

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

La promotion du patient comme partenaire de soin : Interventions infirmières

Travail de Bachelor

Daniel Strano, N° matricule : 14588107

Dominik Ventura Dos Santos, N° matricule : 14588057

Volée : Bachelor 14

Directrices : Madame Sarah Pinto Coelho – Chargée de cours
(20 septembre 2016- 13 avril 2017)

Madame Laurence Sechaud – Professeure HES- RN, PhD
(14 avril 2017- 22 juillet 2017)

Membre du jury externe : Madame Touveneau Sylvie – Cheffe de projet vision 20/20
HUG, Projet Patients partenaires

Genève, le 17 juillet 2017

DÉCLARATION

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève le 17 /07 /2017

Daniel Strano, Dominik Ventura Dos Santos.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Madame Sarah Pinto Coelho qui nous a guidés dans les débuts de notre travail en nous apportant divers moyens de structure et de méthodologie de travail.

Nous remercions Madame Laurence Sechaud pour avoir repris le suivi de cette revue de littérature et de nous avoir, par ses encouragements et conseils, permis de mener à terme cette rédaction.

Nous remercions Madame Sylvie Touveneau, membre du jury, Cheffe de projet vision 20/20 HUG, Projet Patients partenaires, pour l'intérêt et la disponibilité qu'elle a accordé à notre travail.

Nous remercions les bibliothécaires pour l'aide et les conseils dans la recherche d'articles et d'utilisation des bases de données.

Merci à Madame Montserrat Castellsague Perolini, infirmière spécialiste clinique en diabétologie aux HUG, qui a partagé avec nous son expertise en lien avec le partenariat du patient dans sa pratique professionnelle.

Merci à Anne Peeters pour sa relecture et les corrections apportées à ce travail.

Merci à nos camarades de promotion et futurs collègues pour le soutien ainsi qu'à nos familles et amis qui ont été source de réconfort et de motivation.

RÉSUMÉ

Introduction : La relation infirmière-patient est une base fondamentale de la profession infirmière. Cependant, la place du patient n'a pas toujours été la même au cours de ces dernières années. L'approche du patient partenaire apporte une nouvelle vision de soins où l'on considère le patient comme un expert. Les soins qui lui sont prodigués sont les fruits de processus décisionnels partagés. La théorie de *l'Human Caring* de J. Watson a été utilisée comme ancrage disciplinaire dans ce travail.

Méthodologie : Cette revue de littérature est basée sur l'analyse de six articles scientifiques sélectionnés dans les bases de données PubMed et Cinahl. La consultation des bases de données a été effectuée en sélectionnant l'option « All Fields ». Différents filtres ont été utilisés pour restreindre les recherches : Publication de moins de cinq ans, articles disponibles au complet (FULL), population adulte, filtres de langue : anglais, français, portugais, italien. Les critères d'exclusion concernaient essentiellement : la mauvaise population, le milieu de soin extra hospitalier et les articles ayant peu de lien ou ne traitant pas d'un sujet en rapport avec le patient partenaire.

Résultats : Cette approche du patient partenaire a montré une plus-value lors des soins hospitaliers mais plusieurs caractéristiques (propres à l'infirmière et au patient ainsi que des facteurs environnementaux) peuvent influencer l'instauration d'une relation de partenariat. L'infirmière devra être en mesure d'évaluer la possibilité que le patient puisse s'impliquer, en s'assurant de ses connaissances sur sa pathologie et sur les aptitudes qu'il a ou qu'il lui reste à développer afin d'avoir une gestion optimum de sa santé sans que celle-ci soit source d'insécurité.

Limites : Ce travail n'inclut que six articles provenant de deux bases de données. Les différentes études menées proviennent de pays dont les cultures et les politiques de santé sont différentes. L'interprétation des résultats n'est pas forcément transposable telle quelle dans nos milieux.

Mots-clés : *English :* Adult Patient, Hospital care, Nursing intervention, Nurse's role, Patient partner.

Français : Patient Adulte, Soins hospitaliers, Interventions infirmières, Rôle infirmier, Patient partenaire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASI	Association Suisse des infirmiers
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
EBN	Evidence Base Nursing
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
MNT	Maladies non transmissibles
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PC	Processus Caritas
PEC 12	Plan Etude Cadre Bachelor 2012

Liste des tableaux

Tableau 1: Les 10 processus Caritas de la théorie de J.Watson (Cara, O'Reilly, Delmas, Brousseau, & Rosenburg, 2015).	17
Tableau 2: Terminologie PICOT et mots-clés utilisés pour la recherche	20
Tableau 3: Equations de recherche utilisée pour la recherche documentaire	20
Tableau 4: « Patients as Partners: A Qualitative Study of Patients' Engagement in Their Health Care » (2015)	25
Tableau 5: « Hospital patients' reports of medical errors and undesirable events in their health care » (2012)	27
Tableau 6: « Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions : results of two exploratory studies » (2011).	29
Tableau 7: « Nurses'views of patient participation in nursing care » (2015)	31
Tableau 8: « Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation » (2016).	33
Tableau 9: « Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients (2016).	35
Tableau 10: synoptique des thématiques	36

Liste des figures

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	22
Figure 2: Niveau de preuve	23

Table des matières

Déclaration.....	ii
Remerciements.....	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	v
1. Introduction.....	8
2. Problématique.....	9
3. Etat des connaissances.....	11
3.1. Les Interventions infirmières.....	11
3.2. La relation de partenariat.....	13
4. Cadre théorique.....	14
4.1. La théorie de l'Human Caring de Jean Watson.....	14
4.1.1. Niveau d'abstraction.....	14
4.1.2. Paradigme.....	15
4.1.3. Ecole de pensée.....	15
4.1.4. Métaconcepts.....	16
4.2. Ancrage disciplinaire.....	19
4.3. Question de recherche finale.....	19
5. Méthode.....	20
5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	20
5.2. Diagramme de flux.....	22
6. Résultats.....	23
6.1. Tableau de synthèse des thématiques.....	36
7. Discussion.....	37
7.1. Patient partenaire.....	37
7.2. Contexte.....	39
7.3. Moyens & modalités.....	40
8. Conclusion.....	41
8.1. Apports et limites du travail.....	42
8.1.1. Apports.....	42
8.1.2. Limites.....	42
8.2. Recommandations.....	43
8.2.1. Recommandations pour la recherche.....	44
8.2.2. Recommandations pour la pratique.....	44
9. Références.....	47

10. Annexes	50
10.1. Annexe I	50
10.2. Annexe II	51
10.3. Annexe III	52
10.4. Annexe IV.....	53

1. INTRODUCTION

Ce document est le travail de Bachelor de deux étudiants en soins Infirmiers de la Haute école de santé de Genève [HEDS]. Il consiste en la rédaction d'une revue de littérature basée sur la recherche et la critique d'articles scientifiques, tout en liant ces écrits avec un ancrage théorique de la discipline infirmière.

Dans une première partie, ce travail décrit la problématique en lien avec le patient partenaire. Une brève présentation de l'ancrage disciplinaire choisi en lien avec le sujet est explicitée ainsi que la méthodologie de recherche employée dans les bases de données scientifiques. La seconde partie de ce travail est constituée de l'analyse des articles et des résultats scientifiques qu'ils mettent en évidence. Cela amène à une discussion qui permet de répondre, ou de proposer des pistes de solution vis-à-vis de la problématique. Une conclusion composée des limites et recommandations en lien avec ce travail de recherche viennent clore cette revue.

Nous avons éprouvé un grand intérêt à la compréhension et l'approfondissement du thème du patient partenaire. La relation infirmière-patient est une base fondamentale de la profession infirmière. Cependant la place du patient n'a pas toujours été la même au cours de ces dernières années. Le patient partenaire est un nouveau paradigme, une nouvelle vision de soins qui a pour objectif de prendre en soins le patient en le considérant comme un expert au même titre que les professionnels de la santé. De plus en plus d'études sont menées pour déceler les enjeux, les inconvénients mais surtout les avantages à l'intégration du patient comme partenaire dans les différentes institutions.

2. PROBLÉMATIQUE

La thématique initiale choisie en amont de la rédaction de ce travail est « la sécurité des soins en partenariat avec le patient dans l'administration des thérapeutiques ». Ce travail s'intéressera plus particulièrement au rôle de l'infirmière¹ dans l'intégration du patient comme partenaire de soins.

L'infirmière, dans l'exercice de sa profession, est amenée à côtoyer le patient de manière régulière. Cette relation thérapeutique est basée sur la confiance et a pour but de maintenir un état de santé, réduire les souffrances et atteindre le bien-être. La place du patient dans le processus de soins est définie par les professionnels de santé et leur représentation du soin et du patient.

« Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels » (Conseil international des infirmières, 2006).

La participation du patient est un élément de base dans les traitements médicaux et les soins infirmiers (Davis, Sevdalis, Pinto, Darzi, & Vincent, 2011).

Selon une autre étude menée par Davis, Jacklin, Sevdalis, and Vincent (2007,) la participation du patient peut jouer un rôle important dans la diminution de la survenue d'évènements graves indésirables.

On peut observer une évolution de la place du patient dans le processus de soins ces dernières années. En effet, ce changement de positionnement est le résultat de l'évolution des maladies chroniques et de l'impact de celles-ci sur les coûts de santé et sur les attentes de la population. En Suisse au courant de l'année 2011, on comptait 2.2 millions de personnes atteintes de maladies chroniques, parfois appelées maladies non transmissibles (MNT). Les coûts imputés aux maladies chroniques se chiffraient à 51,686 millions de francs ce qui représente 80% des dépenses de santé, incluant les frais de traitement d'hospitalisation (22'876 millions de francs, soit 44%) et les frais de traitement ambulatoire (18'741 millions de francs, soit 36%) (Observatoire suisse de la santé, 2015).

¹ Note au lecteur : pour faciliter la lecture et la rédaction, le terme d'*infirmière* est utilisé dans ce travail pour désigner aussi bien le masculin que le féminin.

Il existe une certaine réticence de la part des professionnels de santé dans la reconnaissance du patient comme partenaire. Pour exemple, l'étude menée par Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane, and Chaboyer (2015) révèle que la majorité des infirmières ont exprimé que certaines tâches avaient la priorité sur la participation des patients. En plus des pressions contextuelles et des risques liés à la sécurité (administration de médicaments etc.), il y a également les contraintes de temps et de charge de travail qui ne permettraient pas de prendre le temps de guider la participation du patient. Les infirmières avancent l'argument d'une pratique moins sécuritaire.

Un autre aspect a également été mis en lumière, certaines infirmières ne sont pas prêtes à un partage de tâches, ce qui est une condition préalable à la participation des patients (Sahlsten et al. 2008 cité par Tobiano, Marshall, Bucknall, and Chaboyer ,2015).

Du côté des patients, certains éléments freinant la mise en pratique de cette relation de partenariat sont identifiés.

Certaines caractéristiques propres au patient tel son niveau d'éducation, son sexe et son âge entrent en ligne de compte. Il y a également la sévérité de la maladie qui est étroitement liée à la capacité d'implication. Si celle-ci venait à s'aggraver, les actions menées par le patient dans le cadre de sa prise en soins peuvent être altérées et interrompues. Ces deux aspects peuvent être considérés comme des barrières à l'instauration d'une relation de partenariat (Davis et al., 2007).

Enfin, il y a la communication, élément central et indispensable à une relation de partenariat. Quatre catégories de barrières ont été identifiées. Les plus communes impliquent les facteurs relatifs à l'infirmière et les facteurs communs aux infirmières et patients. (Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi, & Samami, 2016).

En lien avec celles-ci, une certaine réticence peut s'observer lorsqu'un patient échange avec des professionnels de santé sur des informations obtenues par ses propres moyens sur sa maladie. En effet, ces derniers sont enclins à considérer cet échange comme une forme de confrontation pour démasquer leur faiblesse ou comme une remise en question de leur autorité et de leur expertise comme professionnels (Pomey, Ghadiri, Karazivan, Fernandez, & Clavel, 2015).

En plus des pathologies physiques, il y a également les maux touchants à la cognition et l'état mental des patients rendant également difficile la mise en place d'une relation de partenariat (Tobiano, Bucknall, et al., 2015).

