

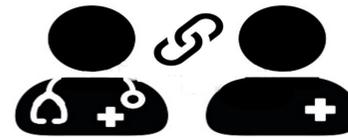
PATIENT PARTENAIRE

Sylvie Willems en collaboration avec Christelle Maillart
ULiege

PATIENT PARTENAIRE

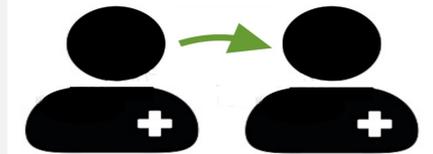
Patient-partenaire

Patient-ressource
pour lui-même

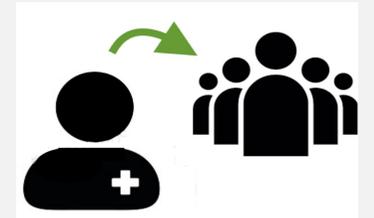


Patient-ressource
pour autrui

Pair-aidance



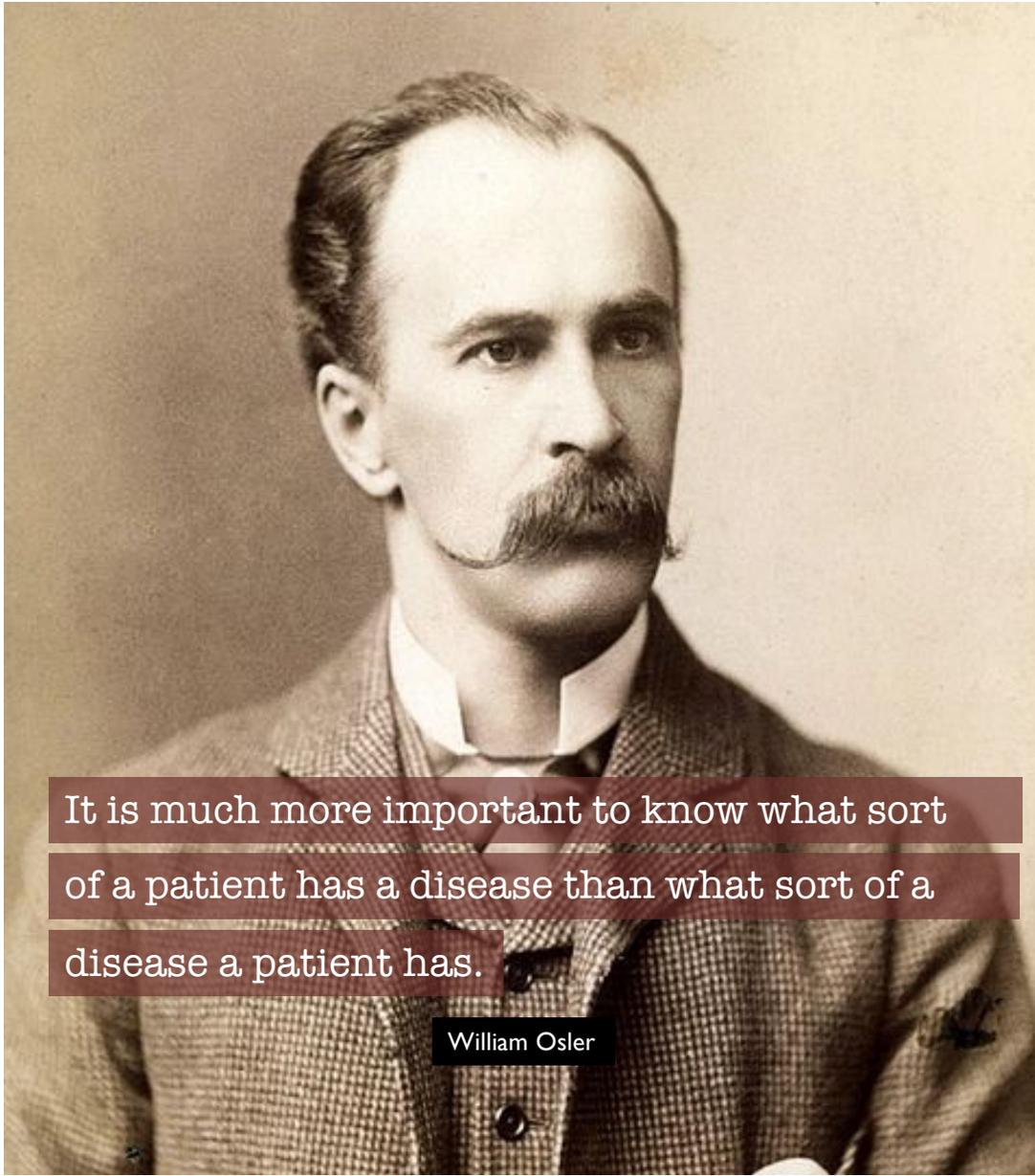
Consultance



Aidants-partenaire

Aidants-ressource

Soutien aux aidants



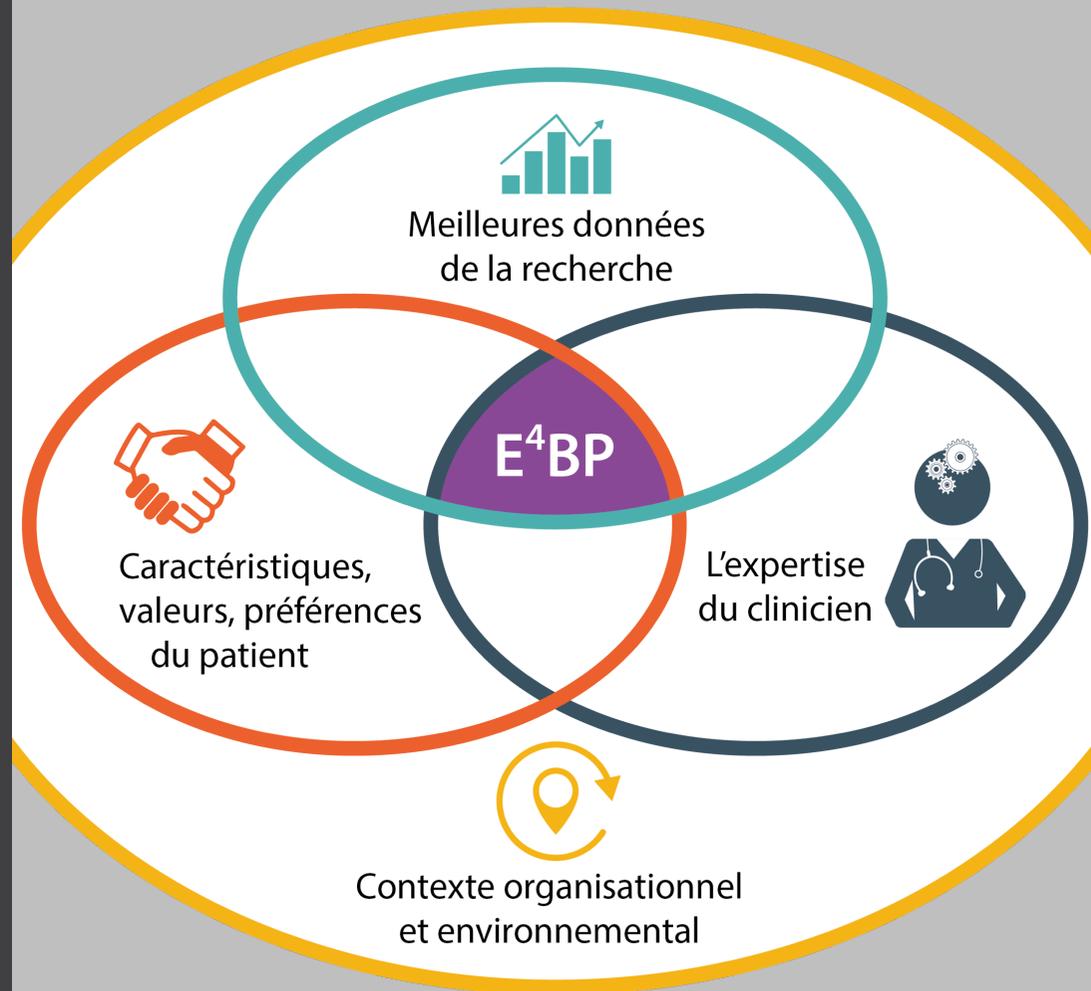
It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has.

William Osler



VALEURS ET PRÉFÉRENCES

Fondement éthique principal de l'EBP
(Rousseau 2012)



IMPORTANCE DE L'AUTONOMIE INDIVIDUELLE

Déclaration d'Alma-Ata
(1978)



Organisation mondiale de la Santé

4 PRINCIPES

1. Offrir aux gens dignité, compassion et respect.
2. Proposer des soins, un soutien ou un traitement coordonnés.
3. Proposer des soins, un soutien ou un traitement personnalisés.
4. Aider les gens à reconnaître et à développer leurs propres forces et capacités pour leur permettre de mener une vie indépendante et épanouissante.

For more information about these principles, see Dr Alf Collins' thought paper for the Health Foundation, Measuring what really matters.
Available from: www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters

WHAT ?

RAISONS PRATIQUES

1. Les patients prennent un rôle plus actif
2. L'ACP améliore l'expérience du patient, la qualité des soins et les résultats pour la santé.
3. L'ACP améliore les performances et le moral du personnel.

WHY?

