



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année 2022

MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PREVENTION ET  
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'ETAT  
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

**DE LA RELATION DE SOINS A L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE :  
POSTURE DES INFIRMIERS DE PRATIQUE AVANCEE**

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2022 à 12h  
au Pôle Formation  
par **Anne VANDERELST**

**MEMBRES DU JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE**

**Enseignant infirmier :**

**Madame le Docteur Catherine BARGIBANT**

**Directeur de mémoire :**

**Monsieur le Professeur Gérard REACH**

**Tuteur professionnel :**

**Monsieur le Docteur Sébastien RINGOT**

*« La carte de notre vie est pliée de telle sorte  
que nous ne voyons pas une seule grande route qui la traverse,  
mais au fur et à mesure qu'elle s'ouvre,  
toujours une petite route neuve »*

**Jean Cocteau**

## Sommaire

1	Introduction .....	1
1.1	La maladie chronique .....	1
1.2	L'observance .....	3
1.3	Le taux réel d'observance thérapeutique .....	6
1.4	La non-observance.....	7
1.5	Les dimensions qui interagissent dans l'adhésion .....	8
1.6	La relation « médecin-malade » et le cheminement vers l'observance .....	15
1.7	Description de notre étude : l'IPA et l'observance.....	20
2	Méthode.....	21
2.1	Recherches bibliographiques .....	21
2.2	Objectifs de la recherche .....	21
2.3	Choix de la méthode de recherche.....	21
2.4	Population d'étude .....	22
2.5	Lancement de l'étude.....	23
2.6	Le questionnaire .....	23
2.7	Le logiciel d'analyse.....	25
3	Résultats .....	25
3.1	Taux de réponses .....	25
3.2	Données socio-démographiques .....	25
3.3	Descriptif des réponses aux questionnaires QGA, QGB, QGC .....	27
3.4	Descriptif des réponses aux questions spécifiques QS des questionnaires QA, QB et QC.....	27
3.5	Descriptif des réponses pour les 3 principaux critères relationnels qui favoriseraient l'adhésion du patient .....	31
4	Analyse.....	33
4.1	Analyse des questions générales QGA, QGB et QGC .....	33

4.2	Déterminants des réponses aux questions générales QG : influences respectives des réponses aux questions spécifiques QS .....	36
4.3	Analyse de l'évolution des critères entre les questions QA, QB et QC .....	41
4.4	Croisement QGC et niveau de master .....	42
4.5	Analyse de la dernière question : l'importance donnée par les étudiants aux différents critères susceptibles d'améliorer l'observance .....	44
5	Discussion .....	45
5.1	Principaux résultats de l'étude.....	45
5.2	En comparaison avec la littérature.....	47
5.3	Forces et limites de l'étude .....	49
5.4	Implications pratiques.....	51
6	Conclusion	
7	Bibliographie	
8	Tables	
9	Table des matières	
10	Annexes	

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement le Professeur Gérard Reach pour la direction de ce travail : votre investissement et votre temps accordé, vos conseils avisés et vos nombreuses relectures. Je n'osais pas m'adresser à vous et faire cette demande, ce sont mes collègues de promotion qui m'ont encouragée à le faire. Il en résulte un cheminement réflexif précieux, encourageant et humainement très enrichissant. Merci pour votre accessibilité et votre positivité à toute épreuve ! Je remercie aussi chaleureusement Mr Laurent Benarbia d'avoir effectué toute la partie de l'analyse statistique. Vous avez permis de concrétiser ce projet de recherche. Merci beaucoup !

Je remercie également les médecins du cabinet médical de Masnières, mes tuteurs de stage : le Docteur Delphine Legrand-Dufour, le Docteur Charlotte Monteiro et le Docteur Sébastien Ringot. J'ai eu la chance de faire mon stage de deuxième année avec vous. Vous m'avez encadrée avec beaucoup de patience, d'envie et de confiance. Ça m'a été très précieux. Merci pour votre humanité, votre compréhension, votre investissement à mon égard et merci aussi pour votre aide dans ce travail, avec la présence du Docteur Sébastien Ringot comme membre du jury. Merci aussi à l'ensemble des patients qui ont joué le jeu de participer à des consultations IPA pendant mon stage.

Je remercie l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique de ce Master. Nous sommes la première promotion des IPA de l'université de Lille, et c'est aussi grâce à l'investissement et à la combativité de professionnels comme vous que le métier d'IPA pourra émerger en France et dans notre région. Merci aussi à Madame Godeffroy pour sa gentillesse et pour avoir toujours tenté de gérer l'organisation au mieux et avec beaucoup d'empathie !

Merci à mes amis, et de façon particulière merci à Isaline, Roseline, Adeline, Alexandra et Anne. Vous m'avez beaucoup soutenue et encouragée durant ces deux années pas évidentes avec ma pression de réussir ce changement professionnel. Vous m'avez accompagnée et votre soutien a été essentiel pendant cette longue traversée. Merci aussi pour votre relecture bienveillante.

