

Réflexion

De l'éducation à l'alliance thérapeutique: un défi motivationnel

L'implication de la personne malade tout au long de son parcours thérapeutique est essentiel. L'alliance thérapeutique recherchée par le soignant constitue la clé de l'émancipation de la personne soignée.

Dorah Forrierre

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

From therapeutic education to the therapeutic alliance, a motivational challenge. Motivating patients in their therapeutic care is critical. The therapeutic alliance is key to emancipating the patient and the carer.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

L'éducation thérapeutique a pour but de dispenser une instruction au patient concernant sa maladie et le traitement. Le soignant va « dire, énoncer, répéter, montrer et réexpliquer » [1]. La démarche classique consiste en un interrogatoire du patient conduisant à l'établissement d'un diagnostic éducatif et à un traitement sous forme d'enseignement dans lequel le soignant a pour objectif de faire acquérir au patient des compétences d'autosoins, de sécurité, d'adaptation [2]. S'établit alors entre soignant et soigné, non pas une alliance thérapeutique, mais un contrat pédagogique « finalisant le lien de dépendance entre soignant et patient » [3].

De modalités pré-décidées à la réalité des besoins

La particularité de l'enseignement est que le programme est décidé uniquement par l'enseignant, et non selon les besoins de l'étudiant [4]. Gordon Willard Allport, psychologue, définit quatre conditions requises par l'individu pour qu'il y ait apprentissage : concentration, effort, attention

soutenue et intérêt [4]. Or, "aller mieux" est un objectif que le patient ne peut atteindre que s'il en possède « une représentation claire » [5] et satisfaisant des « critères de faisabilité correspondants aux exigences de son contexte psychologique et de son environnement » [5]. Le mieux-être est surtout une question de thérapeutique inscrite dans une dimension relationnelle. En effet, les objectifs doivent s'harmoniser avec l'identité et les valeurs de la personne.

De l'enseignement à l'observance

Le modèle d'éducation thérapeutique tel que proposé par l'Agence régionale de santé (ARS) est un modèle structuré qui se présente « comme un modèle d'action » [6] : évaluation des connaissances du patient, permettant d'établir un diagnostic éducatif, suivi d'explications aux traitements et auto-soins sous forme d'enseignement (souvent dispensé en groupe de patients). Cette méthode consiste pour le patient en l'acquisition et la mise en œuvre de compétences censées augmenter chez lui son pouvoir d'agir sur son destin jugé "défavorable".

Pour le soignant, il s'agit de faire subtilement acquérir au patient l'observance de son traitement grâce à l'utilisation de stratégies scolaires. Le terme "observance" se définit comme « l'action d'observer fidèlement une règle religieuse » [7]. Il renvoie à une exigence de normalisation, à un devoir moral, à une forme de contrat autoritaire. L'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être enseigné au patient a pour but de permettre à celui-ci d'exercer convenablement un rôle qui vise à le discipliner dans ses comportements.

Autrement dit, l'observance consiste pour le patient à répondre à des règles préétablies en abandonnant ses propres règles de vie, en se soumettant aux injonctions éducatives et en assumant les limites que la vie lui impose [3]. La notion "d'interaction" entre le soignant et le soigné apparaît peu. Or, c'est dans l'interaction entre soignant et personne soignée que se crée la relation.

Du désir à l'agir

D'après le philosophe Paul Ricœur, « agir c'est pouvoir faire au sens du mot initiative » [8]. Une action ne peut être enclenchée que si la personne malade en

Mots clés

- Alliance thérapeutique
- Maladie chronique
- Motivation
- Observance

Keywords

- Chronic disease
- Compliance
- Motivation
- Therapeutic alliance

Références

- [1] Sandrin-Berthon B. Contexte et principes de l'éducation thérapeutique du patient. *Soins Cadres* 2010;73:19.
- [2] Haute Autorité de santé. Recommandations. Éducation thérapeutique du patient. Comment élaborer un message spécifique d'une maladie chronique ? Juin 2007, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf.
- [3] Lecors P. Le patient, sujet acteur ou auteur de sa vie ? *Soins Cadres* 2010;73:24.
- [4] Thibaudeau MF, Marchak N, dir. L'enseignement au malade. Montréal: Les presses de l'université de Montréal; 1981. p. 88.
- [5] Cudicio C, Cudicio P. La Programmation neurolinguistique et relation thérapeutique. Rueil-Malmaison: Lamarre; 1992. p. 66.
- [6] Lacroix A. Processus d'éducation du patient, base théorique et méthodologique de la démarche. *Éducation du patient et Enjeux de Santé* 2010;28(3):122.
- [7] Coll. Le petit Larousse illustré. Paris: Larousse; 1996.
- [8] Ricoeur P. Soi même comme un autre. Paris: Le Seuil; 1990. p. 225.
- [9] Ricoeur P. Soi même comme un autre. Paris: Le Seuil; 1990. p. 208.
- [10] Ogien A, Quéré L. Les moments de la confiance. Paris: Economica; 2006. p. 126.
- [11] Cudicio C, Cudicio P. La Programmation neurolinguistique et relation thérapeutique. Rueil-Malmaison: Lamarre; 1992. p. 71.
- [12] Fenouillet F. L'entretien motivationnel. *Santé mentale* 2012;164:22.
- [13] Mercier M, Moreau MA. L'éducation du patient : un nouveau paradigme pour une nouvelle alliance. *Éducation du patient et Enjeux de Santé* 2010; 28(1):13.
- [14] Albert Scheitzer, cité par Hesbeen W. Éduquer ou informer et accompagner, une question d'intention. *Soins Cadres* 2010;73:45.
- [15] Cudicio C, Cudicio P. La Programmation neurolinguistique et relation thérapeutique. Rueil-Malmaison: Lamarre; 1992. p. 115.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Dorah Forrierre
infirmière polyvalente, service de chirurgie orthopédique, La Clinique de l'Essonne, Boulevard des Champs-Élysées, 91024 Évry Cedex, France
dorahh1485@yahoo.fr