3. ETAT DES CONNAISSANCES

3.1. Les Interventions infirmières

Les soins infirmiers sont dispensés à tout individu, à tout âge de la vie, de tous horizons et de toute culture. Pour être prodigués, il doit y avoir une compréhension de l'autre et un climat de confiance entre le soignant et le soigné. Ce lien thérapeutique permettra d'identifier les ressources de chacun, de co-construire une relation de confiance et de fixer en collaboration des objectifs de soins. Par la suite, ces derniers seront réévalués et adaptés en fonction des capacités et des ressources de l'individu évoluant dans sa recherche d'équilibre entre ses maux et sa vision de la santé (bien-être). Les soins seront dispensés de manière interdisciplinaire avec des objectifs spécifiques aux différentes professions. L'intention commune à chacune des professions est de développer, maintenir et prévenir les risques pour la santé, de soutenir les personnes dans leur parcours hospitalier et thérapeutique afin d'atteindre les meilleurs résultats possibles en termes de bien-être, et également de maintenir la meilleure qualité de vie possible à toutes les périodes de la vie et ce jusqu' à la mort (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2017).

Au travers des sept compétences² définies dans le plan d'étude cadre Bachelor 2012 (PEC 12) de la Haute Ecoles Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), l'infirmière agit avec plusieurs compétences sur plusieurs dimensions : humaine, communicationnelle, scientifique, sociale. Ces dernières sont déclinées en activités propres à la pratique infirmière. Elles lui permettent non seulement d'avoir la possibilité d'opérer sur un vaste champ d'action, mais également d'être en accord avec la déontologie et les valeurs de la profession (Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses 2012).

Sur la base du PEC 12, les interventions infirmières sont concrètement de :

- a) Poser des diagnostics infirmiers dans le but de définir des objectifs individuels atteignables pour chaque patient pris en soin.
- b) Déterminer les ressources, forces et faiblesses.

² Experte en soins infirmiers, communicatrice, collaboratrice, manager, promotrice de la santé, apprenante et formatrice , professionnelle.

- c) Renforcer/développer ces dernières pour permettre au patient d'atteindre ses buts. L'infirmière peut pour cela s'aider de différents modèles et théories de soins. Ces dernières ne sont pas des « marches à suivre » mais plutôt une vision ou une posture dans laquelle chaque infirmière se positionne et perçoit la situation de soins.
- d) Enfin, il y a les prestations de soins délégués, réalisées en accord avec les autres professionnels de la santé et du corps médical.

La communication est une stricte nécessité pour de bons soins infirmiers (Travelbee, 2012). C'est un processus complexe et dynamique, il implique au moins deux personnes. On retrouve dans celle-ci trois aspects : la communication verbale, non-verbale et para verbale. (S. Favre, communication personnelle [Support de cours], 2013).

Comme le dit Paul Watzlawick : « *on ne peut pas ne pas communiquer* ». En effet, les échanges sont inévitables, car nos gestes, nos postures et nos manières de parler se reflètent dans notre apparence (S. Favre, communication personnelle [Support de cours], 2013).

L'infirmière est souvent une actrice importante dans la communication entre le patient et les autres membres de l'équipe de soins. C'est un maillon essentiel de la chaîne d'informations car elle les collecte, les référence et les transmet de différentes façons. C'est également elle qui passe le plus de temps auprès du patient. Il y a plusieurs interactions de communication identifiées dans les soins infirmiers. Il y a la communication entre l'infirmière et l'équipe. Elle est principalement axée sur les actions de soins à effectuer et sur la description de l'état clinique global du patient au travers des différents supports. Il y a également la réévaluation des traitements et actions en fonction de l'évolution clinique du patient. D'autre part, il y a communication entre l'infirmière et le soigné. Décrite comme essentielle, cette interaction contribue fortement au bien-être de celui-ci. Cette dernière a une influence sur différents symptômes, aussi bien au niveau psychologique que physiologique. L'infirmière prodigue donc un soin à travers le dialogue en faisant preuve d'une écoute active, en aidant à identifier les difficultés ou les émotions, en expliquant les actions de soin, en restant la plus objective possible et enfin en prodiguant une information libre et éclairée afin que le patient prenne une décision en toute connaissance de cause (Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, 2006).

3.2. La relation de partenariat

Initialement, les soins étaient prodigués selon une approche dite paternaliste. La problématique du patient était mise au centre et la résolution de celle-ci était synonyme de victoire thérapeutique, la vision de pathogénèse prévalait et le patient était tout simplement informé. Depuis les années huitante, un changement a été opéré dans la dispensation des soins et l'approche paternaliste a été progressivement remplacée par l'approche centrée sur le patient. Cette dernière apporte une vision de salutogénèse car ce n'est plus la pathologie qui est l'objet d'attention, mais bien une personne nécessitant des soins. Cette dernière est placée au centre et profite de l'expertise de professionnels. Le patient est plus sollicité et est plus actif dans le processus de soins, mais seulement à certaines étapes et son avis est pris en compte lors des décisions thérapeutiques (Pomey et al., 2015)

Ce changement d'approche peut être expliqué par le développement des maladies chroniques. A titre d'exemple, au Québec, jusque dans les années 1970, les établissements de santé ont structuré leurs systèmes de santé autour des soins aigus. Par la suite, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec a objectivé que l'incidence de maladies chroniques était en augmentation. Ces dernières ont fait évoluer les habitudes de vie et les manières de prise en soins. Les patients devaient faire preuve d'une plus grande capacité d'autogestion et devaient s'engager à plusieurs niveaux du système de santé. Le système de soins a donc dû s'adapter à ce nouveau besoin dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services délivrés car ils ne répondaient plus aux attentes de la population (Pomey et al., 2015)

Ce changement a conduit à de nouvelles approches soignantes. Parmi celles-ci, on retrouve l'éducation thérapeutique. En effet, gérer quotidiennement une MNT implique qu'une personne doit pouvoir agir elle-même sur la promotion de sa santé, prévenir les risques et gérer sa maladie. En ce sens, les actions de l'infirmière auront pour objectif l'éducation thérapeutique du patient en partageant le pouvoir et la responsabilité technique. Pour l'infirmière, il s'agira également d'accepter de baser ses actions de soins sur les besoins de la personne même si ces derniers ne sont pas dénués de risque ou d'une possible évolution entraînant des complications (Sandrin-Berthon, 2009).

Toutefois la prise de décision partagée au sein d'une relation visant une éducation thérapeutique maintient malgré tout la position dominante du soignant. Avec le concept de patient partenaire, on se retrouve dans un nouveau paradigme avec une prise de décision partagée. La pathologie de ce dernier n'est plus au centre mais accède maintenant au statut d'« expert » aux côtés du professionnel de santé et, ensemble, ils interagissent en mêlant expertise des professionnels de santé et savoir expérientiel du patient vis à vis de sa pathologie. De l'autre côté, les soignants doivent être prêts à accueillir ce nouveau venu. Pour cela, ils doivent apprendre à considérer ces nouvelles données tirées du savoir expérientiel tout en gardant la responsabilité d'entretenir une relation d'apprentissage pour lui permettre de devenir autonome et actif dans le processus de soins. La relation d'interdépendance est indispensable à l'aboutissement de ce partenariat et doit être comprise et intégrée par les deux parties. (Pomey et al., 2015).

4. CADRE THÉORIQUE

4.1. La théorie de l'*Human Caring* de Jean Watson

Afin de déterminer l'ancrage disciplinaire le plus en adéquation avec notre problématique, nous avons confronté notre vision des soins et nos valeurs avec celles présentées dans la multitude des théories en Sciences infirmières. De cette manière, nous avons porté notre choix sur la théorie de l'« *Human Caring* » de Jean Watson.

Comme son nom l'indique, cette théorie est centrée sur le concept du *Caring* (en anglais "prendre soin").

4.1.1. Niveau d'abstraction

Selon Fawcett and Desanto-Madeya (2013), la théorie de Watson est classée dans les théories intermédiaires explicatives ; elle se prêterait alors plutôt à des recherches explicatives. Cependant, selon Alligood (2014) la théorie du *Caring* de Watson permettrait une vision plus globale de la discipline infirmière. En se basant sur cette dernière définition, cette théorie peut prendre de multiples formes ou directions et est, par conséquent, applicable dans des recherches descriptives, selon Aubin, Dallaire (2008) et Meleis (2012)

Ce type de théorie permet de clarifier les relations entre les caractéristiques d'un phénomène. Les théories intermédiaires sont des théories dites à spectre modéré. C'est-à-dire qu'elles facilitent la compréhension des situations rencontrées, permettent plus facilement de mettre en place des interventions et sont plus faciles à mettre en pratique car elles représentent un niveau d'abstraction plus concret que les grandes théories (Cité par F. Boukar, communication personnelle [Support de cours], Avril 2016). Cependant, des sources plus récentes placent les travaux de Watson dans une démarche de philosophie, d'une éthique, paradigme, vision du monde, modèle conceptuel et grande théorie (Alligood, 2014, p. 81 traduction libre).

4.1.2. Paradigme

Au niveau du paradigme, Watson a soutenu le fait que certains aspects de sa théorie ont évolué vers le paradigme de l'action simultanée car, du moment où nous entrons dans un soin transpersonnel [*Transpersonal Caring and Healing*], nous tendons vers ce dernier (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p. 404 , traduction libre).

Les théories dans le paradigme de l'action simultanée [transformation] proposent une vision unitaire, un "tout indivisible personne-environnement qui se développe dans un processus mutuel et continu" (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 43)

4.1.3. École de pensée

L'école de pensée est celle du *Caring*. Le *Caring* est un concept qui facilite et soutient la personne soignée en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture. Les théoriciennes infirmières de cette école de pensée reconnaissent le potentiel de soin de tout être humain et croient qu'en intégrant ce potentiel ainsi que les connaissances liées à d'autres dimensions (culture, spiritualité), la qualité des soins s'en trouvera améliorée. C'est un concept qui donne au soin des aspects affectifs/humanistes et instrumentaux/techniques relatifs à l'attitude et à l'engagement (Pepin et al., 2010).

Plusieurs auteurs, dont Watson, ont affirmé que le *Caring* est l'essence même de la discipline. C'est pour cela qu'elle "propose que les infirmières créent un idéal de *Caring* à la fois humaniste et scientifique" (Pepin et al., 2010, p. 69).

4.1.4. Métaconcepts

Watson a commencé à identifier l'influence du métaparadigme infirmier dans son travail. Il en résulte que la théorie de *l'Human Caring* se focalise sur les métaconcepts du soin et de de la personne. Ce métaparadigme propose un intérêt dans les actions ou processus infirmiers qui sont bénéfiques pour l'être humain (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, pp. 403, traduction libre).

4.1.4.1. La personne

Watson voit la personne comme un Être (humain), unique et indivisible de son environnement, dans le monde et en continuité dans le temps et l'espace. L'expérience des 3 éléments qui composent l'Être (corps, âme et esprit) constitue un champ phénoménal unique (Pepin et al., 2010).

Dans la relation de partenariat, le savoir expérientiel du patient vis-à-vis de sa situation de santé et de sa pathologie est non négligeable et devrait être pris en compte.

En considérant l'être humain comme un tout et non comme un objet, la vision de Watson promeut la dignité humaine et tient compte de ce potentiel de connaissances expérientielles (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). Dans cette relation, il y a une notion de partage et de reconnaissance mutuelle. Le soigné est vu comme le partenaire du soignant.

4.1.4.2. Le soin

Le *Caring* est un art et une science humaine. Il représente pour Watson à la fois un idéal moral et un processus transpersonnel qui visent la promotion de l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit et cela, en utilisant les dix Processus Caritas (PC). Ceux-ci sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 1: Les 10 processus Caritas de la théorie de J.Watson (Cara, O'Reilly, Delmas, Brousseau, & Rosenburg, 2015).

PC 1.	Soutenir les valeurs humanistes - altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui
PC 2.	Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres.
PC 3.	Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les pratiques individuelles.
PC 4.	Développer des relations d'aide, de confiance et de caring.
PC5.	Promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui.
PC 6.	Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de caring
PC 7.	Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne.
PC 8.	Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine
PC 9.	Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base.
PC 10.	S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie

On retrouve différents PC dans le concept du partenariat du patient.

- Perception : les PC 1-2-3-4-5 évoquent le savoir-être dans la considération des sentiments, les caractéristiques individuelles de chacun. Cela permet la création d'un lien de confiance au travers des interactions soignants-soignés.
- Culture : les PC 7 et 10 : évoquent l'importance de la considération de la culture, des croyances et de la compréhension de la personne.
- Environnement : PC 8 évoque l'influence que peut avoir l'environnement (physique, spirituel) dans le soin et sur la personne
- Outils : les PC 6 et 9 évoquent l'utilisation de diverses stratégies/outils (scientifiques, créatifs) dans le but de répondre aux besoins de la personne soignée.