Merci à ma tante et ma sœur pour leur rôle et leur soutien depuis que je suis enfant.

Merci aux étudiants de ma promotion pour leur solidarité, et pour ces belles rencontres. Merci à l'ensemble des étudiants IPA de l'université de Lille pour leur participation à ma recherche.

## Introduction générale

Actuellement, le système de santé est dans un contexte de modifications importantes, en raison du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre de patients touchés par une ou plusieurs pathologies chroniques. La chronicité des pathologies en soins primaires retentit sur la façon de soigner les patients et sur la façon de les accompagner. Aujourd'hui, on dénombre en France 20 millions de personnes qui vivent avec une maladie chronique : autant de personnes à accompagner sur un chemin de vie avec la maladie.

Pourtant, dans le même temps, on rencontre un nombre important de patients qui ne sont pas observants, et ce pour beaucoup de pathologies. C'est un paradoxe qui contribue à aggraver l'état de santé des patients et de surcroît, à fragiliser le système de santé français.

L'observance thérapeutique est un cheminement pour le patient qui demande un véritable investissement de sa part. Une étude réalisée en 2016 a montré que suivre la totalité des recommandations pour un patient atteint de 3 affections chroniques demanderait de consacrer environ 50 à 70 heures par mois à l'ensemble des activités en rapport avec sa santé (rendez-vous, gestion des thérapeutiques, examens, séjours en salle d'attente etc...). (Buffel du Vaure et al., 2016). Cette étude reflète de façon concrète le temps dont il faudrait disposer pour être « totalement » observant. Cela permet de nous rendre compte de la réalité de nos patients.

La connaissance du patient, de son parcours de vie, de son parcours de santé et de soins seraient des éléments incisifs dans la relation de soin pour l'accompagner vers une observance adaptée à ses croyances, à ses besoins, à ses désirs et surtout à ses possibilités. Le principal objectif serait d'avoir un bénéfice maximum d'une observance quasi personnalisée pour stabiliser leur état de santé et éviter les complications de ces maladies chroniques. Et de façon concomitante, l'objectif du maintien d'une qualité de vie est primordial. Pour cela, le rôle du médecin traitant est central dans l'atteinte de ces deux objectifs intriqués.

L'arrivée dans notre système de soin de l'infirmier de pratique avancée (IPA) est un des éléments proposés pour aider le médecin et le patient à faire face à ces situations de polyopathologies parfois complexes. L'un des rôles de l'IPA est d'effectuer des consultations en relais du médecin, afin de fluidifier les parcours de ces patients.

Comment l'IPA pourra-t-il aider le médecin et les patients à cet objectif d'améliorer l'observance ? J'ai décidé de porter mon questionnement sur la relation de soins, ses effets sur

l'observance et les leviers futurs qu'elle peut représenter pour l'accompagnement du patient par un IPA.

Pour cela, dans la première partie du mémoire, je vous présente l'introduction. C'est une réflexion pour comprendre les concepts qui entrent en jeu dans ce projet d'adhésion thérapeutique : la maladie chronique, l'observance, la non-observance, les éléments qui interagissent dans l'adhésion, la relation médecin-malade et enfin l'IPA autour de ces notions.

Dans la deuxième partie de ce travail, j'aborde la méthode de recherche utilisée. C'est une étude quantitative via un questionnaire soumis aux étudiants IPA de l'université de Lille, afin de mesurer leur posture relationnelle et ainsi répondre à ma question de recherche.

La troisième partie de ce travail sera dédiée à exposer les résultats, puis à les analyser et enfin, discuter de ces résultats.

# 1 Introduction

Pour pouvoir approfondir le concept d'observance thérapeutique, il faut d'abord aborder ce qu'évoque la notion de maladie chronique. En effet, dans le parcours de santé de nos patients, l'un ne va pas sans l'autre.

## 1.1 La maladie chronique

La maladie chronique est accompagnée d'un terme qui peut provoquer beaucoup d'inquiétude : elle est irréversible. A la différence des pathologies aiguës, elle a la particularité d'accompagner le patient tout au long de sa vie, à partir du moment où elle est diagnostiquée. Ce sont des maladies qu'on peut soigner et stabiliser mais qu'on ne peut pas guérir (Grimaldi et al., 2017). La maladie chronique est caractérisée par sa longue durée et sa lente progression (Ge et al., 2019). Cela traduit un état de santé modifié par rapport à un état antérieur mais la notion de pathologie chronique permet aussi d'envisager un état stable dans le temps, avec des consultations permettant un suivi régulier.