LES BÉNÉFICES ?

- Moins de recours aux services d'urgence pour les affections au long court
- Meilleure compliance
- Plus grande satisfaction
- Choix de traitements en accord avec les valeurs/préférences du patient, généralement traitements moins couteux et moins invasifs

LES BÉNÉFICES ?

- Adoption de comportements positifs pour la santé
- Traitements associés à de meilleurs résultats de santé
- Positif pour les professionnels : l'engagement du patient stimule engagement des professionnels (performance, moral, ...)
- Particulièrement indiqué pour les conditions au long court

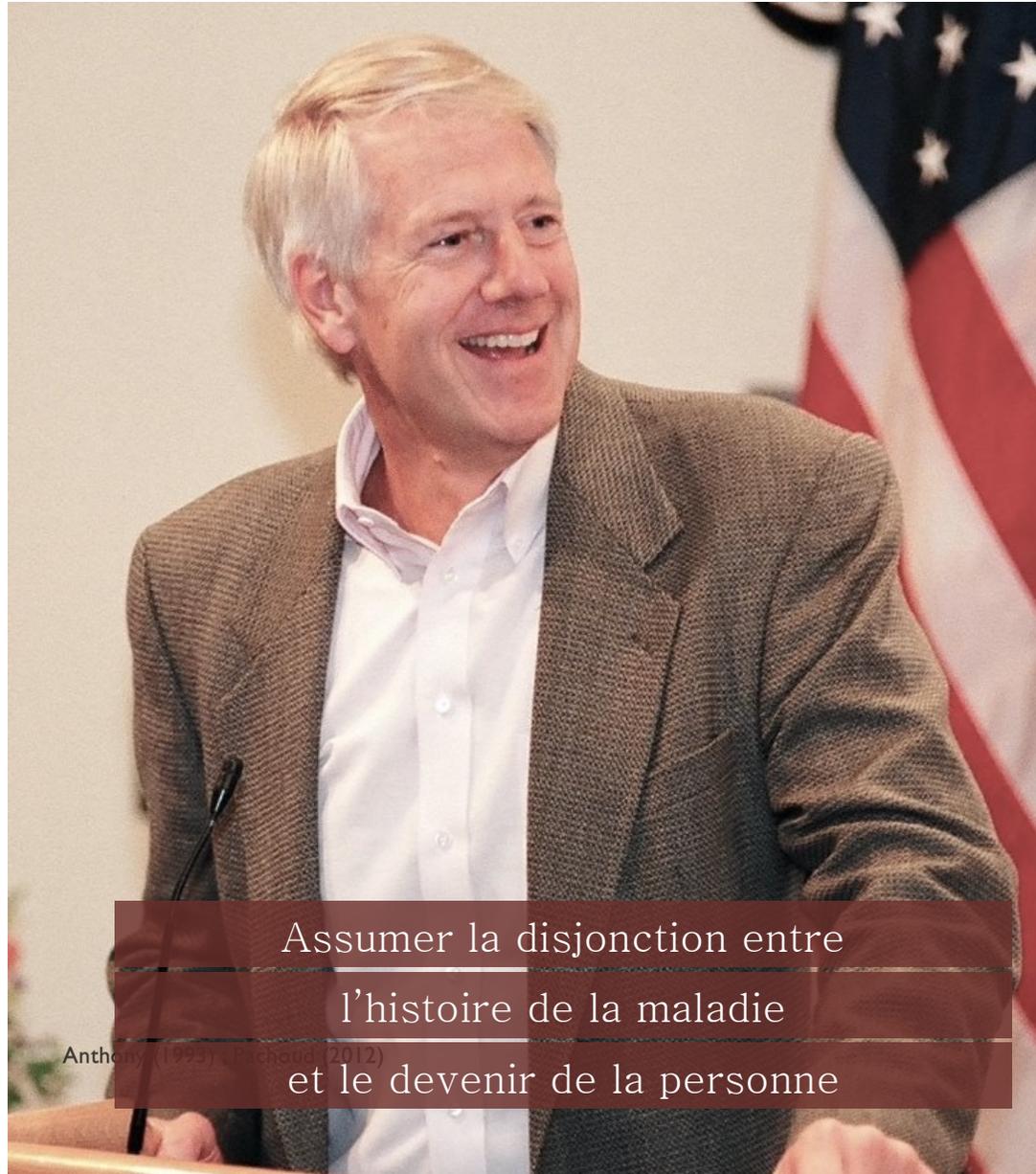
APPROCHE DES SOINS CENTRÉS SUR LES CAPABILITES

Amartya SEN

Prix Nobel d'économie



L'inégalité s'exprime dans la capacité des individus
à agir, choisir et mener leur vie



Assumer la disjonction entre
l'histoire de la maladie
et le devenir de la personne

Anthony (1993), Richman (2012)

RETABLISSEMENT (RECOVERY)

Bill Anthony (1993)



RÉTABLISSEMENT

Assumer la disjonction entre « le déficit » et le devenir de la personne

- L'ampleur des difficultés cognitives ne suffisent pas à expliquer l'impact des difficultés sur la Qualité de Vie (e.g., Lysaker et al., 2010)
- L'impact d'une atteinte neurologique sur la satisfaction de vie est médié par le maintien des relations sociales et du sentiment d'appartenance (Haslam et al., 2008)
- Un sentiment de croissance est rapporté après un traumatisme crânien chez les personnes ayant déplacé certaines valeurs (revalorisation des relations avec les autres) ou rapportant une conscience de forces personnelles ou de nouvelles possibilités (Collicutt McGrath et Linley, 2006)



RÉTABLISSEMENT

>< notions de guérison/rémission symptomatique
– au sens de disparition de la maladie

= retrouver une vie active et sociale, **en dépit**
d'éventuelles difficultés résiduelles

= se construire une **identité indépendante** de
la maladie / des difficultés

= **Equilibre** entre prise de conscience de la
maladie et de ses conséquences, et prise de
distance à son égard

PATIENT PARTENAIRE

SOIGNANT : CENTRE SUR LA PERSONNE (SES VALEURS ET SES CAPABILITES)

Autodétermination
dans ses soins

Autodétermination et
appropriation de soi

(R)ETABLISSEMENT DU PATIENT

COMMENT LE PARTENARIAT PEUT-IL ÊTRE DÉVELOPPÉS ?

- MICRO : changer la relation patient-soignant
- MESO : changer l'organisation des soins et introduire de nouveaux partenaires
- MACRO : augmenter les incitants sociétaux et introduire les patients dans tous les strates les concernant

Ortiz Halabi, I. et al. (2020) "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition.

HOW?

PATIENT PARTENAIRE



Partage d'information et
compréhension partagée



Décision partagée

I.
CONSTRUIRE
L'ALLIANCE

BUT	ATTITUDE/TECHNIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Établir une confiance mutuelle et un partenariat• Respecter l'autonomie et la dignité du patient	<ul style="list-style-type: none">• Interaction appropriée avec le patient (par exemple, salutation, contact visuel)• Écoute active• Langage corporel exprimant l'ouverture et la chaleur• Ordre du jour commun• Discuter des rôles et des responsabilités de tous les participants (y compris la famille).

ii.
COMPREHENSION
PARTAGEE

BUT	ATTITUDE/TECHNIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Comprendre les principaux besoins du patient.• Apprécier les connaissances et les croyances du patient concernant son fonctionnement.• Partager l'information d'une manière accessible et compréhensible pour le patient.• Donner aux patients les moyens de mieux utiliser et évaluer les sources d'information.	<ul style="list-style-type: none">• Posez des questions ouvertes• Écoute active• Répéter et résumer• Demander au patient de répéter ce qu'il a compris de la rencontre• Fournir des explications sans jargon• Encourager le questionnement



**STRATÉGIES DE
COMMUNICATION
VERBALES
FACILITANT LA
RELATION**

Facilitateurs et encouragements minimaux

- Interjection: 'hum! Hum!'
- Mots, phrase simple: 'continuez', 'et ensuite?' 'Oui' 'je vous écoute', 'pouvez-vous m'en dire plus?'
- Echo: répéter un ou 2 mots de ses dernières paroles

Bref silence du soignant

- signe d'encouragement
- Pas trop long, sinon embarrassant



STRATÉGIES DE
COMMUNICATION
VERBALES
FACILITANT LA
RELATION

Questions

- **Ouvertes:** liberté dans la formulation de sa réponse: “*Comment?*”, “*Que savez-vous de la situation?*”
- **A éviter:** questions de type pourquoi, questions suggérant des réponses, questions portant sur plusieurs sujets en même temps

Enoncés de clarification et concrétisation

- S’assurer que nous parlons de la même chose; faire préciser les propos plutôt que les évaluer
- “*Qu’entendez-vous par...?*”
- Tendance à supposer qu’on comprend les problèmes des autres, en fonction de nos expériences avec des «problèmes comparables» (!caractère unique des personnes)



STRATÉGIES DE
COMMUNICATION
VERBALES
FACILITANT LA
RELATION

Reformulation sur des aspects **factuels**

- Montrer sa compréhension, vérifier si l'histoire a été comprise, reproduire ce que le patient a dit plus précisément, exprimé sous une forme interrogative, en attente d'une validation: *“Si je vous comprends bien, vous n'avez pas plus d'informations sur ce qui s'est passé, car c'est votre frère qui était présent sur les lieux”*