Watson reconnaît qu'en tout un chacun, il y a un potentiel de soins. La formulation d'objectifs et d'intervention de soins doit être discutée par les deux parties et doivent aboutir à un choix et des actions communes, cela permet de comprendre la manière de se comporter dans cette relation (moment de *Caring*) (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p. 407, traduction libre).

Les valeurs non-paternalistes sont relatives à l'autonomie et la liberté de choix pour préserver la personnalité, la dignité humaine et l'humanité à des niveaux individuels et globaux. L'infirmière fonctionne comme coparticipante à travers le processus de soins de l'être humain. C'est dans ce contexte de réciprocité qu'ils vont pouvoir s'entraider et apporter chacun leurs expériences dans le processus de soin (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013, p. 403, traduction libre).

En procédant ainsi, l'infirmière permettra de faire parvenir la personne à son plus haut niveau d'harmonie (entre l'âme le corps et l'esprit) (Pepin et al., 2010).

En lien avec ce métaconcept, ce travail s'intéresse à quelles sont les interventions ou le rôle des infirmières pour promouvoir la participation du patient dans les soins.

La relation de partenariat et les interventions infirmières visent à promouvoir la santé du patient en respectant ses choix et ses valeurs et en permettant de mobiliser sa capacité d'*empowerment* (Tobiano, Bucknall, et al., 2015).

4.1.4.3. *L'environnement*

« C'est un monde physique/matériel, mystérieux, spirituel et existentiel qui représente les forces de l'univers et de l'environnement immédiat de la personne. » (Pepin et al., 2010, p. 81).

Il y a un lien étroit entre l'environnement et la personne/santé, une coexistence. L'interaction de ces processus est dynamique et ces derniers s'influencent mutuellement. (Pepin et al., 2010).

Watson met en avant également la relation transpersonnelle, cela demande à l'infirmière de rentrer dans l'environnement de la personne soignée, dans son champ phénoménal. Dans ce dernier, on retrouve l'ensemble des expériences de la personne, tant au niveau des sentiments, que des croyances. L'environnement en fait également partie (Watson, 2012).

J. Watson évoque l'aspect spirituel comme une dimension phénoménologique de la personne et comme un élément important dans la prise en soin. L'infirmière se doit de considérer l'univers spirituel de la personne soignée comme un aspect essentiel car, si négligé, il ne permet pas le développement spirituel de la personne (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

Dans le contexte du patient comme partenaire, l'environnement est un facteur pouvant exercer une influence sur la qualité des prestations. Un environnement mouvementé (hectique) et anxiogène peut faire office de barrière dans la création du lien de confiance thérapeutique. (Tobiano, Marshall, Bucknall, & Chaboyer, 2015)

4.1.4.4. La santé

Concernant la santé, " il s'agit de l'unité et de l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit" (Pepin et al., 2010, p. 70).

Dans la quête de cette harmonie, le patient doit se connaître lui-même, se respecter et réaliser qu'il possède un potentiel de soin et d'auto-guérison. L'infirmière et la personne soignée doivent s'engager dans cette relation empreint de *Caring* et c'est grâce à cette relation transpersonnelle que l'infirmière pourra aider la personne soignée à atteindre son plus haut niveau d'harmonie. (Pepin et al., 2010).

4.2. Ancrage disciplinaire

La théorie de *l'Human Caring* propose une vision holistique de la personne et place le patient et l'infirmière dans une relation de réciprocité, dans un processus transpersonnel et imprégné de *Caring*. Les concepts-clés ainsi que les métaconcepts décrits par Jean Watson visent à respecter la croyance, la spiritualité et les valeurs existentielles et humaines (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). Les valeurs qui imprègnent la théorie de J. Watson se retrouvent dans le concept du patient partenaire, comme explicité avec les dix PC. Cela met en évidence que le choix de cette théorie est approprié pour élaborer ce travail de recherche.

4.3. Question de recherche finale

Après avoir posé le cadre général et l'ancrage disciplinaire en lien avec le patient partenaire, beaucoup d'éléments sont ressortis.

Le partenariat patient est un concept de soin, relativement nouveau, qui se développe dans quelques pays. L'étude de Tobiano, Marshall, et al. (2015) démontre, outre les enjeux et barrières, qu'il présente bien des avantages. Etant un concept complexe, il a cependant toute sa place dans les soins infirmiers. L'infirmière peut agir dans le cadre de sa pratique pour promouvoir l'intégration du patient comme partenaire dans les soins prodigués (Sahlsten et al., 2008). L'état actuel de la littérature décrit essentiellement les avantages, enjeux, inconvénients et caractéristiques du partenariat avec le patient hospitalisé. Nous nous posons la question suivante :

Quelles sont les interventions infirmières permettant la promotion du patient comme partenaire dans les soins hospitaliers ?

5. MÉTHODE

Ce travail a pour but d'effectuer une revue de littérature. C'est pourquoi il a été utilisé la méthode PICOT³, pour identifier les mots-clés. Puis, après les avoir traduits en anglais à l'aide de MeSH bilingue, ils ont été utilisés pour interroger deux bases de données : Cinhal et PubMed

Tableau 2: Terminologie PICOT et mots-clés utilisés pour la recherche

	P Population	I Intervention	C Contexte	O Outcome	T Temporalité
Mots-clés	Patient adultes	Interventions infirmières	Soins hospitaliers	Promouvoir le patient comme partenaire de soins	Pas de temporalité dans cette recherche
Termes MeSH	Patient,	Nurses-patient relation, Nurse's Role	Hospital Patient relations	Patient participation	/
Autres termes MeSH	Adult patient	Nusing strategies communication	Nursing care	Expert patient	/

5.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Plusieurs combinaisons ont été effectuées entre les différents mots-clés et à l'aide des opérateurs booléens suivants : [AND], [OR]. Les mots-clés ont été introduits dans l'équation de recherche avec une dénomination de « MeSH terms ». Les articles obtenus par cette méthode de recherche étaient trop spécifiques à une population ou en dehors du champ de notre problématique. C'est pour cela que les recherches ont été effectuées avec l'option « All Fields ». Il y a également des filtres qui ont été utilisés dans chacune des recherches : publication de moins de 5 ans, articles disponibles au complet (FULL), population adulte ainsi que des filtres de langue en fonction de la maîtrise de celles-ci : anglais, français, portugais, Italien

³ Population/Pathologie, Intervention, Comparaison/Contexte, Outcome (résultat), Temporalité

Tableau 3: Equations de recherche utilisée pour la recherche documentaire

Bases et Dates	Equations	Filtres
22 novembre 2016 Pubmed	Patient [OR] Patient adult [AND] Nurses patient's relations [OR] Nurse rôle [OR] nursing strategies communication [AND] Hospital [OR] patient relation [OR] Nursing care [AND] patient participation [OR] patient expert [OR] patient as partner	Full text 5 ans Langue anglais français italien portugais
24 novembre 2016 Cihnal	Patient [AND] Nurses patient relation [AND] patient as partner [OR] patient engagement [OR] expert patient	Full text 5 ans langue anglaise Age adulte

La sélection des articles s'est faite dans un premier temps par la lecture du titre de l'article, puis dans un second temps, par la lecture du résumé. Une population inadéquate, des interventions s'écartant trop du sujet ou encore la fiabilité/fidélité de l'étude ont été pris en compte dans les critères d'exclusion. Les critères d'inclusion étaient les suivants : l'article devait comporter une introduction, une méthodologie complète, les résultats et une discussion. Il devait également traiter du partenariat soignant/soigné et de toutes ses implications (point de vue de l'un et de l'autre, ce qui a été mis en place, les barrières).

5.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la figure 1.

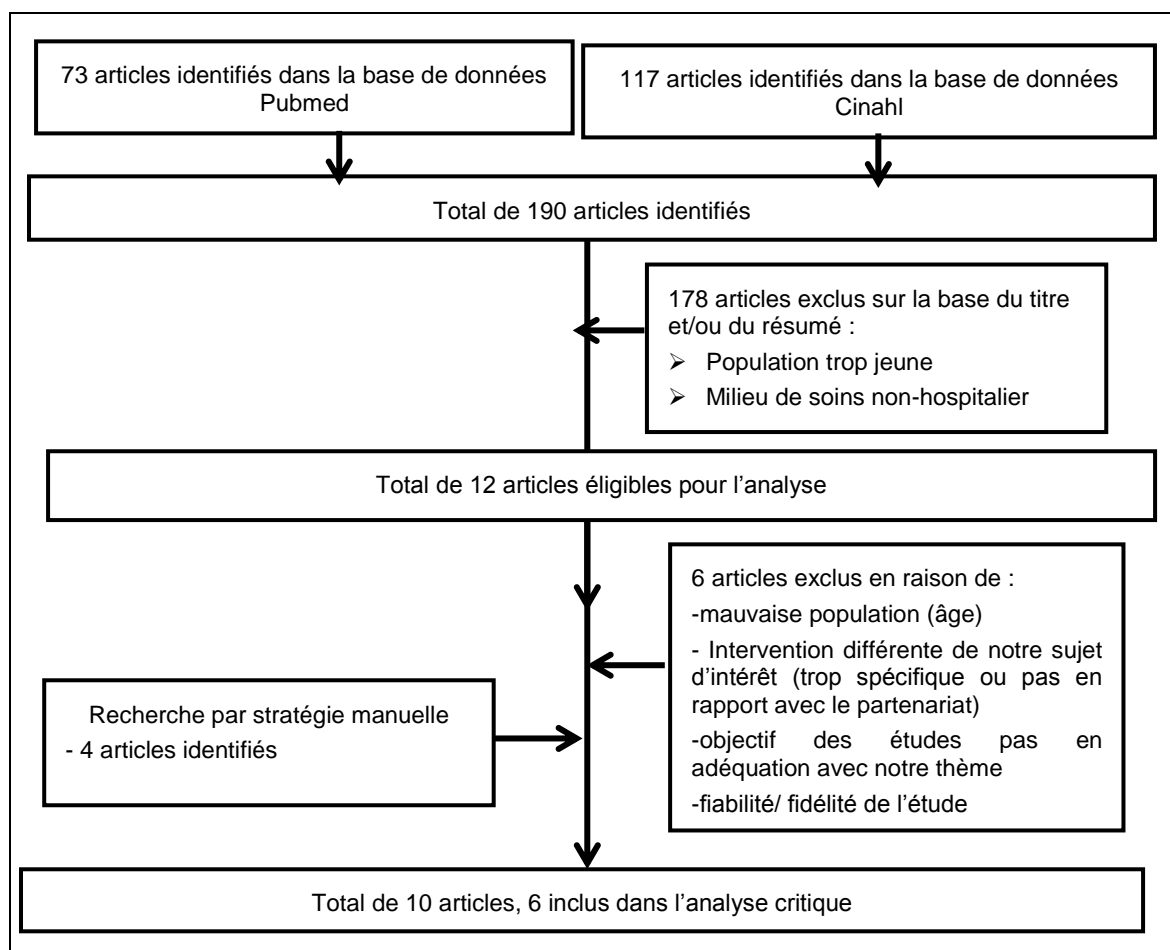


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

6. RÉSULTATS

Après l'interrogation des bases de données, dix articles de recherche ont été retenus pour figurer dans ce travail, seuls six seront inclus dans l'analyse critique d'articles. Les quatre autres sont des revues systématiques et ont été utilisés dans différentes parties de notre travail à but d'enrichissement. La synthèse de l'analyse des recherches sélectionnées présente les éléments essentiels de l'article elle est accompagnée d'un tableau plus détaillé sur le plan méthodologique.

Ce chapitre est structuré en présentant d'abord les articles traitant du patient puis ceux sur les infirmières et recherches qui traitent des interactions infirmières/patients.

Les articles présentés dans cette synthèse sont principalement des études qualitatives de type descriptif. Au vu de ces éléments, le niveau de preuve scientifique de ces dernières est de 4, avec un grade de recommandation faible de rang C (voir ci-dessous).

NIVEAU DE PREUVE	
Niveau de preuve scientifique	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais randomisés	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes comparatives non randomisées Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 Etude cas-témoin	
Niveau 4 Etudes rétrospectives Séries de cas Etudes épidémiologiques descriptives	C Faible niveau de preuve scientifique

Figure 2: Niveau de preuve

Tiré de : Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2002

Les quatre articles restants sont des revues systématiques. Elles possèdent un niveau de preuve scientifique de niveau 1 et un grade de recommandation de catégorie A. Elles seront utilisées plus loin dans ce travail dans la partie « Discussion ».