La maladie chronique peut aussi se traduire par une absence de symptômes visibles ; le patient peut parfois être asymptomatique pendant de longues années, avec l'exemple de l'hypertension artérielle (HTA), les dyslipidémies ou le diabète de type 2 (DT2). L'absence de symptômes pourrait-être une première difficulté pour le patient. En effet, comment peut-il se figurer la maladie ou en d'autres termes, la menace, alors qu'il ne ressent rien dans son corps ? Comment alors être observant au traitement quand le patient ne se sent pas malade ? L'enjeu serait alors de préserver le plus longtemps cet état asymptomatique grâce à une observance thérapeutique adaptée et ainsi reculer l'arrivée des complications.

De surcroit, ces complications inhérentes aux pathologies chroniques ont pour conséquence d'avoir des effets qui bouleversent profondément la vie des patients. Baisse de mobilité, douleurs, diminution de l'autonomie, diminution des activités habituelles, inconfort, répercussions sur le bien-être psychologique, sur la vie sociale, sur la vie intime, sur les proches : ces conséquences ne touchent pas uniquement la santé des patients, elles affectent de nombreuses sphères de la vie des patients.

Nous différencions la pathologie chronique de la pathologie aiguë. La pathologie aiguë, renvoie à une notion d'urgence : ici, nous sommes dans une action relativement rapide et brève et l'amélioration se fait presque immédiatement ressentir, bien souvent dans les quelques jours



qui suivent l'incrémentation d'un traitement. La pathologie chronique renvoie, quant à elle, à une notion d'évolution lente dans une temporalité qui est étendue et incertaine. Les évolutions sont difficilement perçues de façon concrète et les décompensations arrivent dans une temporalité que l'on peut parfois difficilement prévoir.

La difficulté pourrait ainsi se situer au niveau-même de cette chronicité. Elle peut entraîner des états de découragement, d'insécurité et des périodes où le patient perd le sens de l'observance. Le DT2 et les efforts en termes de style de vie (diététique, activité physique) à fournir quotidiennement représentent un exemple qui nous parle à tous. Si ces efforts entraînent un ressenti difficile dans l'immédiat, tenir au long cours sera bien difficile. Mais le découragement pourrait aussi exister du côté du soignant, par le manque de résultats ou par les difficultés rencontrées par le patient dans son parcours de soin, et qui pourraient augmenter sa réticence à se soigner. La maladie chronique demande du temps pour comprendre la réalité de notre patient et pour l'aider à cheminer. Or aujourd'hui, dans l'organisation du système de santé, et face au nombre croissant de patients chroniques, les médecins rencontrent des difficultés à disposer de ce temps précieux.

L'identification et l'utilisation d'une caractérisation qui sous-tend une opposition entre pathologie aigüe et pathologie chronique amènent aussi à différencier les qualités nécessaires à l'exercice dans ces domaines :

*« Pour la médecine des maladies aigües graves et des gestes techniques complexes, les qualités requises sont le sang-froid, la rapidité, l'habileté. Pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, les qualités premières sont l'écoute, l'empathie, la pédagogie<sup>1</sup> ».*

*« Mais les études médicales ne forment qu'aux premières qualités et pas aux secondes, censées relever d'un simple don personnel<sup>2</sup> ».*

C'est André Grimaldi, Professeur de diabétologie, qui effectue cette constatation. Il appose ici des compétences plutôt humaines dans le suivi des maladies chroniques, et pose alors la question de comment former les professionnels à des compétences humaines même s'il est délicat d'opposer soins techniques et soins relationnels. Chaque prise en soin effectuée relève d'un ensemble de ces deux champs de compétences, surtout dans des modèles bio-psycho-sociaux et dans un projet de soins projeté de façon globale. Mais cette observation offre

---

<sup>1</sup> Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les maladies chroniques : Vers la 3e médecine*. Odile Jacob. P 57

<sup>2</sup> Ibid.

également une réflexion non dénuée de sens pour une prise en soin en collaboration avec une IPA dans l'accompagnement de ces patients aux parcours de soins chroniques et parfois complexes. Avant de mener cette réflexion, approfondissons d'abord la notion d'observance.

## 1.2 L'observance

« *L'observance à un traitement de longue durée désigne la mesure dans laquelle le comportement d'une personne (prendre des médicaments, suivre un régime, et/ou effectuer des changements de style de vie) correspond aux recommandations convenues d'un prestataire de soins de santé*<sup>3</sup> ».

L'observance désigne de façon générale la concordance entre les actions du patient et les recommandations qui lui sont faites pour sa santé. Cette définition place l'observance comme étant un choix de comportement de santé conscient et dynamique du patient. Il fait le choix de suivre les recommandations des soignants qui le suivent et qui lui proposent des actions thérapeutiques. Finalement nous pouvons supposer que ce concept d'observance recouvre un ensemble assez large. Il inclut trois types d'actions et de comportements bénéfiques pour la santé : l'observance thérapeutique, c'est-à-dire le fait de prendre des médicaments de façon régulière, ensuite l'observance hygiéno-diététique, c'est-à-dire le fait de suivre les recommandations qui favorisent le maintien en santé (alimentation, activité physique, arrêt du tabac, diminuer le stress...), enfin l'observance du suivi thérapeutique, c'est-à-dire le fait d'avoir un suivi régulier par un professionnel de santé (Lamouroux et al., 2005).