Reffet du sentiment, sur les aspects **émotionnels**

- Comprendre comment le patient se sent ou s'est senti; s'abstenir de donner son propre jugement de valeur = **manifestation concrète de l'empathie**: *“Je comprends que vous soyez inquiet”*

Enoncés de synthèse

- Résumé descriptif à voix haute pour structurer l'entretien
- Contenu et émotion sont généralement représentés
- Les déclarations du patient sont reproduites sur une plus longue période de temps

COMPREHENSION PARTAGEE

DIFFICULTES

- Pathogénèse
- Expérience
- Impacts fonctionnels

+

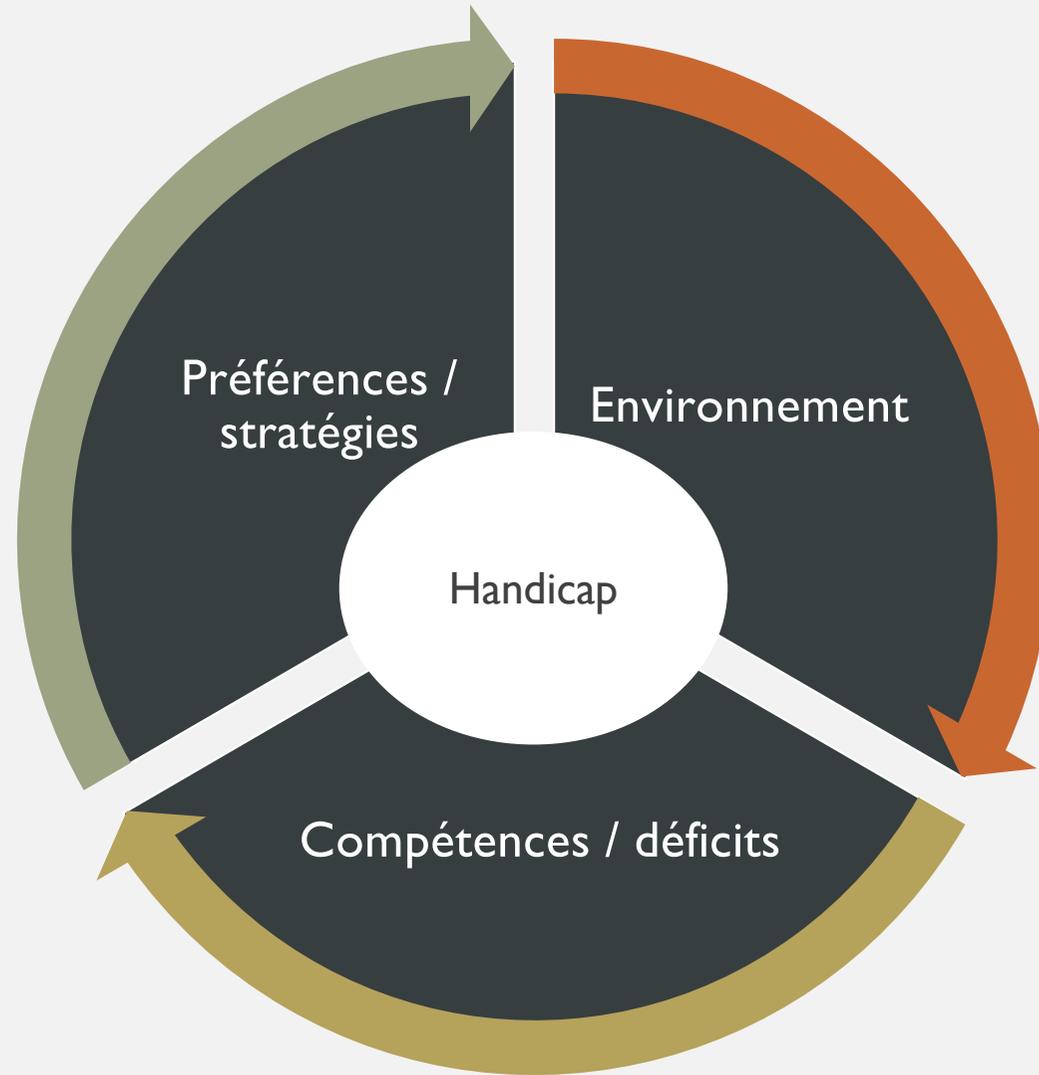
VALEURS –

- Inquiétudes
- Insatisfactions
- Besoins

+

VALEURS +

- Forces
- Aspirations
- Ressources



COMPREHENSION PARTAGEE

1. Questionner les valeurs, les objectifs
2. La vision de la qualité de vie, le sens donné à sa vie et à ses activités



- *Que voudriez-vous dans la vie?*
- *Qu'est-ce qui améliorerait votre vie?*
- *Qu'est-ce qui donnerait plus de sens à votre vie?*
- *Qu'est-ce qui rendrait votre vie plus agréable?*
- *Votre vie est-elle assez remplie?*

COMPREHENSION PARTAGEE

Etre en relation

Satisfaction dans la fréquence et régularité des relations sociales (famille, ami-e-s et autres connaissances, collègues, voisins, etc.) ; sentiment d'être soutenu.e ; sentiment d'être intégré.e dans la communauté ...
facteurs explicatifs de la situation (qu'est-ce qui fait que ?)

Responsabilisation et pouvoir d'agir

Satisfaction dans autonomie dans la réalisation des activités de base et instrumentales de la vie de tous les jours ; sentiment de contrôle sur la vie ; pouvoir d'agir ; liberté décisionnelle
facteurs explicatifs de la situation (qu'est-ce qui fait que ?)

COMPREHENSION PARTAGEE

Sens à la vie

Buts et projets personnels ; sentiment d'utilité ; sens donné aux difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (fatalité ou défi ?) ; activités de loisirs vs ennui ;
facteurs explicatifs de la situation (qu'est-ce qui fait que ?)

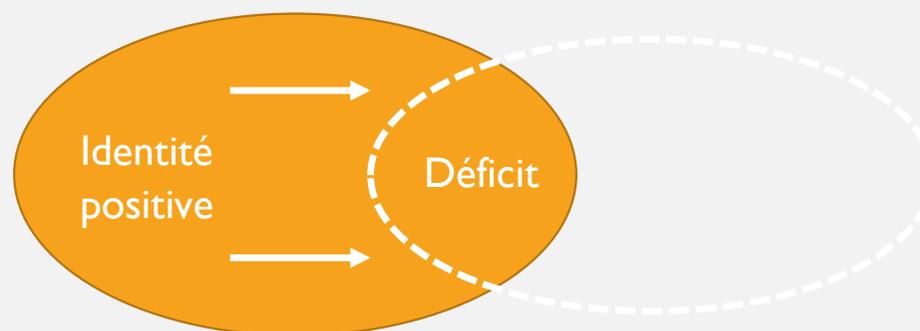
Espoir

Craintes par rapport à l'avenir ; objectifs ; éléments rassurants ; démarches anticipatives ; personnalité (optimiste/pessimiste) ;
facteurs explicatifs de la situation (qu'est-ce qui fait que ?)

COMPREHENSION PARTAGEE

Identité

Estime de soi ; image de soi ; acceptation de soi ; qualités et défauts ; forces et faiblesses (connaissances et croyances portant sur les difficultés, la maladie et/ou le diagnostic ; impact des difficultés, de la maladie et/ou du diagnostic sur l'identité ; stigmatisation (venant des autres ou de soi) facteurs explicatifs de la situation (qu'est-ce qui fait que ?)



AIDER LA PERSONNE A FIXER LES OBJECTIFS

- Quand le patient est engagé dans la fixation des objectifs thérapeutique des effets sont observés sur le sens perçu, la satisfaction en lien avec les soins, la qualité de vie (ex. Holliday, Cano, Freeman et Playford, 2007).
- Une prise en charge intégrée doit se concentrer sur des activités significatives orientées vers un objectif et développer des compétences pour permettre la réalisation des objectifs (Wilson et al., 2009, chapitre 4).



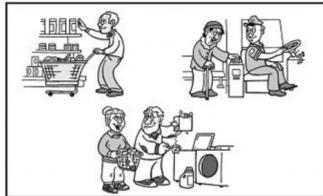
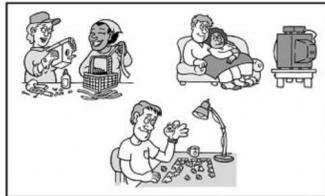
**STRATÉGIES
POUR FIXER LES
OBJECTIFS**

Pourquoi – Pourquoi – Pourquoi

Metaphoric Identify Mapping (MIM ;Ylvisaker et al., 2008)

Différents outils pour déterminer les valeurs et objectifs et faciliter la décision

STRATÉGIES POUR FIXER LES OBJECTIFS



Outil visuel sur les valeurs

Life Interests and Values Cards (**LIV**, Haley et al. 2013)

4 catégories de cartes (95) :

- (1) activités de la vie quotidienne (par exemple, faire les courses, utiliser les transports en commun) ;
- (2) activités relaxantes et créatives (par exemple, bricoler, regarder du sport) ;
- (3) activités physiques (par exemple, faire une randonnée, jouer au bowling) ;
- (4) activités sociales (par exemple, parler au téléphone, aller au restaurant).

