>- Je ne me sens pas outillée pour répondre à cette question, je l'espère, en tous les cas, le projet est appelé à être implémenté et intégré dans le travail interpro méd-inf.</p>				
QUALITÉ DE LA RÉALISATION DE LA FORMATION (qualité réalisée)				
Les différentes activités prévues ont pu être réalisées, les différents messages ont pu être transmis ou faits émerger			3	
<p>- Pas pu faire le jeu de rôle avec mon patient partenaire</p> <p>- Le temps a manqué ! Mais les messages importants ont pu être transmis.</p>				
Le timing a été respecté			3	
<p>- Il me semble de quelques petites choses ont dû disparaître à cause du manque de temps...</p> <p>- Bonne adaptation des activités en fonction du timing.</p> <p>- Globalement, oui, mais toute la 1^{ère} partie a été squeezée. Il me semble que le temps avec les patients a pu être préservé.</p>				
Les formatrices ont pu s'adapter aux participant.e.s et aux éventuels imprévus			3	
<p>- Suite à une répartition des internes non adéquate, l'atelier a été plus difficile à animer pour moi. J'ai essayé au mieux de m'adapter.</p> <p>- Mon embarras avec le jeu de rôle n'est certainement pas passé inaperçu.</p> <p>- Par exemple, dans notre groupe, Daniela et moi nous sommes retrouvées uniquement avec des médecins des urgences. Nous avons donc orienté les jeux de rôle avec la patiente dans cette perspective.</p>				

Les résultats de l'enquête et la théorie ont été présentés clairement			1	2
- Peut-être un peu trop même ... car cela a enlevé du temps pour d'autre chose. A voir comment être encore plus synthétique.				
- Je me suis sentie un peu empruntée par le peu de temps et les messages théoriques à faire passer dans ma partie, un peu hors de ma zone de confort ☺				
Les consignes des activités ont été présentées clairement	?			2
Pas à moi de juger cela.				
Les formatrices ont stimulé la participation des apprenants	?			2
- La parole a été prise très facilement durant la plénière, atmosphère très bienveillante				
- Pas à moi de juger cela.				
- Il me semble que oui, difficile de s'auto-évaluer, aux participants à nous évaluer ! Belle énergie de Geraldine et Olivia !				
Le nombre de participants par petit groupe a favorisé les apprentissages	?	1		1
- Problème de répartition des participants. Notre groupe était formé uniquement d'internes urgentistes. Réalité très différente des consultations ambulatoires vis-à-vis de la thématique « adhésion médicamenteuse ». Deux participants du groupe ont pris la parole, sinon plutôt difficile pour les autres.				
- Pas à moi de juger cela.				
Les formatrices ont favorisé les apports des patient.e.s partenaires	?			2
Pas à moi de juger cela.				
La participation des patient.e.s partenaires a été utile pour la formation	?		1	1
- Point fort.				
- Je ne comprends pas très bien ce que tu attends de ma part comme réponse à cette série de question...				
- ++++ Absolument, un réel point fort de cette formation. Le témoignage en plénière a été extraordinaire !				
Je pense que la formation proposée a respecté les critères/recommandations de l'OMS (cfr page suivante)				3
Commentaire :				
COURAGE, C'EST BIENTÔT FINI ☺				
Quels ont été les effets éventuels non attendus de la formation ?				
- La répartition des petits groupes qui se voulait neutre et qui n'a pas fonctionné.				
Je m'attendais à plus de participants en présentiel (j'ignore combien étaient présents par zoom)				
J'aurais souhaité la présence de cadres médicaux à cette formation inédite (j'en ai compté 4 dans la salle mais pas sûre...), dans le sens où ce sont eux les superviseurs qui sont à même de sensibiliser les internes sur le sujet.				
- Notre propre collaboration interpro, l'enseignement par des non médecins à nos médecins				
Une chose que j'ai particulièrement apprécié :				
- La fluidité des séances de préparation				
- La satisfaction des soignants en constatant la présence de patients partenaires dans la salle.				
- La constitution de l'équipe formatrice très interprofessionnelle !!				
- Le témoignage de rousselle				
- La collaboration interpro, y compris avec les patients.				
Ce que j'aurais aimé de différent :				

-Concernant ma propre pratique en tant que « formatrice », j'aurais voulu animer un groupe d'internes des consultations ambulatoires pour me sentir plus à l'aise.

- Plus de temps pour le jeu de rôle et un patient adapté à la thématique

- Qu'un médecin assistant amène une mini vignette (situation courante) pour ancrer encore la formation dans la pratique des médecins (ou une vignette des urgences comme plusieurs médecins sont aux urgences). Mais peut-être que je dis cela car je n'ai pas participé à toutes les séances avec infirmières et médecins que vous aviez montées.

Ce que je voudrais rajouter :

- C'est quand la prochaine matinée de formation « adhésion médicamenteuse » ?