Nous pouvons évaluer l'observance thérapeutique en interrogeant le patient et en utilisant le questionnaire de l'observance de Girerd<sup>4</sup> (annexe 1) comme support. Girerd a également fait des propositions de questionnaires pour évaluer la consommation en sel des patients hypertendus. Les réponses à ces questionnaires impliquent un éventuel biais, par le fait que le patient peut surévaluer ou sous-évaluer son observance, de façon volontaire ou non. L'évaluation de l'observance est à évaluer à chaque consultation de suivi. Elle est donc en pratique assez subjective et repose en partie sur la relation médecin-patient construite au fur et à mesure des consultations ; ceci permettra au patient de verbaliser ses facilités ou ses difficultés à suivre ce traitement.

---

<sup>3</sup>Sabaté, E., & World Health Organization (Éds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.

<sup>4</sup> [www.questionnaire-de-girerd.com](http://www.questionnaire-de-girerd.com)

Pour parvenir à ce choix d'observance que l'on peut qualifier d'intentionnelle, un cheminement psychologique personnel est nécessaire, entre le point de départ, le diagnostic de sa maladie chronique et la finalité, qui sera de suivre les mesures qui serviront à stabiliser son état de santé et serviront à prévenir l'apparition des complications. Ce cheminement aboutit à l'adhésion du patient à son projet thérapeutique, qui sera donc matérialisé par son observance. L'OMS définit l'observance (adherence en anglais) comme étant :

« *Une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements, associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit*<sup>5</sup> ». Ceci suppose l'acceptation de la maladie et de l'avoir intégrée dans sa vie quotidienne.

Une autre sorte d'observance est décrite : l'observance non-intentionnelle (Reach et al., 2021). Cette adhésion, qui ne relève pas de la formation d'une intention, est plutôt le résultat de la mise en place d'une routine, qui fait que le patient prendra son comprimé sans plus y réfléchir. On peut aussi associer ce cadre à une intervention humaine. L'infirmier libéral par exemple viendra tous les matins préparer et donner les thérapeutiques du patient, et favorisera ainsi une observance du patient. Celle-ci n'est pas initiée de façon dynamique par le patient : si ces interventions sont retirées, le patient risque de devenir non-observant de façon non intentionnelle, c'est-à-dire sans qu'il s'agisse d'un choix ; si ces interventions sont maintenues le patient sera observant de façon non-intentionnelle, mais il ne sera pas dans l'adhésion thérapeutique. Il y a ici un véritable paradoxe qui mérite une réflexion.

L'observance ou l'adhésion thérapeutique sont des notions au carrefour de différentes disciplines comme la philosophie, la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, et l'explication des phénomènes, la phénoménologie. En effet, chacune de ces disciplines nous offre un angle d'approche différent pour mieux comprendre l'observance et la non-observance. Les raisons, les leviers et les freins de ce cheminement sont d'ordre personnels. Il y a des raisons rationnelles, que nous, soignants pouvons appréhender dans notre relation avec le patient et leur apporter des éléments de réponses concrètes. Mais il y a aussi des raisons induites par « *des états mentaux et évènements inconscients semblables à des croyances, souvenirs, désirs, souhaits et craintes conscientes*<sup>6</sup> ». Ces dernières sont plus difficilement palpables et

---

<sup>5</sup> Sabaté, E., & World Health Organization (Éds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.

<sup>6</sup> Reach, G. (2010). *Une théorie du soin, souci et amour face à la maladie*. Les Belles lettres, p 39.

nécessitent une relation de confiance solidement établie pour que le patient puisse parvenir à les aborder avec le soignant.

L'observance peut être perçue comme une action positive par le patient, résultant du fait qu'il est attentif à sa santé et qu'il veille en prendre soin, ou comme le fait d'avoir une estime de soi suffisamment importante pour faire le choix de se soigner. Mais elle peut être aussi perçue comme un facteur limitant pour sa liberté, comme le fait de devoir se soumettre à une ordonnance d'un médecin, de devoir prendre des médicaments tous les jours ou de dépendre d'un résultat d'analyse.