STRATÉGIES POUR FIXER LES OBJECTIFS

Questionnaires et Inventaires

- Life goal questionnaire (**GOALS**, Conrad, Doering, Rief et Exner, 2010)
- Technologie d'assistant à l'élaboration de projet de vie (Landuran et coll. Sous presse, [http : //www.monprojetdevie.trisomie21-france.org/.](http://www.monprojetdevie.trisomie21-france.org/))
- Inventaire de qualité de vie (**ISQV**, Dupuis et al., 1989)

Interactions avec mes enfants

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine

9 / 28

État de ma situation

Pire situation possible (éloignement maximal) Situation idéale

Situation actuelle : →
Situation désirée : →

Vitesse de changement de ma situation

Je m'approche de l'idéal Je m'éloigne de l'idéal

Situation idéale

○ Pas de changement

ii.
DECISION
PARTAGÉE

BUT

- Elucider les préférences du patient en matière de soins, y compris le degré souhaité de participation à la prise de décision.
- Délibérer avec le patient sur les options disponibles et les données probantes.
- Parvenir à un accord mutuel sur la ligne de conduite souhaitée.

ATTITUDE/TECHNIQUE

- Etablir ensemble l'ordre du jour
- Encourager la participation du patient à la discussion
- Écoute active
- Explorer les options disponibles
- Tenir compte du besoin d'information
- Tenir compte des préférences du patient

ASK – TELL – ASK (demander – dire – demander)

ASK - *que savez-vous au sujet de votre situation ?*

Tell – *je pense que*

ASK – *qu'est-ce que cela signifie pour vous ?*

Tell – *Il existe plusieurs options*



STEP BACK

Que savez-vous de la situation actuelle ? Comment voyez-vous la suite ?

ANNONCER

- Il y a différentes options possibles, je voudrais partager avec vous ce que je sais... Etes vous d'accord?

PARLER DE LA DECISION PARTAGER

- Conséquences différentes pour chacun
- Incertitude des résultats

PARLER DES OPTIONS

- Que savez-vous à propos de ...
- Chunks and checking

ALLER VERS LA DECISION

- qu'est-ce que cela signifie pour vous ?
- Avez-vous d'autres questions ?";
- Comment voulez-vous procéder ?"
- Avez-vous besoin de plus de temps pour réfléchir à notre décision ?

il.
DECISION
PARTAGEE

CONSIDEREZ CHAQUE OPTION POUR **L'ÉVALUATION**:
évaluation de tel ou tel aspect du fonctionnement, ..., ne rien faire

EST-CE INFORMATIF ?
La problématique de la validité discriminante....

À QUOI CELA PEUT-IL SERVIR ?
Pourquoi – Pourquoi : Cela va-t-il permettre de mieux cibler l'intervention ?

QUEL MAL CELA PEUT-IL FAIRE ?
Stigmatisation ? Confrontation aux difficultés ?

QUEL SERA LE COÛT ?
Montant du bilan

ii.
COMPREHENSION
PARTAGÉE

S

Setting ou situation

- Mettre en place le cadre de l'entretien

P

Perception

- Évaluer ce que le patient sait, a perçu de la situation

I

Invitation

- Évaluer ce qu'il souhaite savoir (désirs d'infos)

K

Knowledge ou connaissance

- Transmettre le diagnostic clairement

E

Emotions

- Fournir un soutien émotionnel

S

Summary/synthèse et stratégie

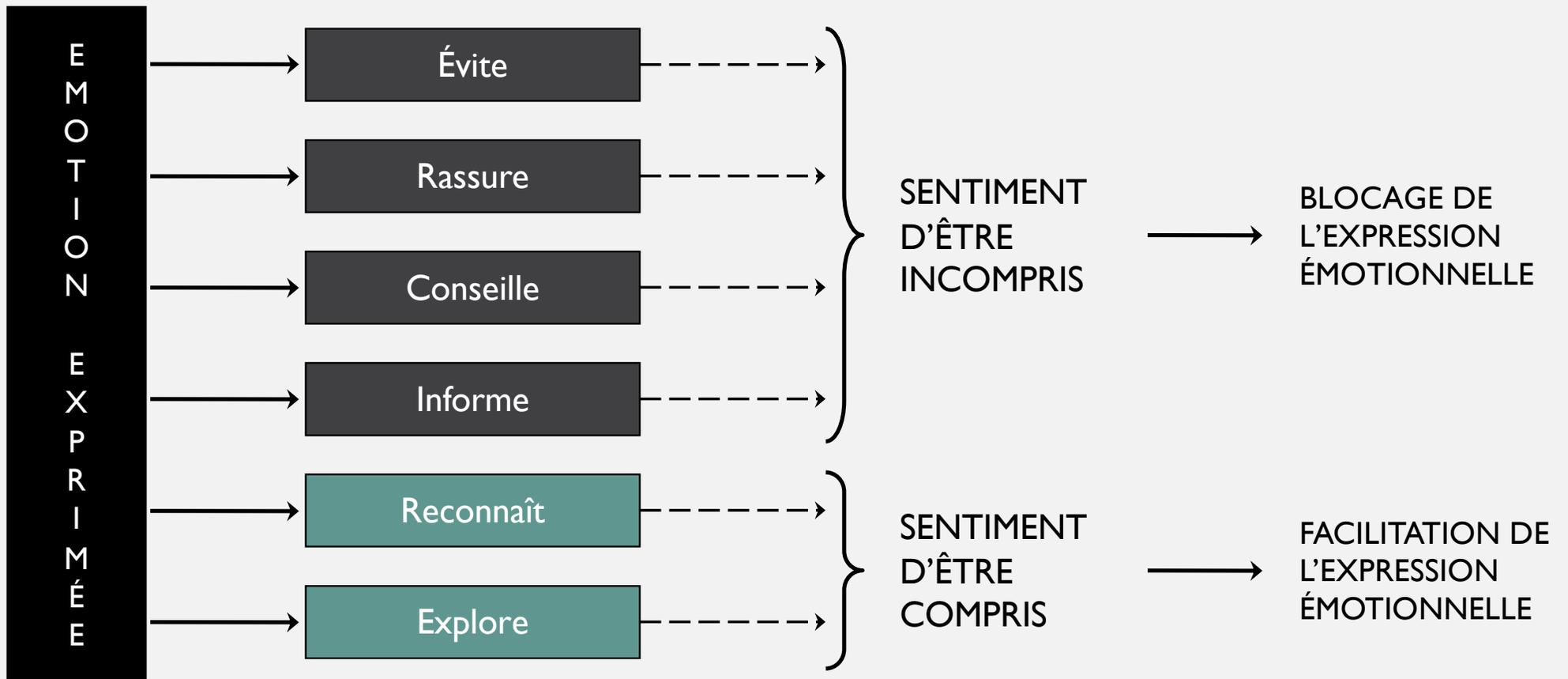
- Résumer et établir un plan de traitement

Gérer les émotions

PATIENT

SOIGNANT

PATIENT



il.
DECISION
PARTAGÉE

CONSIDEREZ CHAQUE OPTION DE TRAITEMENT :
conseils, entraînement cognitif, ..., ne rien faire

EST-ELLE EFFICACE ?
Existe-t-il de bonnes recherches pour montrer que cela fonctionne ? Dans quelle mesure ? Est-il plus efficace que d'autres options de traitement ?

À QUOI CELA PEUT-IL SERVIR ?
Pourquoi – Pourquoi
Résoudre ou contourner des problèmes? Atteindre des objectifs choisis ?

QUEL MAL CELA PEUT-IL FAIRE ?
Perte de l'occasion d'essayer des traitements qui pourraient être plus efficaces ?
Pression familiale ? Stigmatisation ?

QUEL SERA LE COÛT ?
perte d'argent, perte de temps, transport, perte de temps de travail des parents,
interférence avec les jeux/activités sociales des enfants et des frères et sœurs

COMMENT SAURAI-JE SI CELA FONCTIONNE OU NON ?
Comment puis-je "mesurer" le(s) changement(s)? Observer le comportement?

Soutenir la décision partagée

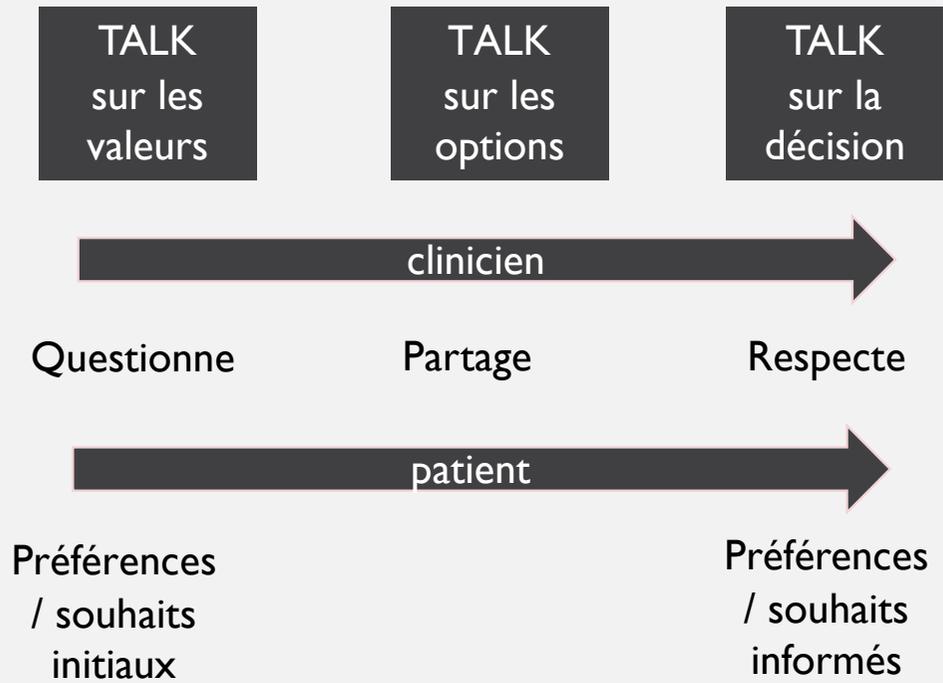
- Rappeler le choix à mener
- Rappeler l'importance des valeurs et objectifs
- Rappeler les options
- Offrir du temps, de l'information
 - Accès au dossier
 - Accès des ressources complémentaires
 - Temps pour discuter avec d'autres ...
- Accepter le désaccord

Elwyn, G., et al. (2012). "Shared decision making: a model for clinical practice." *Journal of general internal medicine* 27, 1361-1367.