- Magnifique job !

- Je souhaite que la collaboration continue et s'étende hors du SMPR en collaboration par exemple avec les pharmaciens. Construire une telle consultation nécessite de l'expertise, du temps, de la passion.

Pourrait-on envisager du travail de recherche pour enrichir la littérature scientifique d'expériences qui s'installent ? Des réflexions pour la suite ... BRAVO pour tout le travail !

Merci +++ !

Evaluation par les patients partenaires

Satisfaction

- Contents ?
- Se sont sentis bien accueillis ?
- Écoutés et respectés ?
- Se sont sentis aidés par formatrices pour leurs interventions ?

Qualité

- Se sont sentis suffisamment préparés ?
- Le contenu de la formation fait sens à leurs yeux de patients ?
- La manière dont le sujet a été abordé a été pertinent à leurs yeux ?
- Estiment-ils que leur intervention a été utile ?

Impact de leur participation

- Comment se sentent-ils ?
- Une chose qu'ils ont apprise en participant à cette formation
- Ce que cette expérience leur a apporté
- Et si c'était à refaire ...

Résultats de cette évaluation

Satisfaction :

Les 3 patients partenaires ont été très contents d'avoir participé à cette matinée de formation (« *C'était superbe !* » - « *J'ai beaucoup apprécié le vécu de cette matinée* »). Ils se sont sentis bien accueillis, écoutés et respectés (« *Je me suis sentie très bien* » - « *Ça s'est bien déroulé, on a eu un bon accueil* »). Si c'était à refaire ils le referaient tous les 3, ils se sont tous les 3 d'emblée portés volontaires pour la prochaine formation, ayant pris du plaisir à contribuer à améliorer les soins (« *Je suis contente que ce que j'ai fait ait été utile aux soignants* »).

Qualité :

Ils se sont sentis bien préparés avant la formation : ils n'ont pas été surpris, ils savaient à quoi s'attendre et ce qu'on attendait d'eux, ce qui les a rassurés (« *J'ai eu moins d'angoisses grâce aux préparations* » - « *Je n'ai pas eu de surprises en arrivant* » - « *La préparation a été efficace, je n'ai pas eu besoin de mes notes durant mes interventions* » - « *ça a aidé de s'imaginer à l'avance devant un public* » - « *ça a permis de savoir où on allait et ce que vous attendiez de nous* »). Ils se sont sentis aidés par les formatrices pour leurs interventions.

Ils estiment que leur intervention a été utile, et que les médecins ont été réceptifs à leurs messages, qu'ils étaient à l'écoute et prêts à se remettre en question (« *C'était bien, les médecins reconnaissent ce qui pourrait manquer. Ils sont d'accord d'avancer sur ce qu'on propose* » - « *C'est important pour les médecins de découvrir des patients qui s'expriment* » - « *Ils ont été très réceptifs* » - « *Parmi les médecins il y a eu des prises de conscience de notre réalité de patients.* » - « *Il y a eu de bonnes réflexions de la part des soignants* » - « *Cette matinée leur permettra de collaborer davantage avec les patients, pour que les consultations soient un échange entre les deux* »).

Impact

Ils ont pris conscience que les médecins étaient limités par le temps (*« Je ne savais pas que les médecins étaient si limités dans le temps »* - *« Il faudrait rajouter des minutes aux médecins pour les consultations »* - *« Les médecins cherchent de bonnes relations avec les patients, ils sont investis mais limités dans le temps »*). Durant la préparation, ils avaient identifié comme principale qualité d'un bon médecin de prendre le temps, mais ont découvert qu'ils en avaient très peu.

Ils ont découvert une partie de la réalité des médecins grâce à cette matinée : *« C'était intéressant de connaître l'avis des médecins car on n'en a pas l'occasion en consultation »* - *« Grâce à cette formation j'ai pu voir la réalité des médecins »*.

Leurs propositions d'amélioration de la formation :

Ils ont trouvé que le sujet était bien amené, mais que le temps de pratique était peut-être trop court.

Ils trouveraient intéressant que les participants puissent « tourner » dans les groupes, pour rencontrer tous les patients partenaires, car ils ont des expériences très différentes.

XV. Résumé

De nombreuses études montrent que 50% des patients, toutes maladies confondues, ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits. Les conséquences pour nos patients, vus en consultation ambulatoire pour apprendre à mieux gérer leurs(s) maladie(s) chronique(s), sont nombreuses.

Nous sommes parties à la rencontre de 15 internes, 3 infirmières et 6 patients pour comprendre les enjeux de ce problème : quelles sont leurs difficultés, leurs ressources, qu'est-ce que cela leur fait vivre ? L'analyse qualitative des entretiens a mis deux problématiques en évidence :

- Un manque de collaboration interprofessionnelle, entraînant une insatisfaction des infirmières face aux internes peu conscients de l'ampleur de la non-adhésion et peu proactifs dans l'interpro.
- Un manque de collaboration soignants/patients entraînant un vécu difficile chez les soignants (frustration, incompréhension, inquiétude, déception, sentiment d'inutilité, d'échec) ainsi qu'une méfiance des patients (freinés à parler de leur comportement face à leur traitement, craignant une réaction négative de leurs soignants et un impact sur leurs relations).