Il existe également un certain nombre de termes pour décrire ce phénomène : la compliance, la concordance, l'adhésion, l'observance, la persistance, ou la conformité (Vrijens et al., 2012). L'observance thérapeutique décrit une action, ou un comportement. L'adhésion thérapeutique qualifie une attitude et une motivation. Elle illustrerait implicitement l'existence d'un cheminement qui a permis la prise en compte et l'acceptation du diagnostic de la maladie. La compliance et la conformité sont des mots plutôt péjoratifs puisqu'ils appuient cette notion de patient soumis au prescripteur. Ce ne sont plus des termes utilisés couramment. La persistance traduit l'action de poursuivre une action dans une temporalité plus longue. Nous différencions donc l'observance thérapeutique en termes de comportement, qui peut être mesurée et modélisée de façon objective, de l'adhésion thérapeutique qui illustre la réalité du patient et qui sera à l'origine de son comportement. Derrière cela, nous entr'apercevons le sens que peut donner le patient à sa pathologie. En prenant en compte ces dimensions, des mesures quantitatives de l'observance peuvent-être effectuées, par des études de ratios de consommation de comprimés. L'adhésion se rapproche plutôt d'études qualitatives, en analysant les faits avec la subjectivité du patient, afin de mieux le comprendre et de mieux l'accompagner.

Derrière l'observance et l'adhésion, des valeurs importantes sont en jeu : la liberté, la responsabilité, l'autonomie ou la maîtrise de soi. Elles entrent en compte dans la discipline de la médecine mais sont aussi des valeurs sociétales fortes. Ces valeurs ont la particularité de servir de supports d'échanges entre le patient et le soignant par l'intermédiaire de la relation de soin, puisque nos actions sont aussi la conséquence des valeurs qui nous habitent. Arriver à un accord implicite, que l'on désigne souvent par le terme de décision partagée, par le biais du respect de la position de chacun face à ces valeurs, permettrait de parler d'alliance thérapeutique et d'entrevoir un engagement des deux parties. La prise en compte et l'exploration de ces différentes conceptions de l'observance apparaissent intéressantes pour adopter postures et stratégies professionnelles afin d'accompagner au mieux nos patients. Dans ce même rapport

de 2003, l'OMS soulignait que : « *Améliorer l'effet des interventions portant sur l'observance thérapeutique serait plus bénéfique pour la santé des patients que n'importe quel progrès biomédical*<sup>7</sup> ».

De prime abord, la comparaison m'a semblé démesurée. Mais elle permet de situer l'étendue de la problématique de l'observance des patients. En effet, l'inobservance thérapeutique a pour conséquence de représenter un risque important de complications pour la santé des patients. Elle entraîne aussi des conséquences notables pour le système de santé, en termes de coûts engagés et de possibilités thérapeutiques. Après avoir mené des recherches sur cette notion, je me suis posé la question : qu'en est-il concrètement, de ces taux d'observance ?

### 1.3 Le taux réel d'observance thérapeutique

Les taux d'observance thérapeutique sont très disparates. Les deux principaux facteurs qui entrent en compte dans les variations de ces taux sont l'âge du patient et le type de pathologie. L'étude de Briesacher et al., (2008) utilise le Medication Possession Ratio (MPR) pour établir une évaluation chiffrée par pathologie de l'observance. Le MPR est défini comme étant le rapport entre le nombre de boîtes achetées et le nombre des boîtes prescrites pendant la même période. C'est un indicateur qui doit se situer aux alentours de 80% pour parler de « bonne observance » chez les patients. Les résultats de cette étude estiment que l'âge inférieur à 60 ans est corrélé à une plus faible observance et ce, quelle que soit la maladie. Les taux d'observance sont observés pour 7 pathologies. Les auteurs observent par exemple, qu'au cours de la 1<sup>ère</sup> année de la mise en place du traitement, 72,3% des patients atteints d'HTA atteignent des taux d'adhésion de 80% ou plus contre 54,6% pour les patients atteints d'hypercholestérolémie, alors que ces deux pathologies sont significativement impliquées comme étant pourvoyeuses de complications de type AVC ou infarctus. Les résultats pour l'hypothyroïdie constatent que 68,4% des patients ont une adhérence de 80% ou plus ; au vu des nombreux signes fonctionnels et symptômes induits par une pathologie thyroïdienne, le chiffre de l'observance apparaît être peu élevé, alors que c'est une prise médicamenteuse simple qui permet de rééquilibrer la fonction thyroïdienne et soulager cette symptomatologie. A la différence par exemple de l'hypercholestérolémie qui n'induit aucun signe fonctionnel, c'est donc un élément qui pourrait nous permettre de comprendre plus facilement ce chiffre.

---

<sup>7</sup> Sabaté, E., & World Health Organization (Éds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.

Une autre étude sur l'adhésion médicamenteuse chez des patients prenant un traitement anticoagulant oral a estimé que sur une population d'étude de 27 458 patients atteints de fibrillation atriale traitée par antivitamines K, les utilisateurs passaient 63% de leur temps en zone thérapeutique, principalement en raison d'un sous-traitement (Ewen et al., 2014). Les auteurs identifient les facteurs qui favorisent l'adhésion au traitement anticoagulant comme étant un haut niveau d'éducation, une stabilité des antécédents familiaux, une thérapeutique abordable, une acceptation de la maladie ou une confiance envers le médecin. En revanche, selon eux, la non-observance au traitement anticoagulant serait associée au sexe masculin, à la sensibilité aux effets indésirables du traitement ou aux troubles neurologiques et/ou psychiatriques. Dans cette étude, les auteurs estiment que l'âge n'est pas un prédicteur fiable de l'observance.