Silva, D. D. (2012). "Helping People Share Decision Making: A Review of Evidence Considering Whether Shared Decision Making is Worthwhile." London: The Health Foundation.



Décision partagée : Différents types de talk



Stacey D., et al. (2011). Cochrane Database Syst Rev. Oct 5 (10)
Silva, D. D. (2012). "Helping People Share Decision Making: A Review of Evidence Considering Whether Shared Decision Making is Worthwhile." London: The Health Foundation.



Décision partagée

- = satisfaction souvent accrue des patients
- = confiance souvent accrue dans les décisions
- = participation plus active des patients
- = connaissance des personnes sur leurs difficultés
- = sentiment d'auto-efficacité

= amélioration du vécu du patient



Décision partagée – y compris pour les indicateurs de changement

COMMENT SAURAI-JE SI CELA FONCTIONNE OU NON ?

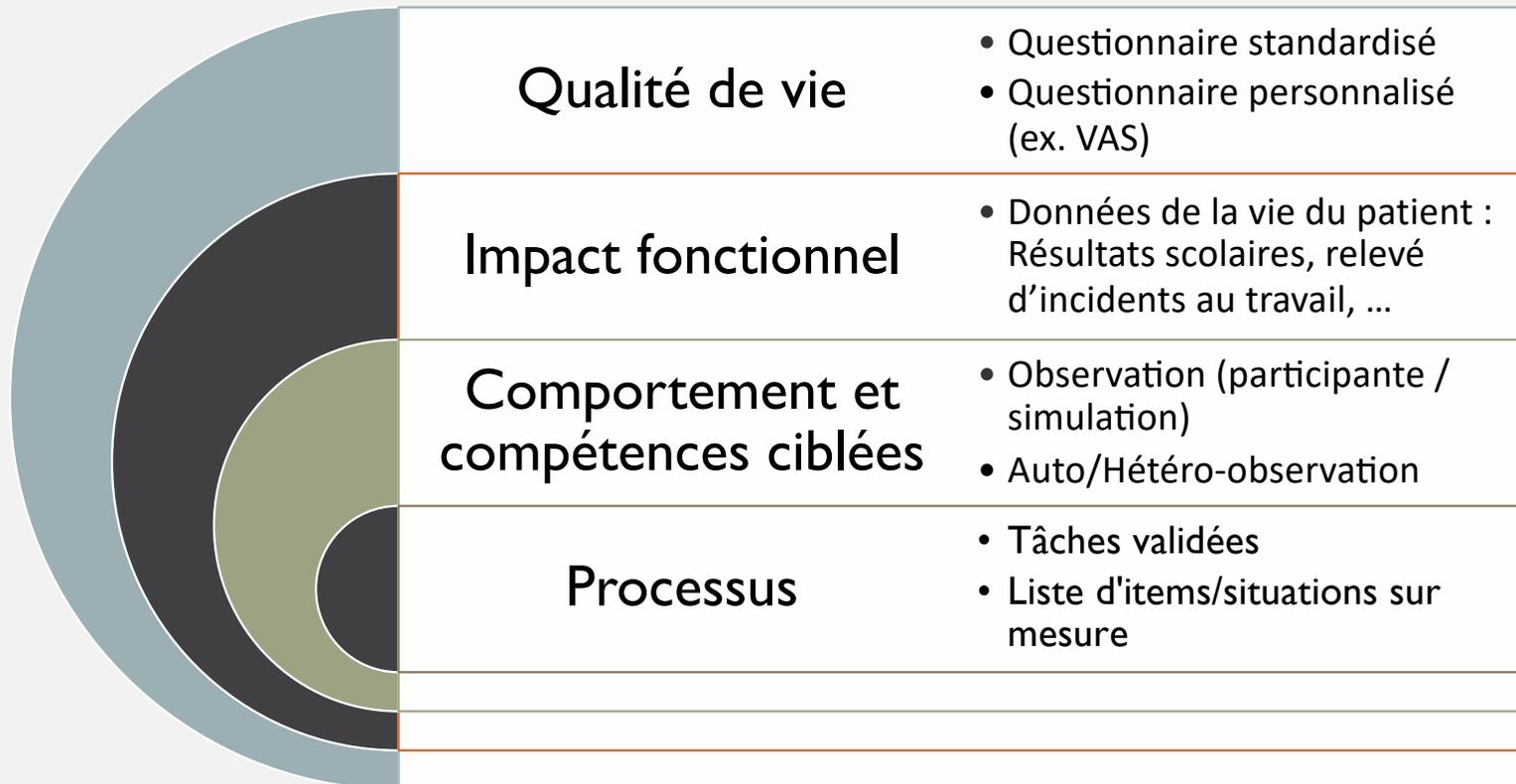
Comment puis-je "mesurer" le(s) changement(s)?

Observer le comportement ?



Co-construction de la mesure

DIFFÉRENTS OUTILS DE MESURES



CHOISIR UNE OU DES MESURES : QUESTIONNAIRE

- Evaluer des difficultés perçues

Je me sens exclu / isolé / spectateur des conversations

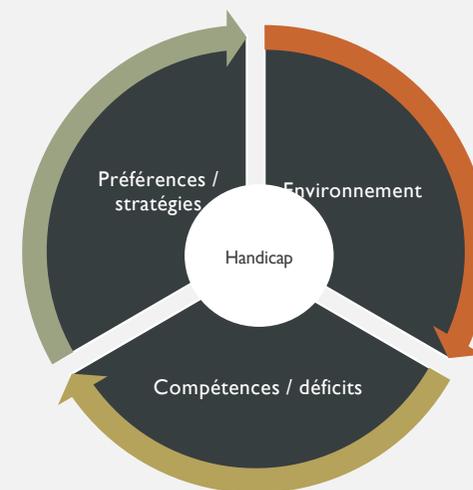
- Evaluer l'impacte sur la une activité spécifique

Ma participation dans les travaux de groupe

- Evaluer l'impacte sur le sentiment de contrôle

Ma confiance dans ma capacité de communication est

0 _____ 10



CHOISIR UNE OU DES MESURES : GAS

Transformer les items en réalisation d'atteinte d'objectif (Goal Attainment Scaling)

GOAL : MEMORISER DES NOMS		
-2	déclin	Cette semaine ... Je n'ai pas tenté d'apprendre des nouveaux noms
-1	Point de départ	j'ai tenté sans adopter de stratégie
0	Attente	J'ai utilisé plusieurs fois efficacement une stratégie pour apprendre des noms
1	Plus qu'attendu	J'ai utilisé chaque fois que nécessaire et de manière efficace une stratégie pour apprendre des noms
2	Le meilleur résultat possible	J'ai utilisé chaque fois que nécessaire les stratégies (aussi pour apprendre d'autres choses que les noms)

PARTAGE DE PRATIQUE

Prendre en compte les préférences et valeurs du patient est parfois un défi, particulièrement lorsque le patient est un enfant ou un adulte fragilisé et que le premier interlocuteur est un parent ou un pair aidant.

Quelles stratégies utilisez-vous, en général et, dans ces cas particuliers ?

15 minutes

- 2 minutes pr se présenter + 1 questionnaire du temps
- 2 minutes individuellement pour répondre aux questions
- 10 minutes de discussion & mise en commun
- 1 minute pr décider d'un ou plusieurs éléments clés de la discussion à remettre dans le chat

CAS PARTICULIERS

- Jeune enfant
- Patient avec des troubles sévères de la communication
- Vieillesse pathologique et maladie neurodégénérative
- Déficience intellectuelle modérée, sévère

.... Quand la personne n'est plus (pas – pas encore) apte à communiquer ses valeurs...

APPROCHE GÉNÉRALE

- Se garder d'une vision normative des fonctionnements
- Eviter le piège d'une vision uniquement sécuritaire et fonctionnelle.
Trouver un équilibre entre les enjeux identitaires et de soins
- Si nécessaire, regarder en arrière/en avant pour donner une valeur à la vie avec la maladie
- Eviter d'aller trop rapidement vers un paradigme « proche –soignant » ou « médicalisation du domicile »
- Eviter de renoncer trop vite à certains projets ou apprentissages (ex. apprendre à lire)

COMMUNIQUER SES VALEURS : RECIT DE VIE

Communiquer ses préférences, normes et valeurs

Les points suivants peuvent être abordés... en fonction des souhaits de la personne en question:

Jeunesse

- Famille
- école, formation
- Loisirs et amis

Vie adulte

- Famille
- Carrière
- Caractère

Le présent

- relations personnelles, entourage
- Participation sociale, occupations
- Souhaits quotidiens, goûts (Où est-ce que j'aime habiter ? Qu'est-ce que j'aime manger ? Qu'est-ce qui me fait plaisir ?)
- Ce qui donne du sens à ma vie (enfant : à quoi ressemble une journée réussie ? / parent : quels sont les moments de la vie de votre enfant dont vous êtes fiers ?)