*« Patients as Partners: A Qualitative Study of Patients' Engagement in Their Health Care »
(2015)*

Cette étude menée par Pomey et al. (2015) avait pour objectif une meilleure compréhension de l'expérience de vie avec une maladie chronique du point de vue des patients qui sont sensibilisés à la notion de patients comme Partenaires. Cette étude qualitative a mis en lumière que les « patients partenaires » sont proactifs dans le partenariat de soins.

Cela se traduit par 3 types de pratique d'engagement :

- La pratique de l'apprentissage leur permet d'acquérir des connaissances sur leur santé ainsi que sur des informations aussi bien scientifiques que techniques.
- La pratique évaluative permet d'évaluer la qualité du partenariat ainsi que les actions et les recommandations des professionnels de santé.
- Les pratiques d'adaptation permettent de réduire l'écart entre leurs besoins d'assurer des soins appropriés et ce que les professionnels de la santé prodiguent.

Aujourd'hui, de nombreux patients ont un meilleur accès à l'information sur leurs maladies et leurs traitements par le biais d'internet. Un autre phénomène a été observé : les professionnels de santé sont souvent mal à l'aise lorsque les patients font apparaître certaines informations ou évaluent le traitement qu'ils reçoivent. D'un point de vue politique, une meilleure compréhension du patient partenaire pourrait participer à l'amélioration du système de santé.

L'expérience acquise des patients et leur expérience unique en tant qu'expert vivant avec leur maladie chronique leur permettent d'être de plus en plus intégrés et d'avoir un rôle important dans la dispensation de soins optimaux. Il serait intéressant de posséder des informations quant aux patients ne connaissant pas cette approche du patient partenaire. Il manque le type d'action ou les modules de formation pour sensibiliser le patient au partenariat.

Tableau 4 : « Patients as Partners: A Qualitative Study of Patients' Engagement in Their Health Care » (2015)

M-P. Pomey, Djahanchah P.Ghadiri, P.Karazivan, N. Fernandez, N. Clavel

Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultat principaux	Forces	Faiblesses
Le but de cette étude était d'obtenir une meilleure compréhension de l'expérience de vie avec une maladie chronique du point de vue des patients qui sont sensibilisés à la notion de patients comme Partenaires	Etude qualitative. Approche d'échantillonnage théorique pour la sélection et le recrutement des participants	Des personnes atteintes d'au moins une maladie chronique. Les participants devaient avoir participé à au moins un cours de collaboration interprofessionnelle à l'Université de Montréal au cours de la dernière année et ont un cours de formation sur les notions de partenariat de soins Sur ces critères 18 participants (10 femmes et 6 hommes) potentielles, 16 ont été contactés. Après une étude de leur profil et 16 ont accepté de participer.	Théorisation ancrée qui a permis l'émergence des thèmes révélés par les patients. Des entretiens semi structurés ont été conduits. Les questions ont été conçues pour être exploratoires. Les entretiens ont eu lieu entre juillet 2013 et juin 2014, dans les locaux de l'Université de Montréal, ils ont été réalisés par au moins deux chercheurs expérimentés en recherche qualitative. Le temps de ceux-ci a varié entre 60 et 90 minutes. La saturation des données a été déterminée après 10 entrevues (sur un total de 16). Chaque entrevue a été enregistrée et transcrite numériquement ; Les transcriptions ont été importées dans NVivo 9 (QSR International) pour le codage des données. Deux techniques ont été utilisées pour coder, La première phase du codage avait pour but d'avoir une discussion sur les catégories de codage et de trouver un consensus entre la meilleure technique. La deuxième consistait à trouver les différents liens entre les codes et à les analyser pour créer une structure de codage thématique.	Trois catégories d'engagement de la part des patients ➤ Apprentissage ➤ Evaluation ➤ Adaptation Cette étude a contribué à renforcer la conceptualisation du patient partenaire et de la compréhension de l'engagement des patients dans les soins. ➤ Les résultats ont montré qu'il y a une part plus grande de patients qui s'est engagée activement lorsque qu'ils ont été sensibilisés à la thématique du partenariat. ➤ Il a été remis en question l'hypothèse selon laquelle le degré d'activité des patients dans l'amélioration de leurs soins de santé dépend de la volonté, et des efforts des professionnels de la santé à les engager. Certains patients atteints de maladies chroniques avaient l'initiative de se livrer à des pratiques pour améliorer leurs soins de santé. Les résultats suggèrent que la capacité qu'ont les patients à participer aux soins dépend de la réciprocité dans le partenariat	Permet d'avoir l'avis des patients qui ont été sensibilisés à l'approche du patient partenaire La Saturation des données montre la fiabilité de l'étude La méthode d'enregistrement des données permet de ne pas avoir de perte d'information. Codage méthodique	Cette étude se concentre exclusivement sur le point de vue du patient. La méthodologie n'a pas été conçue pour énumérer la fréquence des données

« *Hospital patients' reports of medical errors and undesirable events in their health care* »
(2012)

L'étude à méthode mixte transversale menée par Davis, Sevdalis, Neale, Massey, et Vincent (2012) a été d'investiguer la volonté des patients à exprimer la survenue d'évènements indésirables durant leur hospitalisation.

Pour la plupart des patients, l'hospitalisation a été une expérience inconnue et une situation où ils devaient abandonner beaucoup de contrôle. Si ceux-ci se sont sentis particulièrement mal informés et ne savaient pas à quoi s'attendre pendant leur séjour à l'hôpital, cela a pu augmenter leur anxiété. En outre, si les patients n'ont pas reçu d'informations concernant leur traitement ou des informations expliquées, de manière accessible (au niveau du vocabulaire), cela pourrait entraîner un non-respect des conseils médicaux. Beaucoup de patients se sont plaints que le personnel était évasif ou condescendant. Les problèmes de communication liés à la sécurité jouent un rôle majeur comme facteur d'erreur. Les évènements indésirables regroupent les évènements non intentionnels ou inattendus. Ces derniers auraient pu causer des dommages physiques, psychologiques ou financiers.

D'autres problèmes assimilés à des erreurs (mais bénignes) tels que le manque d'explication, le fonctionnement de l'hôpital ou des services non expliqués peuvent conduire à des effets négatifs psychologiques ou physiques. Le manque d'information est une source d'anxiété qui peut entraîner une non adhésion au programme thérapeutique et par conséquent constitue une entrave à l'instauration d'une relation de partenariat. Il serait important de comprendre quels sont les meilleures stratégies pour encourager le patient à participer à la sécurité des soins.

Tableau 5 : « Hospital patients' reports of medical errors and undesirable events in their health care » (2012)

<i>R.E. Davis , N. Sevdalis, G. Neale ,R. Massey & C.A. Vincent, 2012</i>						
Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultat principaux	Forces	Faiblesses
Investiguer sur la volonté des patients à s'exprimer sur la survenue d'évènements indésirables durant leur hospitalisation.	Méthodes mixtes transversales	<p>Patient hospitalisé. (n=80) patients dont 56 hommes. Âge moyen est de 58 ans. Les patients ont été hospitalisés dans des unités de médecine ou de chirurgie (post opératoire). (Royaume Uni)</p> <p>Les patients devaient parler anglais, avoir plus de 18 ans, être en mesure de comprendre des informations et de donner un consentement libre et éclairé. Le patient travaillant dans les domaines médicaux a été exclu. L'hospitalisation devait avoir duré au moins quatre jours.</p>	<p>Les patients ont été interrogés après leur hospitalisation en utilisant un sondage (questions fermées de type oui, non, ne sait pas)</p> <p>Pour évaluer les rapports des patients sur les erreurs ou les problèmes de leurs soins. Les dossiers médicaux et les notes des patients ont également été révisés.</p> <p>Des tests Chi-carré ont été utilisés pour déterminer si des différences significatives existaient entre la caractéristique des patients et leurs réponses aux différentes questions de l'enquête. Une analyse de variance a été effectuée pour explorer la différence entre la caractéristique des patients et leur volonté à signaler des erreurs.</p> <p>Les commentaires des patients durant le sondage ont été notés, retranscrits, puis analysés par 2 chercheurs.</p> <p>Les patients ont également été contactés par téléphone 5 à 15 jours après leur retour à domicile.</p>	<p>Il y a une différence significative entre la volonté des patients à exprimer les événements indésirables graves et leurs caractéristiques (sexe, niveau d'éducation, ethnie, statut professionnel, âge, temps d'hospitalisation). Les patients semblent en mesure de signaler les événements indésirables qui se produisent dans leur gestion des soins de santé au-delà de ceux qui sont enregistrés dans leurs dossiers médicaux.</p> <p>Cependant, ils semblent plus disposés à signaler ces incidents aux fins d'une étude plutôt qu'à un système de déclaration d'incident établi.</p> <p>Dans l'échantillon total, différents commentaires concernant les problèmes dans les soins non couverts par l'enquête ont été répertoriés en 4 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'environnement (trop occupé, hygiène des locaux). ➤ Les professionnels de santé (équipe trop occupée, peu disponible). ➤ Prestation de soins et service reçus (lenteur de l'exécution des soins). ➤ Procédure de soins (problèmes institutionnels). <p>Les patients peuvent jouer un rôle dans la déclaration d'erreurs mais également dans la déclaration de problèmes pouvant générer de l'anxiété.</p>	<p>Première étude qui fournit des données empiriques sur ce sujet.</p> <p>Methodologie mixte avec codage des données récoltées et utilisation de test statistiques probants</p>	<p>L'étude était seulement menée avec des patients d'un hôpital du centre-ville Elle pourrait être répétée dans d'autres spécialités et dans différents hôpitaux (hôpitaux et districts d'enseignement généraux) afin de vérifier la généralisation des résultats.</p> <p>L'échantillon n'a pas été recruté au hasard, donc pourrait avoir été soumis à un biais ? de sélection</p>

« *Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions: results of two exploratory studies* » (2011).

Davis et al. (2011) ont effectué cette étude dans le but d'évaluer l'attitude des patients à l'égard d'une vidéo et d'une brochure visant à encourager la participation des patients à des comportements liés à la sécurité. Cette étude exploratoire a fourni les premiers résultats empiriques dans un contexte britannique selon laquelle les brochures et les vidéos peuvent être efficaces pour accroître le confort dans certains comportements liés à la sécurité.

Cette étude suggère que les politiques futures se concentrent davantage sur l'éducation des patients car les bienfaits potentiels liés à ce type d'apprentissage pourraient éviter les erreurs dans les soins. Cependant, il a été relevé que les patients de la recherche ont exprimé de l'inquiétude au sujet de l'offense qu'ils pourraient causer aux professionnels de la santé (en reportant les erreurs lors des soins). Une des pistes pour abolir cette barrière serait la création d'un environnement propice à un partenariat et à l'échange au travers de différents outils pédagogiques adaptés.

Il serait intéressant d'avoir une étude qui montre le point de vue de professionnels traitant du partenariat et de l'implication du patient dans la sécurité des soins. Cet article est axé sur la sécurité des soins, il serait intéressant d'avoir le même but d'étude, mais qui prend en compte de manière globale le partenariat du patient dans le processus de soins.

Tableau 6 : « Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions : results of two exploratory studies » (2011).