L'évolution de l'observance en fonction du temps est aussi un critère qui peut être problématique. La persistance étant l'action de persister, autrement dit de ne pas changer son comportement et de ne pas arrêter les mesures thérapeutiques. En effet, à la suite de l'acquisition d'un comportement de santé qui favorise l'observance thérapeutique, il faut l'ancrer de façon pérenne. Une revue de littérature sur l'adhésion thérapeutique dans l'asthme en France a été effectuée (Laforest et al., 2017). Cette revue souligne de façon constante des problèmes d'adhésion dans le traitement de fond de l'asthme, ainsi que des problèmes de pérennité dans les articles étudiés. Par exemple, dans un des articles, une étude décrit que moins de 10 % des patients sont toujours persistants à leur traitement de fond 12 mois après l'initiation du traitement. Une autre relève que 82 % des patients déclaraient des interruptions ou des diminutions des doses prescrites quand leur état s'améliorait. De façon générale, les oublis, les mauvaises manipulations des inhalateurs, les modifications des doses par les patients eux-mêmes sont vecteurs d'une observance thérapeutique insuffisante vis-à-vis de leur traitement de fond avec en particulier l'utilisation quotidienne imparfaite et des interruptions prolongées sur le long terme.

#### 1.4 La non-observance

La non-observance (par exemple ne pas prendre un comprimé, fumer une cigarette...) est en fait aussi une action (Reach, 2007). Elle peut être intentionnelle ou non, mais les conséquences restent identiques. Seules les interventions des professionnels seront différentes.

La non-observance peut être non-intentionnelle, c'est-à-dire en dehors de la volonté du patient. Nous pouvons penser aux oublis, aux problèmes de dextérité, au manque d'information, aux troubles cognitifs ou à des troubles visuels. C'est la forme d'inobservance qui sera la plus

sensible aux mesures qui seront mises en place pour y pallier. Il existe des mesures abordables pour éviter les oublis, par exemple les rappels sur le téléphone, les piluliers, les simplifications de traitement. L'industrie pharmaceutique a aussi une implication dans l'amélioration de l'observance ; elle met en place des associations de molécules pour simplifier les prises de traitement et le nombre de médicaments. Pour les troubles cognitifs, une intervention humaine, par exemple celle d'un aidant, paraît adéquate.

Mais se pose la problématique de dépister cette forme d'inobservance. Le rôle de l'IPA paraît être intéressant dans le dépistage de cette forme d'inobservance et dans les propositions qu'elle pourrait formuler pour aider à résoudre ce problème. En tant qu'infirmière libérale, je me suis rendu compte que mes patients étaient observants ; je m'assurais de leur prise médicamenteuse puisque je leur donnais moi-même leurs thérapeutiques. Alors que l'IPA va suivre des patients autonomes, des patients asymptomatiques et/ou stabilisés, cela permettrait de sensibiliser et d'accompagner des patients non suivis à domicile.

La non-observance intentionnelle résulte au contraire d'un choix délibéré du patient et rend l'intervention du soignant plus subtile. Il s'agit de comprendre les raisons qui conduisent à ce choix. Mais d'un point de vue éthique, il s'agit aussi de respecter la liberté du patient. Pour ce faire, la connaissance du patient et l'établissement d'une relation de confiance est indispensable. En effet, repérer ses croyances de santé, ses perceptions par rapport à la maladie et au traitement permet de mieux comprendre ses choix. Comprendre ses motivations, ainsi que les obstacles cognitifs et émotionnels sont des éléments importants pour initier une réflexion avec le patient. Une prise en soins personnalisée et le recours à une décision partagée permettrait de s'orienter vers une solution adaptée au patient et à ses préférences.

### 1.5 Les dimensions qui interagissent dans l'adhésion

Différentes dimensions entrent en compte dans l'observance et peuvent influencer positivement ou négativement l'adhésion des patients. Il existe des facteurs propres au patient et des facteurs sur lesquels il n'a pas de contrôle. Dans son rapport de 2003 précédemment cité, l'OMS discerne 5 dimensions dans l'adhésion thérapeutique : les facteurs démographiques et socio-économiques, les facteurs liés au patient, les facteurs en lien avec la pathologie, ceux en lien avec les traitements et enfin les facteurs liés au système de soins et à l'équipe soignante. Didier Tabuteau, spécialiste des questions sociales et de santé, relie ensemble certains facteurs et met en avant 4 grands ensembles : le patient, la maladie, le traitement et le système de soins avec au 1<sup>er</sup> rang le médecin (Laude & Tabuteau, 2007). Ces 4 ensembles forment un tout et il entrevoit une réflexion à mener conjointement dans ces 4 dimensions pour améliorer

l'observance. Il souligne notamment que : « *La qualité de l'échange entre le médecin et le malade est à l'évidence une clé essentielle de l'observance*<sup>8</sup> ». Voyons maintenant de quels éléments sont constituées ces différentes dimensions.