a l'envie. Ainsi soutenir la motivation du patient constitue l'un des défis constants du soignant, car ce dernier est au quotidien tiraillé entre plaisir immédiat et futur supposé. Ces ambiguïtés peuvent annihiler sa motivation et créer un sentiment de culpabilité.

C'est pourquoi, il est important que le soignant déculpabilise le patient, y compris lorsqu'il déroge aux objectifs qu'il s'était fixés. Créer l'envie d'agir chez la personne malade, c'est lui permettre de reprendre plaisir dans ses choix. Paul Ricoeur précise que nous apprécions nos actions parce que nous en sommes nous-mêmes l'auteur [9]. Il souligne également le fait que le "non-agir" est encore un "agir". Dans ce cadre, il est important que le soignant sache respecter les moments où le patient refuse d'adhérer au soin, sans pour autant estimer ce choix comme définitif et les reconsidérer en discutant avec la personne malade.

De l'action au changement

Agir, c'est s'engager. Une situation d'engagement est dynamique et, dans ce cadre, il y a engagement dès que l'expérience est active et pas seulement subie [10]. Les résistances des patients aux traitements apparaissent dès lors que l'interlocuteur propose des solutions au lieu de créer les conditions pour que le patient les trouve. Ainsi, naît un décalage entre l'objectif réel de la personne soignée et l'image qu'elle souhaite donner [11].

Du soignant décideur au soignant éclaireur

Lorsque la personne malade n'agit pas dans le sens souhaité par le soignant, celui-ci peut se retrouver dans une position inconfortable. D'une part parce qu'il peut se sentir impuissant

face à la réaction du patient (refus de soin). D'autre part, parce qu'il peut être tiraillé entre sa conviction de ce qui est bien et le respect de la décision de la personne.

Le soignant doit faire un choix entre assumer une position de témoin ou chercher à prendre en main la situation et, dans ce cas, risquer d'avoir une conduite autoritaire peu favorable au respect de l'autonomie. Dans l'approche clinique de l'entretien motivationnel [12], le soignant a un ou des objectifs de modification du comportement du sujet pour sa santé. Il ne va pas chercher à les imposer, mais plutôt à faire émerger chez la personne des facteurs favorables à ces changements en l'éclairant dans sa réflexion sur ses propres buts et les moyens qu'elle peut mettre en place pour les atteindre.

Le soignant entre dans un rôle d'explorateur et non d'enseignant, dans lequel il évite de corriger la personne dans sa manière d'aborder sa santé. Il met en sourdine sa position d'expert pour encourager le patient à s'engager dans un changement de comportement favorable à sa santé. C'est à travers cet espace transitionnel d'écoute et d'échanges que le sujet peut exister en assumant la complexité de ses rapports à lui-même, à la maladie et la conflictualité de ses rapports aux autres. La notion d'interdit strict disparaît pour laisser la place à l'existence d'un espace de plaisir concernant la réappropriation de ses choix et le fait d'assumer ses décisions.

D'une relation d'assistance à l'aide à la réappropriation

La relation du soignant envers le patient passe de l'assistance à l'aide à « la réappropriation » [13].

La personne se retrouve dans la position d'auteur de sa vie. « Chaque patient porte en lui-même son propre médecin. Nous donnons le meilleur de nous-même lorsque nous permettons au médecin qui réside dans chaque malade de se mettre au travail » [14]. Dans cette approche, l'écoute n'est pas seulement empathique comme dans la relation d'aide, elle est aussi réflexive, c'est-à-dire que le soignant renvoie à la personne une partie de ce qui a été écouté, entendu et compris de son discours. Le soignant reflète la pensée du malade. L'objectif, lui, vient soutenir la motivation de la personne. Utilisée dans l'éducation thérapeutique, cette approche permettrait de favoriser la participation des personnes au parcours de soins et d'en être acteur. Il ne s'agirait pas de s'intéresser uniquement à ce que la personne malade sait de sa maladie, mais plutôt à ce que la personne malade connaît d'elle-même. Pour ce faire, la thérapeutique utilisée n'est autre que la parole, l'écoute, l'échange et la reformulation.

Dans cette relation thérapeutique, un jeu de va et vient entre « le parler vrai et le parler flou » [15] s'instaure. Le "parler vrai" apporte les informations nécessaires pour calmer les inquiétudes et dissiper les doutes, le "parler flou" vient à propos chaque fois que le soignant travaille sur l'implication du patient. C'est alors que l'autonomie de la personne est respectée. L'approche clinique cherche ainsi à favoriser et à accueillir la parole du patient en tant qu'indicateur de ses besoins réels. On ne parle plus d'observance ou d'adhésion aux thérapeutiques, mais bien d'une alliance thérapeutique entre soignant et soigné. Cette notion d'alliance thérapeutique devrait résonner à l'esprit de chaque soignant, lors de toute prise en soins de patients. *