Habitudes

- Valeurs et convictions personnelles (face à la maladie et la mort)
- Attitude générale face à la vie et à son état de santé (valeurs concernant l'autonomie et la dépendance).

DECISION PARTAGEE : ADVANCE CARE PLANNING

Culture de la concertation

- Processus continu de concertation entre patient et soignant en vue de définir une orientation commune des soins et traitements à (ne pas) mettre en œuvre, qui donne la priorité au patient (et non à la maladie)”

DECISION PARTAGEE : ADVANCE CARE PLANNING

- **Projet de soins personnalisé et anticipé (PSPA) : un processus par lequel une personne, en concertation avec ses proches et ses soignants, formule à l'avance des objectifs et des choix relatifs à la manière dont elle souhaite que l'on prenne soin d'elle si elle n'est plus en mesure de les exprimer elle-même.**
- Cela peut concerner le lieu de vie, la désignation d'une personne de confiance, les valeurs et préférences personnelles, la fin de vie,...
- Accompagnement des personnes dans l'établissement d'un programme de soins et d'encadrement qu'elles souhaiteraient si elles devenaient "dépendantes"
- L'élaboration d'un document peut servir de support aux décisions prises, mais ne constitue pas l'objectif central de la démarche."

BARRIERES ET FACILITATEURS

BARRIERES

PATIENT

- Croyance
- Peur

PROFESSIONNEL

- Désintérêt
- Préjugés

ENVIRONNEMENT

- Temps

RELATION

- Méconnaissance mutuelle

INFORMATION

- Manque de partage

FACILITATEURS

- Se savoir autorisé....

- Place souhaitée

- Politique institutionnel

- Alliance

- Compréhension partagée

PARTAGE DE PRATIQUE / DISCUSSION

- Quand les valeurs/préférences sont en conflit ...
 - adolescent et sa famille / adulte fragilisé et sa famille
 - patient et le clinicien (ex. refus d'un implant cochléaire par une famille d'un enfant qui pourrait vraiment en bénéficier ; manque d'ambition pour un patient ; refus de démarrer un traitement)
 - autre situation ?

15 minutes

- 2 minutes pr se présenter + 1 questionnaire du temps
- 2 minutes individuellement pour répondre aux questions
- 10 minutes de discussion & mise en commun
- 1 minute pr décider d'un ou plusieurs éléments clés de la discussion à remettre dans le chat

DÉVELOPPER PLUS DE PARTENARIAT PARENTAL

- 3 dispositifs mis en place à la CPLU, sur un continuum du moins au plus engagé..
 - Mettre les préférences du patient au centre dans un port-folio, carnet de stage
 - Travailler spécifiquement la décision partagée
 - Le patient coopère dans la formation : « patient consultant »

PORTFOLIO – STAGE MI LOGOPÉDIE

[Bienvenue](#) [À lire en premier](#) [Mon profil](#) [Tableau de bord](#) [Mes preuves](#) [Mes documents](#) [Dossier administratif](#)

 **LIÈGE université**
Logopédie



Portfolio
L'EBP au cœur de votre
stage

Les quatre piliers de l'EBP

OBJECTIF

- Proposer des occasions régulières, répétées de s'interroger sur le pilier patient.
- Documenter sa réflexion

Semaines	Pilier patient	Pilier recherche	Pilier expertise	Pilier contexte
8 février	X		X (routines)	
15 février	X	X	X (routines)	
22 février	X		X (routines)	
1 ^{er} mars	X	X	X (routines) X (autoévaluation)	X
8 mars	X		X (routines)	
15 mars	X	X	X (routines)	
22 mars	X		X (routines)	
29 mars	X	X	X (routines) X (autoévaluation)	X
19 avril	X		X (routines)	
26 avril	X	X	X (routines)	
3 mai	X		X (routines)	
10 mai	X	X	X (routines) X (autoévaluation)	X
17 mai	X		X (routines)	
24 mai	X	X	X (routines)	
31 mai	X		X (routines)	
7 juin	X	X	X (routines) X (autoévaluation)	X
14 juin	X		X (routines)	
			+ quand vous le souhaitez X (ligne de base pré) X (ligne de base post)	

Le patient



C'est connaître les préférences, les valeurs et les attentes de vos patients vis-à-vis des interventions, mais c'est aussi les impliquer dans la prise de décisions.



Cette semaine, comment ai-je exploité le pilier patient pour prendre une décision et offrir ainsi les meilleurs soins possibles à mon patient ? Pour documenter vos décisions et actions, ajoutez une preuve en cliquant sur **Ajouter une preuve** en haut à droite (voir Menu).

— prise en compte des besoins du patient et des demandes lors de la rééducation

Si besoin, ajoutez un bref commentaire ici.

Infos de base

Date 02/05/2021 **Prénom du patient** Nora

Pour quelle décision avais-je besoin de l'EBP?

Pour me centrer sur les besoins de mon patient et pour la prendre en charge selon le projet thérapeutique effectué en fonction de ses difficultés

Tableau de bord

Preuve	Date	Patient	Mes réflexions	Suivi	Commentaires de mon maître de stage
Le patient					
Adaptation à la demande de la patiente	03/04/2021	Cy	✓✓	✓✓	✓
Intégrer le patient dans la prise de décision	24/04/2021	Chloé	✓✓	✓✓	✓
Tenir compte de la personnalité et de l'humeur de la patiente	01/05/2021	Victoria	✓✓	✓✓	
Adapter la séance à ma patiente	07/05/2021	Alimatou	✓✓	✓✓	
Emotions et sentiment de compétence	14/05/2021	Zack	✓✓	✓✓	
Adapter la complexité de l'épreuve au profil du patient	21/05/2021	Lucas	✓✓	✓✓	
Difficultés et émotions	28/05/2021	Sofian	✓✓	✓✓	
Impliquer le patient dans la prise de décision concernant l'objectif de la séance	05/06/2021	Romain	✓✓	✓✓	
Tenir compte des préférences du patient (et/ou de ses parents)	12/06/2021	Romane	✓✓	✓✓	
Tenir compte des préférences du patient	17/06/2021	Walid	✓✓	✓✓	
La recherche					
Guidance parentale et développement langagier	03/04/2021	Victoria	✓✓	✓✓	

DISPOSITIF DE RAISONNEMENT CLINIQUE : TRAVAILLER LA DÉCISION PARTAGÉE AVEC LES ÉTUDIANTS

Avec Sandrine Leroy

- Entretien anamnestique = moment privilégié...
 - ... pour établir une alliance thérapeutique de qualité (indispensable à l'efficacité de l'intervention, Norcross, 2002)
 - ... pour aborder les valeurs, choix et attentes du patient (importance de la prise de la compréhension et de la prise de décision partagées)
 - ... pour émettre des hypothèses initiales par rapport aux difficultés du patient (importance de faire preuve de raisonnement clinique pour mener l'entretien en ciblant les questions pertinentes en fonction des hypothèses que l'on émet)

Il apparaît comme essentiel que, dans leur cursus universitaire, les étudiants soient spécifiquement entraînés à mener un entretien anamnestique de qualité

MÉTHODOLOGIE

- Utilisation d'un outil donnant des balises pour travailler les compétences communicationnelles : Adaptation française du « Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills » (Kurtz, Silverman & Draper, 1998)

Guide de l'entrevue anamnétique

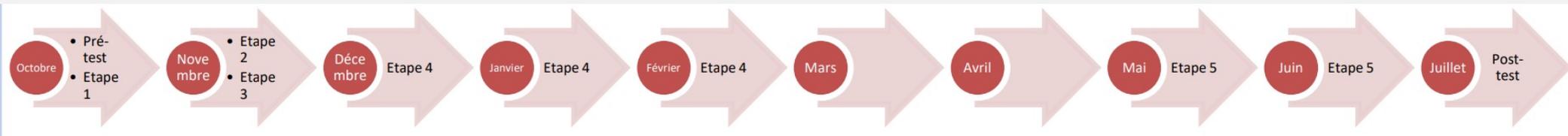
(adapté du Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale¹ – les processus de communication)

	Inférieur au niveau attendu – Non acquis	En voie d'acquisition	Correspond au niveau attendu - Acquis
Partie 1. Etablissement de la relation de confiance avec le parent			
1. Adapter son comportement non verbal	<input type="checkbox"/> A une attitude peu soutenante (regard non soutenu, posture de fermeture) <input type="checkbox"/> Manifeste des marques d'impatience ou d'inconfort (agitation au niveau non-verbal, abrège rapidement les échanges) <input type="checkbox"/> Utilise une prise de notes qui interfère fortement avec le dialogue, la relation (se cache derrière son écran si utilisation d'un ordinateur, peu de contact visuel avec le parent, se perd dans ses notes...) <input type="checkbox"/> Affiche un manque de confiance en soi, utilise un ton inapproprié (indices vocaux laissant sous-entendre un manque d'assurance)	<input type="checkbox"/> Adopte, à certains moments de l'entretien, une attitude peu soutenante <input type="checkbox"/> Manifeste par moment des marques d'impatience ou d'inconfort lors de l'échange (notamment lorsqu'une situation plus délicate est abordée avec le parent) <input type="checkbox"/> Il arrive que la prise de note interfère avec l'échange <input type="checkbox"/> Affiche, à certains moments, un manque de confiance en soi	<input type="checkbox"/> Adopte une attitude soutenante, laissant place à l'expression (contact visuel franc, expression faciale adaptée) <input type="checkbox"/> Laisse le temps au parent de répondre aux questions, instaure un climat apaisant <input type="checkbox"/> Gère la prise de note, de telle sorte qu'elle n'interfère pas avec l'établissement de la relation de confiance <input type="checkbox"/> Affiche une confiance appropriée, utilise un ton approprié (indices vocaux montrant de l'assurance, assume les questions posées et les termes utilisées)
Note	/4	/4	/4