### 1.5.1 Le patient

C'est avant tout une personne envers qui est déployé une attention et des soins vis-à-vis de sa santé. C'est un corps et un esprit enrichis d'expériences de vie. Le patient se présente avec des caractéristiques singulières : son âge, sa personnalité, son caractère, ses croyances, son histoire personnelle, ses besoins et ses attentes. Il y a aussi toute une subjectivité consciente et inconsciente. Pour décrire cet ensemble, Jean-Philippe Assal, médecin diabétologue, pionnier de l'éducation thérapeutique du patient, reprend une métaphore d'un écrivain allemand (Günter Grass). Ce dernier comparait « *le moi-sujet à un oignon qu'on peut éplucher pelure après pelure*<sup>9</sup> ».

Jean-Philippe Assal explique : « *C'est d'abord un aspect physique, une silhouette, un visage et particulièrement un regard. Ce visage vient frapper à votre porte pour vous demander de l'aide et, alors que vous ne le connaissez pas, par le seul fait que vous êtes médecin, vous lui devez une aide absolue. La seule limite à cette aide est fixée par le tiers social représenté à la fois par les autres patients et par les moyens limités mis à disposition par la société. En continuant à peler l'oignon, on découvre ensuite des traits de caractère innés, façonnés par l'empreinte parentale, modulés par la relation aux autres, construits par l'éducation et la culture, sélectionnés et renforcés par la vie. L'être humain, soumis à l'attachement et vivant en tension permanente entre le passé et l'avenir, est condamné à l'expérience de la perte et donc au travail de deuil*<sup>10</sup> ».

Ce regard posé sur la personne en face de nous, lors d'une consultation par exemple semble déterminant pour la suite. L'auteur marque aussi le perpétuel mouvement dans lequel évolue le patient. C'est aussi cette dynamique qui pourrait aider à l'appropriation de sa maladie. Le patient passe par différents stades, ici comparé à un travail de deuil, et qui permettra l'acceptation de la maladie. On parle d'appropriation de la maladie quand ce travail conduit à

---

<sup>8</sup> Tabuteau, D. (2007). *Introduction. La notion d'observance*. Presses Universitaires de France. [http://www.cairn.info/feuilleter.php?ID\\_ARTICLE=PUF\\_LAUD\\_2007\\_01\\_0009](http://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=PUF_LAUD_2007_01_0009)

<sup>9</sup> Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les maladies chroniques : Vers la 3e médecine*. Odile Jacob. P 446.

<sup>10</sup> Ibid.



une réorganisation psychique, qui elle-même conduira à des actions telles que des changements d'habitudes dont le fait de prendre un traitement tous les jours.

Dans le domaine de la santé, chaque patient aura sa propre connaissance de la maladie, sa propre compréhension de la maladie, et un sens sera donné à ce qui est vécu. De cet ensemble découle des conséquences psychologiques comme le niveau de sentiment d'auto-efficacité perçue, la confiance en soi, l'autonomie ou la motivation, qui seront des leviers ou des freins pour adhérer au projet de soin. Le patient est donc un être unifié, qui mélange raison et émotion. Il forme un ensemble complexe, parfois difficile à appréhender dans son ensemble. Mais le soignant, quelle que soit sa fonction (médecin, infirmier, pharmacien etc.) réunit aussi ces caractéristiques qui définissent la notion de personne. La médecine peut ainsi être vue comme une rencontre entre deux personnes (Reach, 2022).

#### 1.5.2 Les facteurs démographiques et socio-économiques

Je place cette partie juste après le patient car ces facteurs appartiennent aussi à la dimension du patient. L'âge est tout d'abord un facteur important, puisque nous avons retrouvé qu'un âge jeune était un facteur de risque de non-observance. Être observant pour un adolescent n'entraînera pas les mêmes contraintes que pour un jeune retraité ! Ainsi, chez les adolescents, même si le taux de suivi des prescriptions médicales est variable, il serait très semblable à celui des adultes et varie de 20 à 70% (Grimaldi et al., 2017). En fait, l'observance est souvent mauvaise, davantage que chez les enfants et moindre que chez les adultes (Reach, 2017). Pour un enfant, être observant serait aussi fonction de son environnement familial. En effet, l'investissement parental paraît déterminant pour l'adhésion. A l'opposé, l'âge très avancé, avec le vieillissement physiologique couplé au vieillissement pathologique est aussi un facteur de risque de non-observance non-intentionnelle.