Après une recherche littéraire approfondie sur l'adhésion médicamenteuse, la collaboration interprofessionnelle et le partenariat patient, nous avons coconstruit 2 projets en parallèle :

- Nous avons travaillé en équipe interprofessionnelle sur les rôles, responsabilités et attentes de chacun, nous avons identifié les différents problèmes de collaboration ainsi que leurs causes pour ensuite imaginer et planifier des solutions concrètes. A la fin de la formation, le sentiment de compétence à collaborer avec les internes avait augmenté de 29% chez les infirmières. 4 mois plus tard, elles se montraient plus compréhensives et aidantes avec les internes, à présent conscientes de leurs difficultés, et plus sereines face à des internes plus proactifs.
- Nous avons organisé une matinée de formation autour de la collaboration soignant-patient en intégrant des patients partenaires « novices » qui nous ont fait le cadeau de témoigner de leur expérience et de permettre aux soignants de s'exercer à mener un entretien de compréhension sur leur relation aux médicaments. A l'issue de cette matinée, le sentiment de compétence des participants à collaborer avec les patients avait augmenté de 51%, et les témoignages à 4 mois ont mis en évidence un approfondissement des entretiens de compréhension autour des médicaments, davantage de temps dédié au sujet et des questionnements sur leur posture. La participation de patients partenaires (vs patients standardisés habituellement engagés) a été estimée très aidante. Ceux-ci se sont sentis utiles et motivés à réitérer l'expérience.

Le défi sera maintenant de donner une place plus importante à la collaboration soignant-patient autour des médicaments dans la formation de nos internes, de maintenir les efforts de collaboration interprofessionnelle et d'élargir celle-ci aux pharmaciens de ville.

Résumé

De nombreuses études montrent que 50% des patients, toutes maladies confondues, ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits. Les conséquences pour nos patients, vus en consultation ambulatoire pour apprendre à mieux gérer leurs(s) maladie(s) chronique(s), sont nombreuses.

Nous sommes parties à la rencontre de 15 internes, 3 infirmières et 6 patients pour comprendre les enjeux de ce problème : quelles sont leurs difficultés, leurs ressources, qu'est-ce que cela leur fait vivre ? L'analyse qualitative des entretiens a mis deux problématiques en évidence :

- Un manque de collaboration interprofessionnelle, entraînant une insatisfaction des infirmières face aux internes peu conscients de l'ampleur de la non-adhésion et peu proactifs dans l'interpro.
- Un manque de collaboration soignants/patients entraînant un vécu difficile chez les soignants (frustration, incompréhension, inquiétude, déception, sentiment d'inutilité, d'échec) ainsi qu'une méfiance des patients (freinés à parler de leur comportement face à leur traitement, craignant une réaction négative de leurs soignants et un impact sur leurs relations).

Après une recherche littéraire approfondie sur l'adhésion médicamenteuse, la collaboration interprofessionnelle et le partenariat patient, nous avons coconstruit 2 projets en parallèle :

- Nous avons travaillé en équipe interprofessionnelle sur les rôles, responsabilités et attentes de chacun, nous avons identifié les différents problèmes de collaboration ainsi que leurs causes pour ensuite imaginer et planifier des solutions concrètes. A la fin de la formation, le sentiment de compétence à collaborer avec les internes avait augmenté de 29% chez les infirmières. 4 mois plus tard, elles se montraient plus compréhensives et aidantes avec les internes, à présent conscientes de leurs difficultés, et plus sereines face à des internes plus proactifs.
- Nous avons organisé une matinée de formation autour de la collaboration soignant-patient en intégrant des patients partenaires « novices » qui nous ont fait le cadeau de témoigner de leur expérience et de permettre aux soignants de s'exercer à mener un entretien de compréhension sur leur relation aux médicaments. A l'issue de cette matinée, le sentiment de compétence des participants à collaborer avec les patients avait augmenté de 51%, et les témoignages à 4 mois ont mis en évidence un approfondissement des entretiens de compréhension autour des médicaments, davantage de temps dédié au sujet et des questionnements sur leur posture. La participation de patients partenaires (vs patients standardisés habituellement engagés) a été estimée très aidante. Ceux-ci se sont sentis utiles et motivés à réitérer l'expérience.

Le défi sera maintenant de donner une place plus importante à la collaboration soignant-patient autour des médicaments dans la formation de nos internes, de maintenir les efforts de collaboration interprofessionnelle et d'élargir celle-ci aux pharmaciens de ville.