Adaptation du guide dans le cadre d'un dispositif sur l'entretien anamnétique mis en place avec les étudiants de M1 en orthophonie centré; Leroy, Willems, & Maillart, 2020

MÉTHODOLOGIE

- Année 2019-2020



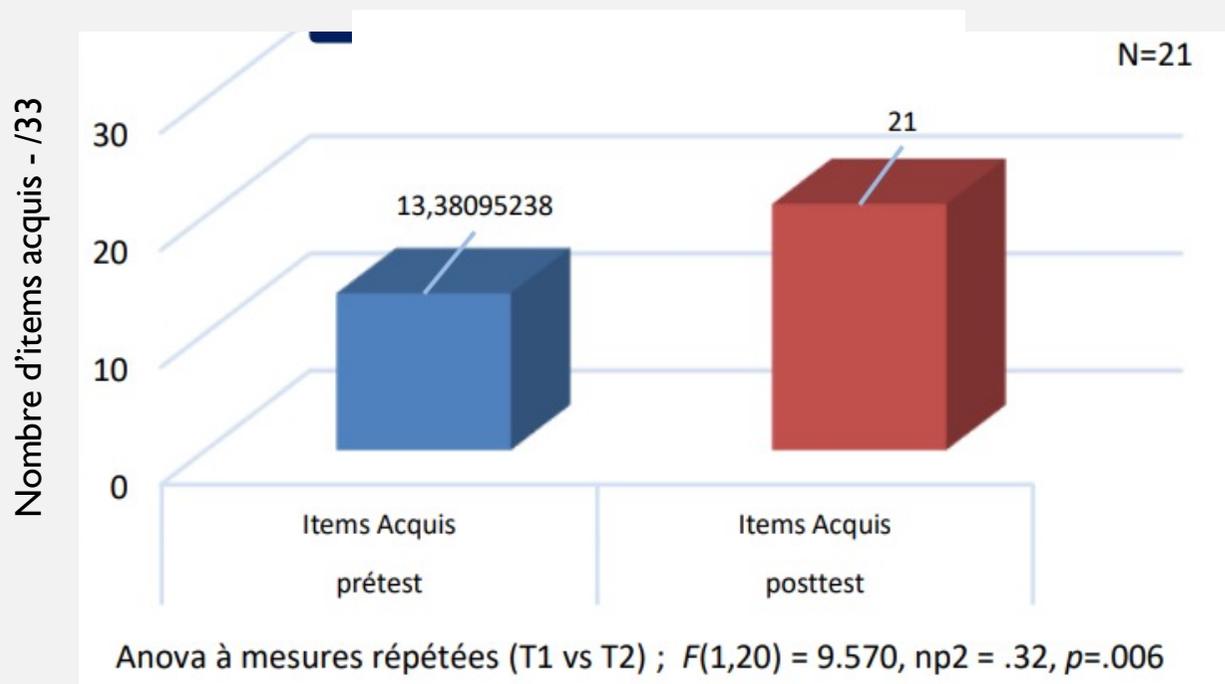
- Pré- et post-test : Jeu de rôle en binôme (les étudiants jouent à tour de rôle le parent et l'orthophoniste) autour de vignettes cliniques
- Etape 1 : Découverte de la grille d'analyse – outil permettant de développer les compétences communicationnelles
- Etape 2 : Vidéo-rétroaction – analyse de la vidéo d'un professionnel
- Etape 3 : Vidéo-rétroaction – analyse de la vidéo d'un pair
- Etape 4 : Autoconfrontation à partir d'un jeu de rôle → **Rétroaction en binôme**
- Etape 5 : Réalisation d'une anamnèse avec un parent fictif → **Rétroaction individuelle avec présence du parent fictif**

→ Importance d'une formule hybride, commençant par l'analyse d'un professionnel, suivi par l'observation de pairs pour finalement se centrer sur la sienne (Santagata & Guarino, 2010)

→ Importance de la présence d'une personne facilitatrice (Calandra, Gurvitch, & Lund, 2008) pour réaliser des rétroactions constructives (Embo, Driessen, Valcke et Van Der Vleuten, 2014)

RESULTATS

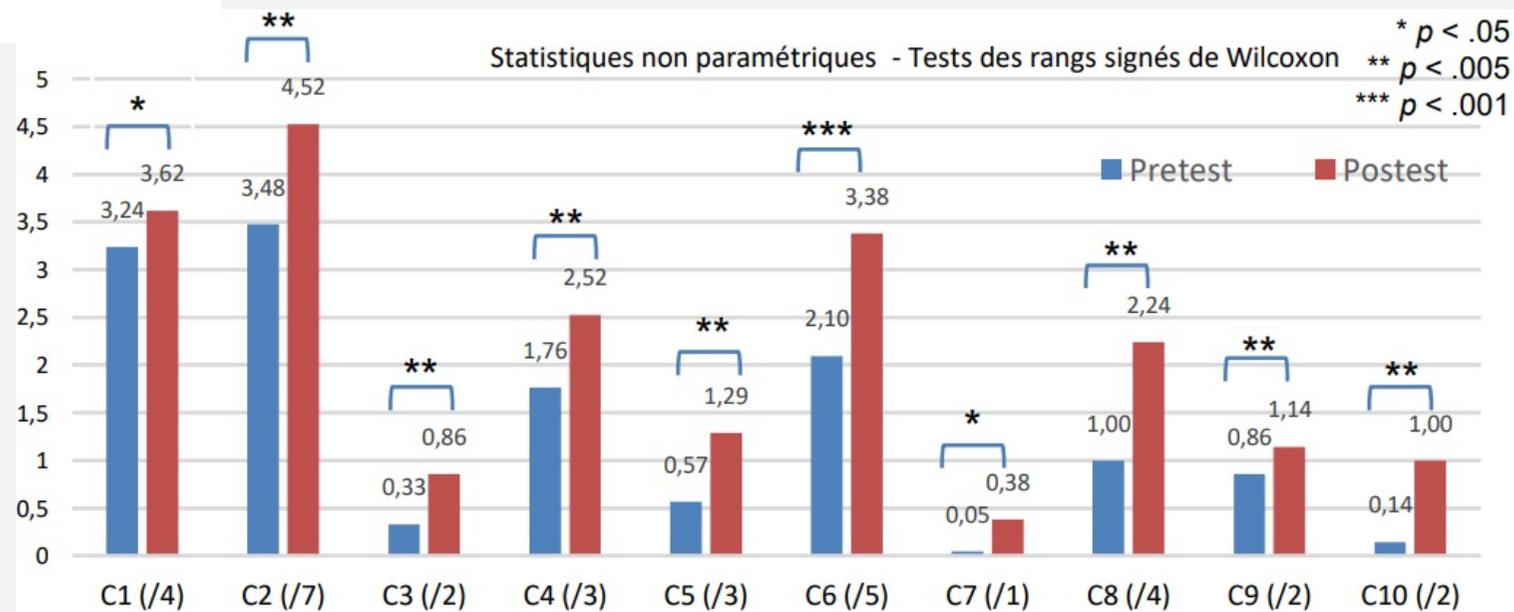
- Résultats de l'année 2019 – 2020



Items issus de la grille d'analyse
Adaptation française du « Calgary-
Cambridge Guide to communication :
Process skills »

RESULTATS

N = 21



C1. Adapter son comportement non verbal ; C2. Adopter une attitude d'ouverture ; **C3. Associer le parent à la démarche clinique** ; C4. Identifier les raisons de consultation ; C5. Structurer l'entrevue ; C6. Comprendre le problème ; C7. Estimer l'impact fonctionnel ; **C8. Arriver à une compréhension partagée** ; C9. Fournir le type et la quantité adéquate d'informations ; **C10. Panifier une prise de décision partagée**

Items issus de la grille d'analyse
 Adaptation française du « Calgary-
 nbridge Guide to communication :
 Process skills »

DISCUSSION

- Amélioration significative dans la manière de mener un entretien anamnestique
 - D'une manière générale, les étudiants :
 - Impliquent davantage le parent lors de l'anamnèse, notamment en prenant en considération ses émotions, en ouvrant l'espace de parole ;
 - Parviennent davantage à clarifier la demande en tenant compte des objectifs / des valeurs du parent.
- Importance de pouvoir fournir une rétroaction afin d'entrer dans une démarche réflexive