<i>(R.E. Davis , N. Sevdalis , A. Pinto, A. Darzi , & C.A. Vincent</i>						
Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultat principaux	Forces	Faiblesses
Évaluer les attitudes des patients à l'égard d'une vidéo et d'une brochure visant à encourager la participation des patients à des comportements liés à la sécurité.	Deux études exploratoires utilisant des méthodes mixtes.	Six départements d'un hôpital universitaire de Londres situé dans le centre-ville. Patients hospitalisés en médecine et en chirurgie : 80 patients en étude 1 (vidéo PINK) (Âge moyen 55, 69% hommes) et 80 patients à l'étude 2 (brochure National Patient Safety Agency's' Please Ask') (âge moyen 52 ; 60% d'hommes). Les patients devaient maîtriser la langue anglaise et ne devaient pas avoir exercé comme professionnels de la santé.	2 études exploratoires menées en employant des méthodes mixtes. L'étude 1 visionnage par les patients de la vidéo "PINK" traitant de la sécurité des patients. L'étude 2 lecture de la brochure " Please Ask about Staying in Hospital" parle de la participation du patient aux comportements liés à la sécurité. Les données ont été récoltées en pré et post intervention sur l'évaluation du confort des patients sur certains comportements avec les professionnels. Les données qualitatives ont été recensées et analysées en utilisant l'analyse de contenu par deux chercheurs. Les thèmes principaux ont été extraits. Les données quantitatives ont été examinées pour s'assurer de l'homogénéité des distributions de variance et de normalité afin de s'assurer que les hypothèses des tests paramétriques n'ont pas été enfreintes. Aucune analyse statistique n'a été effectuée par rapport aux 2 interventions.	La vidéo et le dépliant ont augmenté le confort perçu chez les patients pour s'engager dans certains (mais pas tous) des comportements liés à la sécurité (P <0,05). La majorité des patients interrogés pensent que ce genre d'intervention pourrait aider à réduire les erreurs médicales dans les soins de santé. ¼ des patients pensent que ces dernières sont efficaces pour réduire les erreurs médicales. La moitié d'entre eux estime qu'ils seraient capables de venir en aide au travers de remarques au professionnel de santé. Enfin la majorité des sujets trouve que les interventions mises en place sont accessibles et à leur niveau de compréhension. D'autres formes de supports didactiques doivent être mis en place et adaptés au patient. Quelques patients dans les deux études ont émis quelques inquiétudes peur ? de remettre en doute l'expertise des professionnels de la santé impliqués dans leurs soins suivant les remarques qu'ils pouvaient formuler	Méthodes mixtes permettant d'avoir des données empiriques Cette étude est basée sur les résultats de l'évaluation des interventions mises en place de moyens didactiques promettant/ permettant l'engagement du patient dans la sécurité des soins	Méthode d'échantillonnage de commodité-> biais de sélection possible 1 seul hôpital-> résultats pas généralisables.

« *Nurses'views of patient participation in nursing care* » (2015)

Cet article de Tobiano, Bucknall, et al. (2015) est une étude interprétative visant à explorer la vision des infirmières sur la participation des patients dans les soins infirmiers. Cette étude analyse une partie de plusieurs études ethnographiques de plus grande envergure dont le sujet est la participation du patient. Il est mis en lumière à partir des propos du patient que le rôle infirmier revêt une grande importance dans la considération du patient comme partenaire de soin. Les auteurs ont révélé des stratégies favorisant la participation des patients avec respect et *empowerment* qui sont les éléments clés qui caractérisent une approche centrée sur le patient. L'application de ces stratégies pourrait encourager la participation des patients dans les soins infirmiers hospitaliers.

Cependant des infirmières ont exprimé une certaine réticence quant à cette implication plus active des patients car cela engendrerait des risques plus importants et une pratique moins sécuritaire pour elles et pour le patient. D'autres ont également exprimé que certaines caractéristiques liées au patient, notamment leur attitude, leur comportement, leur volonté de s'impliquer dans la relation, leur âge, leur état de santé ainsi que leur capacité mentale et physique pouvaient également entraver l'instauration d'une relation de partenariat.

Pour conclure, cet article est intéressant car après une méthodologie rigoureuse de recherche aboutissant à une saturation des données et un codage (par catégories), il démontre l'intérêt que portent certaines infirmières dans la considération du patient comme partenaire de soins. Il serait intéressant que les mêmes chercheurs effectuent une étude centrée sur le point de vue des patients en lien avec ces méthodes.

Tableau : 7 « Nurses'views of patient participation in nursing care » (2015)

G. Tobiano, T. Buckanall, A. Marshall, J. Guinane & W. Chaboyer						
Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/Échantillon/contexte	Méthode	Résultat principaux	Forces	Faiblesses
Explorer la vision des infirmières sur la participation des patients dans les soins infirmiers	Étude interprétative, (faisant partie d'une large étude ethnographique)	4 unités de soins chroniques <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gériatrie ➤ Immunologie ➤ Neurologie ➤ Pneumologie Dans 2 hôpitaux en Australie (1 public, 1 privé), dans 2 états différents. 20 infirmières interrogées (5 hommes et 15 femmes) moyenne d'âge 28 ans	Méthodologie rigoureuse : entretiens semi structurés de 30 minutes entre novembre 2013 et mars 2014. Les entretiens ont été menés jusqu' à saturation des données. Le contenu a été enregistré puis retranscrit et analysé. Le codage des données a été développé en catégories et sub-catégories avec rigueur, selon la méthode d'Elo & Kyngäs.	L'analyse a révélé 5 catégories : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconnaissance des patients comme partenaire de soins ➤ Gestion des risques : comment gérer les risques encourus lors d'une participation du patient ➤ Permettre la participation ➤ Entraves à la participation ➤ Infirmières réalisent que les patients peuvent être impliqués activement dans les activités. Les infirmières ont un rôle crucial dans la promotion de la participation du patient. Mais cela est complexe car nécessite de prendre en compte des risques et plusieurs caractéristiques liées au patient et à son état de santé.	Choix de population large Large panel d'expérience chez les soignants Vision des infirmières Rigueur et méthodologie	Objectif de l'étude énoncé au soignant participant à cette étude → risque modification du comportement des soignants Cadre hiérarchique→ risque de réponse biaisée car autre modèle de soins utilisé (approche centrée sur le patient.) Généralisation des résultats pas possible, permet une interprétation conceptuelle

« Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation » (2016).

Cette étude observationnelle menée par Tobiano, Marshall, Bucknall, and Chaboyer (2016), a pour but d'explorer la vision des infirmières sur la participation des patients dans les soins infirmiers.

Cette étude a démontré que la promotion de la participation des patients par le dialogue et le partage de connaissances ont le plus souvent été utilisés. Des difficultés ont été rencontrées dans les domaines de la planification ou lors des soins personnels car les infirmières ont exercé un contrôle sur le soin, ce qui a eu pour effet d'influencer l'étendue de la participation des patients. Cette dernière semble difficile à mettre en œuvre car cette approche du soin engendrait des problèmes au niveau organisationnel (du côté des soignants) et serait/était en contradiction avec l'approche centrée sur le patient.

La communication est l'un des aspects des soins le plus fréquemment adopté dans l'approche centrée sur le patient et permettrait d'améliorer les pratiques axées sur celui-ci. Le choix d'administration de médicaments est l'activité la plus contrôlée par les infirmières, elles ont laissé uniquement la gestion des médicaments à faible risque au patient.

Les résultats ont été écrits en fonction des données récoltées au travers des dyades infirmières/patients. Il aurait été intéressant de recenser les résultats en lien avec les activités d'autogestion des patients sans présence continue de l'infirmière.

Tableau 8 : « Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation » (2016).

G. Tobiano, T. Buckanall, A. Marshall, W. Chaboyer

Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultat principaux	Forces	Faiblesses
Décrire et comprendre les actions des patients et des infirmières qui s'engagent à adopter la participation des patients dans les soins infirmiers.	Étude observationnelle Une approche quasi-quantitative a été utilisée pour identifier la fréquence des données.	Menée sur deux unités médicales dans un hôpital public en Australie. Les personnes étaient des adultes en situation de santé stable avec un consentement éclairé Vingt-huit dyades d'infirmière-patient ont été observées pendant au moins 4 h. Les données ont été recueillies de novembre 2013 à février 2014.	Des notes de terrain ont été recueillies analysées selon la méthode d'Elo & Kyngäs, de façon inductive et déductive Les données ont ensuite été regroupées en sous-catégories et catégories dans le but d'évaluer les relations entre elles.	Les résultats ont été analysés de manière inductive et déductive. Dans les résultats déductifs : dialogue patient/infirmier initié la plupart du temps par les infirmières avec des stratégies de communication (humour, question, informel). Il y a également un respect des connaissances des patients sur les médicaments (évaluation par l'infirmière) ainsi que de leur choix en fonction des soins /activités planifiées. Le partage des informations simple était effectué entre patient et soignant et des feed back/ compléments d'information sont échangés. Les patients atteints de maladies chroniques étaient capables de se surveiller eux-mêmes car ils connaissaient les symptômes et les signes d'alerte. Les patients atteints de maladie chronique étaient capables de gérer certains de leur TTT. ¼ des patients participaient à la planification des soins de manière volontaire Dans l'analyse inductive, une catégorie nommée : <i>le maintien de contrôle du travail (par les infirmières) a été perçu comme un élément qui tendait à limiter la participation du patient.</i> Elle a été divisée en quatre sous-catégories <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire face aux pressions ➤ Être orienté sur les tâches ➤ Administration des soins techniques ➤ Limites de communication 	Etude qualitative avec approche semi-quantitative permet d'avoir des données complémentaires. Prend en considération la relation patient-soignant et les préférences en lien avec les soins Echantillonnage de population en nombre suffisant afin d'établir des données probantes.	La plupart des patients disent se "sentir bien". Les résultats sont donc difficiles à appliquer aux patients "plus malades". Le temps de chaque rencontre n'était pas chronométré, ce qui a pu biaiser certaines conclusions déductives. Les observations de cette étude n'offrent qu'un seul point de vue. L'analyse de certains résultats déductifs nécessiterait d'autres tests pour compléter le codage des données.

« *Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients (2016)*.

Cette étude transversale et analytique descriptive a été réalisée à Alborz en Iran, région où de multiples ethnies et cultures se côtoient et cohabitent. Menée par Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi, and Samami (2016), elle a pour but de comprendre quelles sont les barrières de communication entre les infirmières et les patients. Les barrières liées aux infirmières et aux patients étaient plus importantes que les barrières environnementales. En établissant une communication verbale appropriée, l'infirmière pourrait bien comprendre les problèmes du patient.

La communication non verbale dans différentes cultures peut avoir des interprétations différentes. Une connaissance suffisante des infirmières concernant la culture, la langue, les coutumes et les croyances des patients peut les aider à communiquer sans préjugés. La culture peut servir à la fois de facilitateur ou peut être une barrière à la communication.

La différence de genre est plus problématique pour les patients que pour les infirmières. En ce qui concerne le point de vue des patients, un autre facteur influant était les différences d'âge et de classe sociale. Le manque de temps pour établir une bonne relation thérapeutique est aussi à l'origine de barrières de communication. Si les infirmières ne réussissent pas à établir une communication efficace avec les patients, elles peuvent appliquer des facilitateurs de communication et si elles ne réussissent toujours pas, elles peuvent expliquer les problèmes aux patients afin qu'ils puissent obtenir des résultats de traitement positifs même sans avoir une bonne communication.

Les auteurs recommandent que les études futures accordent plus d'attention aux facilitateurs de la communication et divisent les participants en groupes masculins et féminins. Il est également suggéré que les croyances religieuses et culturelles ainsi que les barrières linguistiques soient mieux évaluées chez les patients et les infirmières

Tableau 9 : « Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients (2016).

<i>R. Norouzinia, M. Aghabarari, M. Shiri, M. Karimi⁴ & E. Samami</i>						
Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultat principaux	Forces	Faiblesses
Comprendre quelles sont les barrières de communication entre les infirmières et les patients	Etude transversale et analytique descriptive	<p>Cette étude a été menée auprès d'infirmières et de patients de deux hôpitaux publics affiliés à l'Université de sciences médicales d'Alborz, Karaj, en Iran.</p> <p>Une méthode d'échantillonnage aléatoire simple a été appliquée.</p> <p>Âge moyen des infirmières 30.95 ans</p> <p>Moyenne Expérience de travail 7.02 ans</p> <p>Age moyen des patients 29.30 ans.</p> <p>Moyenne des jours d'hospitalisation 2.3 jours</p>	<p>2 questionnaires ont été distribués</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 aux infirmières et contenait 44 items, ➤ L'autres aux patients et comportait 29 items. <p>5 propositions de réponses étaient proposées.</p> <p>Les questions portaient sur les barrières de communication qui était subdivisées en 4 catégories.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Barrières communes entre patient et infirmier ➤ Barrière liée à l'infirmière ➤ Barrière liée au patient ➤ Barrière liée à l'environnement 	<p>Sur les 4 catégories de barrière de communication, la barrière avec le plus haut score est en lien avec l'infirmière. La seconde entre l'infirmière et le patient</p> <p>Les barrières de communication les plus fréquentes du point de vue des infirmières : différence de langues Travail excessif, interférence familiale, pénurie de professionnels. Niveau d'urgence, service dégradé ou non.</p> <p>Pour les patients la différence de genre, la culture, classe sociale, l'âge, la réticence de l'infirmière à communiquer, environnement mouvementé, anxiété, douleur et inconfort physique</p>	<p>Les points de vue sont sollicités et analysés.</p> <p>Communication est le sujet de cet article</p> <p>Plusieurs recommandations/pistes explicitées en lien avec une amélioration et le rôle infirmier.</p> <p>Met en avant l'importance des facteurs culturels et ethniques.</p>	<p>Le faible nombre d'infirmières.</p> <p>Le manque d'évaluation des forces culturelles entre les patients et les infirmières,</p> <p>Culture et normes sociétales différentes des normes européennes.</p>

6.1. Tableau de synthèse des thématiques

Après l'analyse des articles de recherche, il est ressorti que plusieurs thématiques étaient transversales d'une étude à une autre, et certaines plus spécifiques. Elles sont présentées dans le tableau ci-après. Nous avons classé les différents thèmes en 3 grandes catégories et sous catégories :

- Patient partenaire
- Contexte
- Moyens, modalités

Ce tableau synoptique nous permettra par la suite de structurer notre discussion et sa présentation.