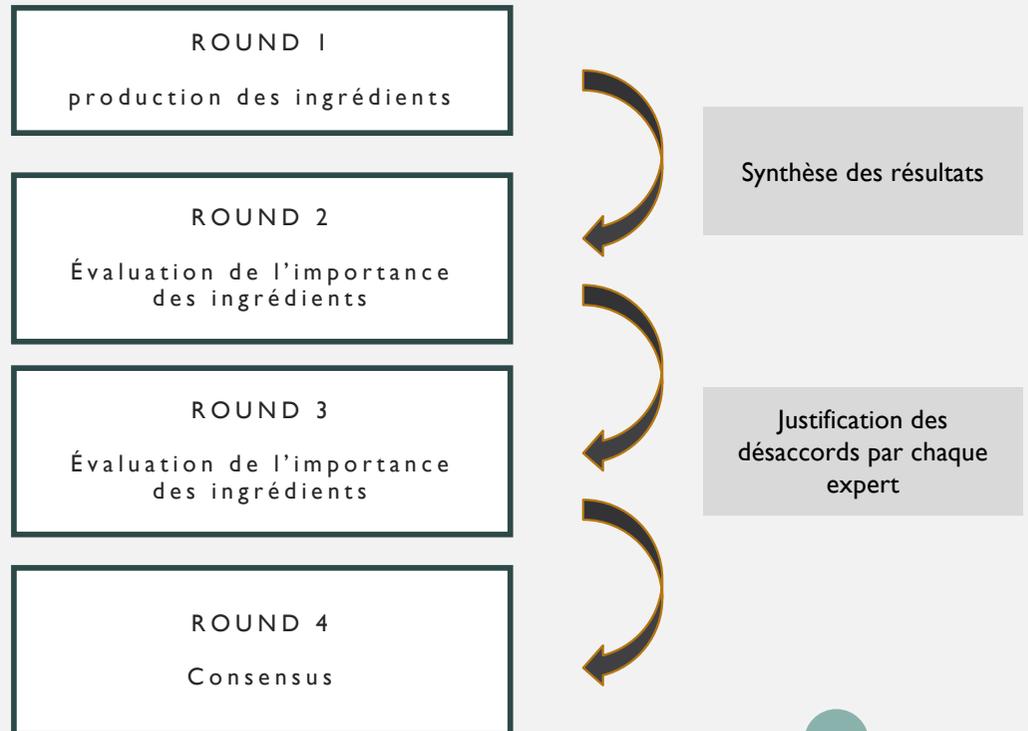
PATIENT - CONSULTANT

Implication de patients dans la recherche et la formation

Exemple liégeois sur la remise de conclusion

Quelles sont les ingrédients chez le clinicien (non-verbaux, verbaux) indispensables à la remise de conclusion ?

⇒ Procédure Delphi avec un comité d'expert (composé de spécialistes de la communication ET des patients)



PATIENT - CONSULTANT

Exemple d'items retenus par les experts

Le clinicien s'assure de la bonne compréhension du patient en :

- (a) Utilisant des termes adaptés au niveau de connaissance du patient, en utilisant un langage simple et en évitant le jargon ;
- (b) Organisant l'information de manière claire ;
- (c) En utilisant la répétition, la reformulation ou la synthèse pour aider à la compréhension de l'information ;
- (d) Fournissant l'information par petits morceaux assimilables pour le patient
- (e) Utilisant les résumés
- (f) Vérifiant la compréhension du patient (par ex : lui demander de la répéter en ses propres mots) avant de donner de nouvelles informations
- (g) Invitant le patient (à une ou plusieurs reprises) à poser des questions
- (h) Proposant au patient de prendre des notes s'il le souhaite et lui propose du matériel pour le faire le cas échéant

PATIENT - CONSULTANT

Exemple d'items retenus par les experts

- Le clinicien présente l'ensemble des options possibles quel qu'elles soit même en cas d'issue négative
- Le clinicien présente l'ensemble des options possibles, de manière exhaustive sans préjugés.
- Le clinicien explique les résultats inattendus possibles, ce qu'il faut faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide.
- Le clinicien a fait des propositions plutôt que des directives et a encouragé le patient à participer à l'élaboration des plans pour la suite
- Le clinicien a vérifié auprès du patient si ses souhaits et ses préoccupations ont été abordées dans les plans décidés
- Si approprié, le clinicien propose au patient de prendre du temps pour la décision ou de prendre un second avis et se rend disponible pour en discuter avec lui par après

PATIENT - CONSULTANT

2

Construction de scénario de simulation « dans les chaussures du patient »
⇒ avec un comité d'expert (composé de spécialistes domaine ET de patients)



**IMMERSION
BAD -
Paternaliste**

**IMMERSION
GOOD – Patient
partenaire**

DEBRIEFING

PATIENT - CONSULTANT

3

Construction de scénario de simulation « dans les chaussures du patient »
⇒ avec un comité d'expert (composé de spécialistes domaine ET de patients)

JEUX DE ROLE



**IMMERSION
BAD -
Paternaliste**

**IMMERSION
GOOD – Patient
partenaire**

DEBRIEFING

JEUX DE ROLE

PATIENT - CONSULTANT

3

Construction de scénario de simulation « dans les chaussures du patient »
⇒ avec un comité d'expert (composé de spécialistes domaine ET de patients)

JEUX DE ROLE

Amélioration de l'exploration verbale de la perspective du patient ($p=.003$)
Quantité d'informations communiquées ($p<.001$)
Attitude durant la communication ($p<.001$)
Empathie perçue par un évaluateur externe ($p<.001$)

JEUX DE ROLE

EN CONCLUSION

- Bel enjeu et défi clinique...
- Long mais passionnant chemin

REFERENCES

- Alsulamy, N., Andrew, L., Thokala, P., & Alessa, T. (2020). What influences the implementation of shared decision making: an umbrella review. *Patient Education and Counseling*.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baylor, C., & Darling-White, M. (2020). Achieving participation-focused intervention through shared decision making: Proposal of an age-and disorder-generic framework. *American journal of speech-language pathology*, 29(3), 1335-1360.
- Berger Z D, Brito J P, Ospina N S, Kannan S, Hinson J S, Hess E P et al. Patient centred diagnosis: sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice *BMJ* 2017; 359 :j4218
- Collicutt McGrath, J., & Linley, P. A. (2006). Post-traumatic growth in acquired brain injury: A preliminary small scale study. *Brain injury*, 20(7), 767-773.
- Conrad, N., Doering, B. K., Rief, W., & Exner, C. (2010). Looking beyond the importance of life goals. The personal goal model of subjective well-being in neuropsychological rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 24(5), 431-443.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M. C., Kennedy, E., & David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The quality of life systemic inventory. *Quality of life and cardiovascular care*, 5(1), 36-45.
- Elwyn, G., et al. (2012). "Shared decision making: a model for clinical practice." *Journal of general internal medicine* 27, 1361-1367.
- Elwyn, G., et al. (2012). "Shared decision making: a model for clinical practice." *Journal of general internal medicine* 27, 1361-1367.
- Fulford, B. K., Peile, E., & Carroll, H. (2018). *La clinique fondée sur les valeurs: De la science aux personnes*. Doin-John Libbey Eurotext.
- Halabi, I. O., Scholtes, B., Voz, B., Gillain, N., Durieux, N., Odero, A., ... & Group, T. A. I. (2020). "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient education and counseling*, 103(1), 5-14.
- Haley, K. L., Womack, J., Helm-Estabrooks, N., Lovette, B., & Goff, R. (2013). Supporting autonomy for people with aphasia: Use of the Life Interests and Values (LIV) Cards. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20(1), 22-35.
- Haslam, C., Holme, A., Haslam, S. A., Iyer, A., Jetten, J., & Williams, W. H. (2008). Maintaining group memberships: Social identity continuity predicts well-being after stroke. *Neuropsychological rehabilitation*, 18(5-6), 671-691.
- Holliday, R. C., Cano, S., Freeman, J. A., & Playford, E. D. (2007). Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78(6), 576-580.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (2014). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Psychology Press.
- Le Galès, C., & Bungener, M. (2017). Poursuivre, avec une maladie d'Alzheimer, une vie qui a de la valeur. *Revue française d'éthique appliquée*, (1), 43-56.
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia research*, 121(1-3), 271-276.
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266.
- Pétre, B., Gagnayre, R., De Andrade, V., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2017). From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of health care professionals—a pragmatic approach for defining competencies and resources. *Patient preference and adherence*, 11, 603.
- Roulstone, S., Coad, J., Ayre, A., Hambly, H., & Lindsay, G. (2012). The preferred outcomes of children with speech, language and communication needs and their parents. Research Report DFE-RR247-BCRP12.
- Rousseau, D. M. (Ed.). (2012). *The Oxford handbook of evidence-based management*. Oxford University Press.
- Silva, D. D. (2012). "Helping People Share Decision Making: A Review of Evidence Considering Whether Shared Decision Making is Worthwhile." London: The Health Foundation.
- Smith, D. L. (1976). Goal attainment scaling as an adjunct to counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 23(1), 22.
- Stacey D., et al. (2011). *Cochrane Database Syst Rev*. Oct 5 (10)
- The Health Foundation (2016) - Person-centred care made simple. <https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>
- Walter, J. K., Hwang, J., & Fiks, A. G. (2018). Pragmatic strategies for shared decision-making. *Pediatrics*, 142(Supplement 3), S157-S162.
- Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J., & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press.
- Ylvisaker, M., Mcpherson, K., Kayes, N., & Pellett, E. (2008). Metaphoric identity mapping: Facilitating goal setting and engagement in rehabilitation after traumatic brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 18(5-6), 713-741.