Thèmes		Articles	M. P. Pomey et al. (2015)	Davis et al. (2012)	Davis et al. (2011)	Tobiano, et al. (2015)	Tobiano et al. (2016)	Norouzini a et al. (2016)
Patient partenaire	<i>Responsabilité (Sécurité des soins)</i>			✓		✓	✓	
	<i>Volonté</i>		✓	✓	✓	✓	✓	
	<i>Obstacles</i>		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contexte	<i>Conditions de travail</i>			✓			✓	✓
	<i>Société, culture, système de santé</i>		✓	✓		✓		✓
Moyens Modalités	<i>Support</i>		✓		✓			
	<i>Stratégies (communication)</i>			✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Interventions</i>				✓	✓	✓	

Tableau 10 synoptique des thématiques

7. DISCUSSION

La discussion est organisée en regard des 3 thèmes principaux retrouvés dans le tableau synoptique. Ces derniers sont composés de thèmes secondaires, ce qui nous a permis d'identifier les éléments saillants de chacun de nos articles. Chaque élément de la discussion est mis en lien avec la théorie de l'*Human Caring* de J. Watson.

7.1. Patient partenaire

Dans cette thématique, on retrouve les différentes caractéristiques qui composent l'approche *Caring* du patient partenaire par les infirmières et les patients. L'un des éléments centraux est notamment la capacité des infirmières à considérer le patient dans la réalisation des soins. Il existe deux grandes catégories de partenariat : la participation physique et la participation verbale. Cette dernière regroupe par exemple les méthodes de communication comme le partage de connaissances et le partage d'information entre l'infirmière et le patient (Tobiano, Bucknall, et al., 2015).

Cet échange entre l'infirmière et le patient permet de s'assurer de l'état des connaissances du bénéficiaire de soins et ainsi laisser au patient plus de liberté vis à vis de la gestion de sa santé. Pour pouvoir appliquer cette approche, l'infirmière doit faire preuve de pratique réflexive, et en tout temps, pouvoir réévaluer la situation clinique et adapter la gestion des soins du patient, car malgré tout, elle reste seule responsable de la sécurité du patient (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007).

Un autre élément en lien avec la sécurité, constaté par Davis et al. (2011) : les patients éprouaient une certaine hésitation lorsqu'il s'agissait de faire des remarques ou de questionner les pratiques soignantes ou la sécurité en lien avec leurs soins. Suivant les remarques qu'ils pouvaient formuler, ils avaient l'impression de remettre en cause l'expertise des professionnels de santé. Cela provoque de l'inquiétude et un certain inconfort chez les patients hospitalisés.

Des résultats mettent en avant que la relation de partenariat peut jouer un rôle dans la sécurité des soins, notamment en signalant la survenue d'évènements indésirables graves. Cette dernière représente une source d'inquiétude pour les infirmières, ce qui freine parfois leur volonté de laisser plus de place à la gestion des soins de santé par les patients (Davis et al., 2012).

L'attitude, la volonté et le comportement des patients à vouloir participer est propre à chacun. L'infirmière, dans sa pratique, doit encourager le patient et l'aider à identifier les conséquences de ses comportements, dans le but de susciter chez lui un questionnement et de pouvoir avoir une autre vision de sa situation de santé. Par cette démarche, le patient comprendra mieux les enjeux de sa situation et pourra s'impliquer davantage pour améliorer/maintenir celle-ci. Il est également important de valoriser les actions et efforts fournis par les patients. (Tobiano, Bucknall, et al., 2015).

Enfin, d'autres facteurs empêchant l'instauration d'une relation de partenariat est comme la volonté des soignants à garder le contrôle et à ne pas prendre en compte le savoir expérientiel du patient. Comme exemple : la gestion des traitements qui est l'activité la plus contrôlée par les infirmières (Tobiano et al., 2016).

A ce propos, il est intéressant de noter que les articles publiés après les années 2000 montrent que les infirmières croient en cette relation de partenariat. Elles estiment qu'il faut encourager et impliquer d'avantage le patient dans les soins. C'est, selon les données recueillies, une fonction importante dans leur pratique (Angel & Frederiksen, 2015).

Tobiano, Bucknall, et al. (2015) ont mis en évidence que l'infirmière a un rôle important dans le partage d'informations et la reconnaissance du patient comme partenaire de soin. Il y a des stratégies mises en place par le soignant dans les soins pour favoriser le partenariat, notamment par le respect et l'empowerment.

Comme cité plus haut, les différents obstacles mis en lumière au travers des différents articles analysés sont pour les infirmières : la difficulté à faire confiance au patient car elles restent responsables de la sécurité indépendamment du partage de tâches avec le patient. Pour le patient la prise de responsabilité, elle peut générer un certain inconfort qui peut entraver la mise en place d'une relation de partenariat (Davis et al., 2007). Une autre part est : la volonté des deux parties à vouloir s'engager et sortir de leur zone de confort. Le professionnel de santé doit faire preuve d'assertivité⁴ et tenir compte de l'état clinique ou de problématiques invalidantes du patient qui rendraient difficile la mise en place de cette relation. Enfin la communication est décrite comme un élément essentiel dans cette relation de partenariat, le professionnel devra adapter ses propos et explications afin que la compréhension des informations soit maximale pour le bénéficiaire de soin (Tobiano, Bucknall, et al., 2015).

⁴ « L'assertivité est définie comme une attitude dans laquelle on est capable de s'affirmer tout en respectant autrui. Il y s'agit de se respecter soi-même en s'exprimant directement, sans détour, mais avec considération. » (Tournebise, 2001).

Dans l'approche *Caring*, on vise le respect de la personne soignée en reconnaissant ses croyances et valeurs ainsi que ses pratiques (PC 3). Par le partage des connaissances, l'infirmière peut encourager le patient à participer et prendre une part plus active dans le processus de soins (PC 2-7). En respectant la volonté et les choix du patient, l'infirmière pourra préserver et renforcer la relation thérapeutique et son accompagnement au quotidien (PC 4-5).

7.2. Contexte

Les facteurs environnementaux (la sévérité de la maladie du patient, l'environnement mouvementé dans le secteur de soins, la mauvaise hygiène, l'anxiété, l'environnement non sécurisé, etc.) sont également des éléments non favorables à l'instauration d'un climat propice au développement d'une bonne communication et dans l'instauration d'une relation de partenariat (Davis et al., 2012).

La culture peut servir à la fois de facilitateur ou de barrière à la communication. Dans l'article rédigé par Norouzinia et al. (2016), il est mis en avant qu'un respect et une connaissance suffisants des infirmières vis à vis de cette dernière des croyances et de la langue des patients pris en soins permettait d'aider à communiquer. Pour surmonter ces barrières de communication, l'infirmière devra prendre en considération ces différentes caractéristiques. Elle pourra alors effectuer une prise en soins holistique, empreinte de respect. Les auteurs suggèrent également qu'une meilleure évaluation des barrières linguistiques et culturelles entre l'infirmière et le patient permettraient de mieux comprendre les facteurs entravant une bonne communication et par conséquent une relation de partenariat.

Selon la vision unitaire que porte J. Watson, une grande importance est accordée aux valeurs culturelles et spirituelles, l'infirmière se doit de prendre en compte cette dimension dans la prise en soins (PC 10). Dans son rôle, l'infirmière doit également assister la personne dans ses besoins physiques, émotionnels et spirituels, car ceux-ci sont nécessaires à générer un environnement de guérison propice à la promotion de la dignité humaine (PC 8-9).

7.3. Moyens & modalités

Il a été constaté qu'un manque d'information pouvait être une source d'anxiété et d'inconfort pouvant engendrer une non adhésion au programme thérapeutique et par conséquent être une entrave à l'instauration d'une relation de partenariat (Davis et al., 2012)

Une bonne communication entraînant une bonne relation de confiance démontre un effet sur l'anxiété et le stress des personnes hospitalisées. Il accroît également la satisfaction de ces dernières (Sahlsten et al., 2008).

Dans l'article de Norouzinia et al. (2016), on retrouve dans chacun des acteurs une expression des mêmes barrières : Le langage familier, la différence de genre, d'âge et de culture. Le professionnel de santé ne pourra pas agir sur tous les facteurs (âge, genre, etc.) cependant d'autres sont modifiables, notamment le langage dans les soins relationnels. Outre les facteurs relatifs à la relation patient-infirmière, les facteurs relatifs à l'infirmière ont été démontrés comme les plus importants. En effet, la volonté, la disponibilité des infirmières à vouloir communiquer est essentielle à l'instauration d'une relation de confiance. Les barrières propres à ces dernières sont perçues différemment selon les personnes impliquées dans la relation :

- Selon le point de vue de l'infirmière : c'est le manque de temps, la pénurie d'infirmières et la surcharge de travail qui sont des entraves à une communication de qualité (Norouzinia et al., 2016).
- Selon le point de vue du patient : il y a une réticence des professionnels à communiquer, le manque de compréhension des besoins et le status (état clinique) du patient ainsi qu'une surcharge de travail des infirmières (Norouzinia et al., 2016).

Des stratégies comme la communication et ses différentes formes (humour, question informelle etc.) et le partage des connaissances entre le patient et l'infirmière de la situation de soins, sont également bénéfiques à la promotion du patient comme partenaire (Tobiano et al., 2016). Adapter le langage scientifique en langage familier (concept de littératie⁵) pour une meilleure compréhension du patient fait également partie des stratégies de communication. Si, malgré tout, la communication fait toujours défaut, l'infirmière pourra user de différents facilitateurs de communication (Norouzinia et al., 2016).

Un des moyens mis œuvre pour améliorer la diffusion d'informations a été la création de support didactique et de brochures d'information destinées aux patients. (Davis et al., 2011).

⁵ «l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités. »(Phaneuf, 2012)

C'est pourquoi, dans une approche de *Caring*, l'infirmière peut chercher des méthodes créatives ou scientifiques dans le but de prendre des décisions qui sont au plus proches des souhaits et objectifs du patient. (PC 6). Les professionnels de la santé disposent de plusieurs outils et stratégies qu'ils peuvent mobiliser lors de la dispensation des soins. Dans le contexte de la transmission de connaissances et d'information, dans une approche du patient partenaire, plusieurs moyens créatifs et scientifiques peuvent être employés dans le but de maximiser cette transmission. Cela permet par ailleurs d'améliorer le confort et de réduire une des nombreuses sources d'anxiété présentes dans le milieu hospitalier (PC 9).

8. CONCLUSION

Cette revue de littérature nous a permis de comprendre l'approche du patient partenaire, les enjeux de ce concept, mais également les avantages et difficultés de mise en œuvre de cette approche holistique. L'ancrage disciplinaire employé nous a permis de constater que différents éléments nécessaires à l'instauration d'une relation de partenariat étaient présents dans la théorie de J. Watson. C'est dans une relation transpersonnelle de *Caring* composée de considération des compétences propres à chaque individu et de réciprocité que des moments de *Caring* seront possibles (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). Ces éléments sont propices à l'instauration d'une relation de partenariat.

L'approche du patient partenaire commence à être intégrée dans certaines pratiques et institutions. Ce nouveau changement de paradigme se mettra en place progressivement dans les milieux de soins et devrait faire disparaître les pratiques paternalistes et pourraient, dans certains milieux, renforcer l'approche centrée sur le patient.

8.1. Apports et limites du travail

8.1.1. Apports

Ce travail a permis de mettre en lumière le rôle infirmier et l'importance de celui-ci dans la promotion du patient comme partenaire. Il a été constaté que l'un des éléments centraux pour la mise en place de cette relation de partenariat est la communication et surtout sa qualité.

Il a également été mis en évidence que différents facteurs entravent le partenariat au niveau des infirmières et des patients, notamment la barrière de la langue, le niveau socio-culturel et l'état de santé du patient. Ces derniers sont capables, après une évaluation de leurs ressources et de leurs compétences par l'infirmière, de prendre une part active dans les soins et ainsi d'abandonner la position de sujet « subissant » les soins. Cette pratique permet notamment de diminuer l'anxiété car les actions effectuées sont comprises par le patient et sont également en accord avec ses attentes du soin.

Ce travail a permis de nous sensibiliser aux difficultés, aux bénéfices, aux enjeux liés à la relation de partenariat. Il a également souligné l'importance du rôle infirmier et du savoir-être de l'infirmière dans la considération du patient. L'approche *Caring* de J. Watson met en avant, de par ses valeurs philosophiques, l'importance du savoir-être dans la relation et dans la considération de l'autre comme son égal. C'est pourquoi, cette théorie en science infirmière est pertinente et peut être utilisée dans une approche du patient partenaire.

8.1.2. Limites

Ce travail est une ébauche de revue de littérature et comporte plusieurs limites.

Au niveau de la méthodologie de recherche, notamment dans la consultation des bases de données, les recherches menées avec des termes Mesh étaient trop spécifiques et souvent pas en lien avec notre thématique. C'est pourquoi la recherche a été menée en utilisant l'option « All Fields ». Les articles utilisés dans notre travail ne ciblent pas une population spécifique ce qui permet de donner une vision globale du sujet traité mais pas de proposer de manière spécifique des interventions dans un contexte particulier. De plus, la pertinence des résultats explicités peut être remise en question car ce travail repose sur l'analyse de six articles, ce qui est relativement faible pour établir des résultats probants.

Enfin, les interventions infirmières ne sont pas mises en avant de manière concrète. Pour effectuer ce travail, nous avons dû nous baser sur des articles traitant de certaines thématiques qui explicitaient de manière indirecte ces interventions. Cela peut avoir comme conséquence de donner une interprétation possiblement orientée, voire limitée, des résultats. De plus, les études menées ont été effectuées dans diverses parties de globe :

- Royaume Uni : Davis et al. (2012) & Davis et al. (2011)
- Canada : Pomey et al. (2015)
- Australie : Tobiano, Bucknall, et al. (2015) & Tobiano et al. (2016)
- Iran : Norouzinia et al. (2016)

Il se pourrait que les résultats ne soient pas transposables car la culture, l'environnement, l'accès aux soins ainsi que le système de santé ne sont pas les mêmes suivant le pays choisi.

8.2. Recommandations

Ce travail de recherche a permis de déterminer certains comportements et bonnes pratiques que l'infirmière pouvait mettre en œuvre pour tendre à une approche du patient partenaire car ce concept a toute sa place dans les soins infirmiers (Sahlsten et al., 2008). En dépit de certaines interventions que l'infirmière peut déjà mettre en place, les articles analysés ne nous permettent pas d'apporter une réponse précise à notre question de recherche

Plusieurs interventions sont possibles pour promouvoir le patient comme partenaire de soins. Il existe déjà des interventions mises en place qui sont accessibles pour le patient, car leur niveau de compréhension a été étudié et adapté en fonction de celui des groupes de patients. (Davis et al., 2011).

La volonté du patient à s'impliquer joue également un rôle dans l'instauration de cette relation. En effet, elle dépend de plusieurs conditions (gravité de maladie, maladie psychique, l'âge, etc.). Une relation de partenariat n'est pas toujours possible. L'infirmière doit donc être capable d'évaluer la motivation et le potentiel/degré d'implication du patient. Dans ce contexte, les infirmières jouent un rôle important dans la promotion du patient comme partenaire car ce sont elles qui doivent engager la relation et encourager le patient à avoir un rôle actif dans la prise en soins (Angel & Frederiksen, 2015).

8.2.1. *Recommandations pour la recherche*

Certains des articles analysés ont proposé des recommandations afin de compléter les données recueillies.

Il serait intéressant de comprendre quelles sont les meilleures stratégies pour encourager le patient à participer à la sécurité des soins (Tobiano, Marshall, et al., 2015).

Dans l'étude de Pomey et al. (2015), les patients ayant été sensibilisés à l'approche du patient partenaire (au travers de brochures et de vidéos explicatives) ont montré une participation plus active dans les soins. Il serait intéressant d'effectuer une nouvelle recherche ayant pour but d'évaluer leur degré d'implication sans qu'ils aient été sensibilisés à cette approche.

L'article de Norouzinia et al. (2016), traite des barrières de communication et suggère qu'une étude future devrait plus investiguer du côté des facilitateurs de communication. Les résultats que pourraient apporter cette étude sur les facilitateurs, permettraient de faire tomber ces barrières entravant la communication et ne permettant pas l'instauration de l'approche du patient partenaire.

Nous serions d'avis d'effectuer de nouvelles/futures recherches axées sur les soins infirmiers et le concept du patient partenaire qui permettraient de mettre en avant la plus-value du rôle infirmier dans cette approche.

8.2.2 *Recommandations pour la pratique*

Notre sujet présente peu de résultats empiriques. Nous avons eu des difficultés à rédiger des recommandations concrètes pour la pratique. Nous avons émis des hypothèses, comme l'a évoqué l'article de Sahlsten et al. (2008) qui pourraient faciliter l'application de ce concept dans les soins infirmiers.

Ce même auteur met en avant que des éléments sont nécessaires en amont de la mise en place d'une relation de partenariat. Pour que l'infirmière puisse entamer ce type de relation, les éléments ci-dessous doivent être présents :

- La reconnaissance de la part des infirmières et des patients en tant qu'individu
- Une limitation de la surcharge de travail et du nombre de patients dont l'infirmière est responsable.
- L'identification des attentes en matière de rôles par les infirmières et les patients
- La compréhension de la relation de soins que l'on développe avec le patient (nature de nos interactions).
- Communication de qualité (conversation et échanges réguliers, prise en compte des affects, échanges dans le but de répondre à des questions, de ne pas laisser l'autre dans l'incertitude).
- Reconnaissance de la part de l'infirmière que le patient est son égal, possédant un pouvoir, un contrôle équivalent à elle-même.
- Volonté du patient d'assumer des responsabilités.

(Sahlsten et al., 2008, p. 8, traduction libre)

Il a également été suggéré, dans un premier temps, que des interventions ciblées soient adressées à des groupes de patients spécifiques, en utilisant une approche multimodale. L'hypothèse a été formulée que : grâce à cette approche et interventions, les patients sont susceptibles d'être mieux impliqués dans la relation de partenariat, contrairement à des interventions adressées à un groupe de patients plus hétérogène (Davis et al., 2007).

L'évaluation de la pratique infirmière avec le patient peut améliorer la communication et les attentes de ces derniers (Munroe et al., 2013 cité par Tobiano, Marshall, et al., 2015, p. 10, traduction libre) et pourrait être l'une des stratégies pour surmonter les défis liés l'instauration d'une relation de partenariat. Discuter des objectifs et des attentes avec le patient a été identifié par les infirmières comme une stratégie pour promouvoir la participation du patient (Sahlsten et al., 2009 cité par Tobiano, Marshall, et al., 2015, p. 10, traduction libre).

Si nous nous basons sur notre expérience de terrain, nous avons eu l'occasion d'avoir une approche de patient partenaire. Cela a été possible car le concept et les stratégies en lien avec cette thématique nous ont été présentés. Une pratique régulière avec des feed-back de professionnels ayant plus d'expérience nous a permis d'inclure cette vision et cette approche dans nos pratiques.

Nous pensons qu'une sensibilisation et une présentation du concept du patient partenaire aux infirmières serait susceptible de faciliter l'intégration de cette vision de soin au sein des institutions et de la démocratiser. Il y a également l'information au patient au travers de divers moyens didactiques :

- Brochures
- Groupes de parole
- Plateforme internet
- Application (logiciel)

La sensibilisation des soignants à la philosophie du *Caring* pourrait permettre d'avoir une vision des soins holistiques, transpersonnelle, qui agirait comme facilitateur de la compréhension/mise en pratique des concepts liés au patient partenaire.

9. RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work: 8th edition | Martha Raile Alligood | ISBN: 9780323091947 | ANZ Elsevier Health Bookshop.*
- Angel, S., & Frederiksen, K. N. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *Int J Nurs Stud*, 52(9), 1525-1538. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.008
- Association suisse des infirmières et infirmiers, A. (2017). Définition des soins infirmiers. Retrieved from <https://www.sbk.ch/fr/sujets-infirmiers/pflegethemenzusatzseiten/definition-des-soins-infirmiers.html>
- Cara, C., O'Reilly, L., Delmas, P., Brousseau, S., & Rosenberg, N. (2015). TEN CARITAS PROCESSES® IN FRENCH. Retrieved from <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/>
- Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses , K. (2012). Compétences spécifiques finales pour les filières d'études HES du domaine de la santé. Retrieved from https://www.curaviva.ch/files/3BWCYB8/competences_finales.pdf
- Conseil international des infirmières, C. (2006). Code déontologique du CII pour la profession infirmière. 9.
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*, 10(3), 259-267. doi:10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x
- Davis, R. E., Sevdalis, N., Neale, G., Massey, R., & Vincent, C. A. (2012). Hospital patients' reports of medical errors and undesirable events in their health care. *J Eval Clin Pract*, 19(5), 875-881. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01867.x
- 10.1111/j.1365-2753.2012.01867.x. Epub 2012 Jun 12.
- Davis, R. E., Sevdalis, N., Pinto, A., Darzi, A., & Vincent, C. A. (2011). Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions: results of two exploratory studies. *Health Expect*, 16(4), e164-176. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00725.x
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients *Glob J Health Sci* (Vol. 8, pp. 65-74).

- Observatoire suisse de la santé, O. (2015). La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques | OBSAN.
Accès <http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-en-suisse-le-point-sur-les-maladies-chroniques>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 ed.). Montréal: Chenelière éducation.
- Phaneuf, M. (2012). La littératie - un concept à considérer en soins infirmiers. Retrieved from http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/11/La_litteratie_un_concept_a_considerer.pdf
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, É. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé public*. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
- Pomey, M. P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015). Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. *PLoS One*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25856569>
- Sahlsten, M. J. M., Institute of, H., Care Sciences, T. S. A. a. G. U. G. S., Larsson, I. E., Institute of, H., Care Sciences, T. S. A. a. G. U. G. S., . . . Care Sciences, T. S. A. a. G. U. G. S. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2-11. doi:10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x
- Sandrin-Berthon, B. (2009). Éducation thérapeutique Concepts et enjeux. *Actualité et dossier en santé publique*, 66, 21-23.
- Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). La communication. *Bulletin d'information juridique pour les infirmières et infirmiers*, 15.
- Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *J Adv Nurs*, 71(12), 2741-2752. doi:10.1111/jan.12740
- Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 52(6), 1107-1120. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010
- Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2016). Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *J Nurs Scholarsh*, 48(4), 362-370. doi:10.1111/jnu.12219

- Tournebise, T. (2001). ARTICLE: Assertivité - l'affirmation de soi dans le respect d'autrui.
Retrieved from <http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/assertivite.htm>
- Travelbee, J. (2012). Human-To-Human Relationship Model by Joyce Travelbee(1926-1973). Retrieved from
http://currentnursing.com/nursing_theory/Joyce_Travelbee.html
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2 edition ed.): Jones & Bartlett Learning.

10. ANNEXES

10.1. Annexe I

« *Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review* » (G. Tobiano , A. Marshall, T. Bucknall , W. Chaboyer, 2015)

<p>Cette revue intégrative réunit différentes études sur la participation du patient. Les données récoltées démontrent que la participation des patients dans le soin peut être perçue comme bénéfique ou représenter un défi. En effet, la participation du patient présente des avantages mais est difficile à mettre en place à cause de certaines barrières (tels que l'environnement stressant, le désir du contrôle des soins par les infirmières, la routine, etc.). La volonté du patient à participer aux soins est également un facteur qui peut venir entraver cette approche. Plus de recherches sont nécessaires pour trouver comment outrepasser les barrières rencontrées. Cette revue met en avant qu'il existe deux grandes catégories de participations : la participation physique (soins d'hygiène, prise du traitement et planification) et la verbale (échange d'information et de connaissances sur la maladie ou la situation de santé). Ces dernières pourraient améliorer la qualité de la communication : le partage d'information, la recherche menée dans les services médicaux ont été largement rapportés par les patients. De nouvelles recherches avec des infirmières utilisant des données observationnelles pourraient aider à informer sur les stratégies visant à améliorer la participation des patients. Finalement cette revue souligne qu'une approche sur la participation des patients peut être considérée comme une amélioration de la pratique, une activité éducative ou de recherche. Manque les actions des infirmières pour faire tomber ces barrières. Raison de non-participation des patients.</p>				
Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultats principaux
<p>Investiguer les perceptions et les comportements des patients et des infirmières à travers La participation des patients dans les soins infirmiers dans le contexte d'unités médicales hospitalières</p>	<p>Revue systématique (Intégrative)</p>	<p>Patient adulte ayant de multiples comorbidités chroniques, capable de participer à des activités intellectuelles ou physiques</p> <p>Et les infirmières travaillant dans un service de médecine</p> <p>Critère d'inclusion/exclusion : cf. population, choix d'études empiriques au texte complet et publié en anglais entre 1999 et 2013 (pour les uniques articles de longue date traitant d'un problème en particulier.</p>	<p>Revue intégrative menée de manière à permettre une méthodologie mixte Recherche dans les bases de données de CINAHL, Cochrane Library, Medline, PsycINFO.</p> <p>Aout 2013, 3 stratégies ont été employées pour garantir la qualité de la revue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3 éléments de l'outil SPIDER (phénomène d'intérêt, échantillon, évaluation) ➤ Recherche dans la liste de référence des articles récupérés ➤ Les citations des articles récupérés ont été recherchées en utilisant le « Scopus » <p>Après extraction de données selon le contexte d'approche, l'échantillon et les mots-clés, les scores ont été calculés grâce aux « MMAT »</p> <p>L'analyse et la synthèse des résultats ont été faits en utilisant les travaux de Thomas and Harden's comme guide et le QSR international pour aider à la gestion des données. Les données inductives ont été divisées en catégories et sub-catégories. Les données déductives</p>	<p>4 thèmes découverts de manière inductive dans les données :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promulguer la participation ➤ Les challenges de la participation ➤ Promotion de la participation ➤ 4 Types de participation (adhérence, implication, partage, vraie participation) <p>La volonté du patient, essentielle à la participation dans les soins, est influencée par leur préférence à être sollicité dans la prise de décision. Leur condition de santé est aussi un facteur influençant leur volonté à participer. Cependant, cette revue suggère que l'évaluation de la capacité des patients à être partenaire est difficilement réalisable ou reconnue dans les unités médicales.</p> <p>Un environnement de travail stressant pour les infirmières, la routine et le désir d'avoir un contrôle (ou un certain pouvoir) des soins sont des facteurs qui peuvent entraver la promotion du patient partenaire. La réussite de la participation du patient est caractérisée par le partage des informations et des connaissances. Ces dernières permettent au patient de se sentir respecté, impliqué et renforcé son empowerment.</p>

10.2. Annexe II

« *Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?* » (R. E. Davis, R. Jacklin, N. Sevdalis & C. A. Vincent, 2007)

Dans cet article, la notion de renforcer l'empowerment du patient est reconnue comme un élément clé qui permet d'améliorer les prises en soin. Les patients peuvent jouer un rôle important dans la diminution de survenue d'événements indésirables graves. En revanche, la garantie de sécurité et la sécurité du patient sont uniquement du ressort du professionnel de santé, ce qui implique une pratique réflexive et une réévaluation des connaissances et de la situation. Cet article met en lumière les facteurs pouvant influencer la participation du patient dans la sécurité des soins (cf. résultats principaux). En effet la connaissance du patient, ses expériences émotionnelles, les stratégies de coping ainsi que ses caractéristiques démographiques constituent un des facteurs importants en lien avec le patient. En lien avec la maladie, l'évolution des traitements ou la sévérité de celle-ci influencent la capacité du patient à entrer dans une relation de partenariat. Concernant les facteurs influençant la participation du patient, du point de vue des professionnels de santé, ce sont : les connaissances en lien avec la sécurité et le cadre des soins de santé (primaire, secondaire, tertiaire) ainsi que l'interaction qu'ils construisent avec le patient. Le dernier facteur décrit concerne les tâches et comportements des deux parties qui visent à réduire la survenue d'événement indésirables en lien avec la sécurité. Malgré les données récoltées, une recherche empirique pour déterminer s'il y a un lien entre les facteurs et la participation des patients est nécessaire. Manquent les résultats de ces interventions mises en place.

Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultats principaux
Déterminer les facteurs susceptibles d'affecter la participation des patients en lien avec la qualité et la sécurité dans les soins de santé.	Revue systématique centrée sur la sécurité dans les soins. Synthèse et cadre conceptuel développé	Royaume-Uni, Londres, St Mary's Hospital Patients souffrants de maladie chroniques.	Définition du cadre conceptuel d'étude qui englobe les facteurs connus et putatifs influençant la participation des patients dans la sécurité des soins Analyse de la littérature en s'appuyant sur 2 types de preuves en lien avec la participation des patients dans les soins : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Directes, dans le contexte de la sécurité ➤ Indirectes, extrapolation à partir d'informations similaires retrouvées dans plusieurs articles. Discussion autour de quelle est l'implication de ces données, la pratique	5 catégories de facteurs ont émergé qui pourraient influencer la participation des patients en lien avec : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les patients et leurs caractéristiques ➤ La maladie (évolution, sévérité, etc.) ➤ Les professionnels de la santé ➤ Le cadre des soins de santé ➤ Les tâches et les comportements liés à la sécurité

10.3. Annexe III

“Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies” (S. Angel, K. N. Frederiksen, 2015)

Les résultats de cette revue systématique mettent en lumière que plusieurs éléments sont essentiels dans la participation du patient (cf. résultats). En effet les infirmières jouent un rôle important dans la promotion du patient comme partenaire. Ce sont elles qui vont devoir engager la relation et encourager le patient à avoir un rôle actif dans sa prise en soin. Cependant la volonté du patient à être actif dépend de plusieurs conditions (notamment le type de maladie et sa gravité). Dans cette optique, l’infirmière doit être capable d’évaluer la motivation et le potentiel/ degré d’implication du patient. Etablir une prise en soins en partenariat avec le patient n’est donc pas toujours possible. Dans cette revue, le facteur temps a été mentionné comme élément important qui peut représenter une barrière à la participation du patient. En effet, ce dernier concerne le temps disponible des deux parties afin de se connaître, d’échanger les informations, de construire une relation pour finalement atteindre un accord commun. C’est un élément clé aussi important que les autres (connaissance, attitude de l’infirmière, relation, situation du patient.), permettant de promouvoir la participation du patient partenaire. Il est intéressant de relever que les articles publiés après les années 2000 montrent que la plupart des infirmières croyaient en cette relation et démontraient qu’encourager la participation du patient étaient une fonction importante dans leurs pratiques. Les structures sociales intégrées ne permettent pas d’exploiter la participation du patient de manière idéale car les études empiriques ne s’affranchissent pas de ces normes. La participation des patients devrait être considérée au cas par cas, en fonction de la situation des patients et des attitudes des infirmières.

Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultats principaux
Comment les études empiriques abordent les principaux défis dans la réalisation du patient partenaire dans les soins infirmiers cliniques.	Revue systématique	<p>Étude réalisée au Danemark</p> <p>Recherches effectuées dans le but d'exclure les articles importants</p> <p>Inclusion des articles en anglais, ayant un résumé parlant de la participation des patients adultes âgés de + de 18 ans.</p> <p>Exclusion des articles qui prenaient des décisions éclairantes sur les enjeux, les articles parlant du patient partenaire dans les soins infirmiers et les articles parlant de situations n'impliquant pas une décision linéaire. Il y a également les articles ciblant le domaine de la participation du patient dans les soins infirmiers où le terme 'prise de décision' n'était pas utilisé pour caractériser une collaboration</p>	<p>Interrogation d'une base de données sans limites inférieures allant jusqu'en janvier 2014. Les bases de données de PubMed, CINAHL, PsychInfo et Scopus ont été interrogées.</p> <p>Termes de recherche « patient participation », » nurse/nursing</p> <p>199 articles trouvés après une 1^{ère} recherche. Après lecture de l'abstract et des titres 151 restants. Suite au critère de full texte et l'évaluation détaillée 30 articles restants. 11 articles inclus par stratégie boule de neige. Après une seconde analyse, 3 articles restants.</p> <p>Pour extraire les données propices à l'analyse, la méthode de Garrard (2007) a été utilisée afin de classer les données par date afin d'identifier les changements au fil des années.</p>	<p>Les 33 études empiriques (32 qualitatives et 1 quantitative) étudiées portaient sur</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le patient et l'infirmière ➤ Les connaissances ➤ Le temps de contact avec le patient ➤ La gravité de la maladie ➤ Les effets de l'âge sur le degré d'implication du patient <p>La relation patiente soignant est considérée comme cruciale et nécessaire afin de développer ce partenariat et cette envie de s'impliquer dans les soins. Elle permet au patient de se sentir reconnu</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 20 des 33 articles parlent de la relation entre le patient et le professionnel (où ce dernier a un rôle de contrôle) ➤ 23 des 33 articles ont démontré un lien étroit entre le partage du temps et le partage de connaissances (des éléments indispensables pour la participation du patient). ➤ 16 des 33 articles ont démontré que la situation de santé est un critère déterminant le degré de participation. ➤ 20 des 33 articles ont suggéré que l'attitude des infirmières à vouloir intégrer le patient comme partenaire de soins (notion de contrôle et de pouvoir).

10.4. Annexe IV

“An Analysis of the Concept of Patient Participation” (M. J. M. Sahlsten, E. Larsson, B. Sjöström, K. A. E. Plos, 2008)

Cette analyse a pour but d'identifier les différents concepts qui gravitent autour du patient partenaire dans les soins infirmiers. Les premiers auteurs ont effectué une première recherche sur le sujet en 1995 qui a fait observer que ce concept est un élément de base dans les traitements médicaux dans les soins infirmiers. Les infirmières possèdent un rôle clé dans la facilitation et l'encouragement des patients à la participation dans les soins. Cette participation a également démontré qu'elle réduit le stress et l'anxiété et accroît la satisfaction et la motivation des patients lors des soins prodigués. Cependant ce concept a toute sa place dans les soins infirmiers, mais il demeure difficile et complexe. En effet, il demande certaines conditions comme : la reconnaissance, par les infirmières, des patients comme des individus égaux et de leur empowerment ; une bonne communication entraînant une bonne relation de confiance et une remise en question de la part des infirmières quant à leur « toute puissance » (du soignant) et de leur contrôle sur les situations de soins. Plusieurs facteurs du patient, intrinsèque et extrinsèque, influent sur leur volonté de prendre part ou non au processus de soin. Au final, 4 attributs ont été identifiés comme essentiels à la bonne réalisation du concept de patient partenaire dans les soins infirmiers (CF résultats principaux). Pour conclure, cette analyse est intéressante pour nous car elle parle du concept de patient partenaire dans un contexte de soins infirmiers.

Objectif/but de l'étude	Design	Pays/population/ Échantillon/contexte	Méthode	Résultats principaux
Clarifier la signification du concept du patient partenaire dans la pratique infirmière.	Revue systématique de concepts d'études antérieures.	Suède, Infirmier et patient de tous horizons	<p>La méthode employée par Walker et Avant (1995) a été réutilisée pour identifier les principaux attributs du concept du patient partenaire. La méthodologie de recherche selon Cahill / (1996) a été utilisée pour rechercher les articles durant la période de 1996 à 2005 dans les bases de données CINAHL et MEDLINE, avec comme mots clés « patient participation »</p> <p>8 étapes à effectuer afin d'analyser le concept :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sélectionner un concept 2. Déterminer les objectifs de l'analyse 3. Identifier les utilisations du concept 4. Déterminer les attributs de définition 5. Élaborer un modèle de cas 6. Développer des cas supplémentaires : cas limites et cas contraires 7. Identifier les antécédents et les conséquences 8. Définir des références empiriques 	<p>Le patient partenaire dans la pratique infirmière existe lorsque tous les attributs identifiés sont présents</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relation patient/ soignant ➤ Cession de certain « pouvoir » par les infirmières ➤ Partage d'information et de connaissances ➤ Engagement actif de chacune des parties dans des activités intellectuelles et/ou physiques. <p>Besoin de confronter ces résultats avec des études empiriques car les résultats de cette étude ne permettent qu'une définition du concept de patient partenaire.</p>