L'environnement social et économique paraît aussi être déterminant de l'observance. Et cela fonctionne à double sens, puisque la maladie (et donc l'observance) est présente dans le quotidien et prend aussi une place importante au niveau social et matériel. Avoir des ressources matérielles suffisantes, avoir un travail ou être dans une situation précaire n'entraînera pas les mêmes possibilités de suivre un traitement, selon aussi les coûts liés à ceux-ci et selon l'accessibilité du réseau de soins. La précarité touche l'individu dans sa globalité. Il est confronté à de nombreux problèmes qui entraînent une incertitude et une difficulté à se projeter, se soigner n'étant finalement pas sa principale préoccupation. Il peut aussi y avoir des

difficultés pour comprendre la pathologie, les traitements à suivre ou le fonctionnement du système de santé.

Il y aurait aussi une dimension culturelle dans l'observance propre à chaque individu. L'appartenance culturelle référencée comme norme sociétale serait liée à une moins bonne observance. Ils façonneraient les croyances et les comportements en matière de santé (Abdul Wahab et al., 2021). Par exemple pour les patients diabétiques, les traditions des repas partagés en famille pourraient-être cause de non-adhésion. Une revue de littérature sur l'évaluation de l'impact des facteurs culturels a été faite et montre un manque d'informations dans la littérature à ce jour. Mais cette revue a permis d'éclaircir le fait que les croyances culturelles, spirituelles et religieuses ont un effet significatif sur l'adhésion (Shahin et al., 2019). L'appartenance ethnique serait aussi un facteur important de cette dimension. Nous pouvons situer dans ce cadre le recours aux médecines alternatives, plus ou moins développées selon les pays. Pour certains, celles-ci viennent « à la place » de la médecine traditionnelle. Magalie Baudrant-Boga, pharmacien-chercheur, propose que : « *L'appartenance ethnique et la culture d'origine de par leurs impacts sur le système de croyances, de valeur de la personne auront un impact sur son rapport avec la maladie et les traitements*<sup>11</sup> ». Ajoutons que ce rapport à la maladie et aux traitements influencera lui-même les comportements du patient, et donc l'observance.

### 1.5.3 La pathologie

Tout d'abord, une distinction est faite entre la maladie aiguë et la maladie chronique, qui a un impact sur l'observance. La chronicité, terme dont l'étymologie (chronos) implique la temporalité est un facteur de risque de non-observance. Ainsi, Gérard Reach, explique :

« *Le risque d'abandon du traitement augmente avec le temps en raison d'une diminution de la force des émotions qui avaient poussé le patient à accepter de se soigner au départ (la peur des complications par exemple), ou tout simplement de l'ennui qu'il y a à accomplir des tâches répétitives*<sup>12</sup> ». Il a aussi montré dans plusieurs études empiriques l'importance du rapport à la temporalité dans l'observance.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Baudrant-Boga, M., Lehmann, A., & Allenet, B. (2012). *Penser autrement l'observance médicamenteuse : D'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants*. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 70(1), 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2011.10.003>

<sup>12</sup> Reach, G. (2007). *Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance*. Éditions Le Bord de l'eau. P 41.

<sup>13</sup> Reach G. Temporality in chronic diseases and adherence to long-term therapies: From philosophy to science and back. *Diabetes Metab.* 2019 Oct ;45(5):419-428..

Une deuxième donnée importante serait la présence ou l'absence de symptômes, ainsi que leur intensité. Leur disparition lors d'une prise médicamenteuse par exemple, sera une donnée qui, justement, favorisera l'observance. Dans le cas des maladies chroniques, la principale difficulté est d'être confronté à des pathologies asymptomatiques comme le diabète ou l'HTA. Éviter la survenue de complications dans un futur qui semble lointain n'est, pour le patient, pas forcément un objectif atteignable de façon concrète. C'est l'objectif du médecin mais peut-être pas celui du patient. Agir aujourd'hui en vue d'obtenir un bénéfice demain reste une action abstraite et peu attrayante pour l'être humain, or c'est tout le travail de prévention primaire.

Le pronostic et la sévérité de la pathologie et ce que le patient en perçoit ont une place indéniable. Nous aurions tendance à penser que la gravité de l'affection entraînera facilement une observance minutieuse, surtout si la survie est en jeu, alors que ce n'est finalement pas si évident. L'une des situations les plus frappantes est celle des traitements anti-rejets que les patients receveurs de greffe doivent suivre à vie : « *L'unique cause de rejet aigu à distance de la greffe [rénale] est la mauvaise observance du traitement<sup>14</sup>* ». Connaître le patient, comprendre la lourdeur de sa réalité, établir un lien et une relation de confiance semble décisifs pour leur accompagnement et tenter de prévenir l'apparition de telles situations.

Les croyances collectives ou le regard que porte la société sur la pathologie dont souffre le patient jouent aussi un rôle dans l'observance. Le patient a tout d'abord ses propres croyances qui émanent de l'ensemble des sources collectives auxquelles il a accès : les réseaux sociaux, les émissions de santé, l'internet en général, les revues, les livres médicaux etc. Nous pouvons nous poser la question de la fiabilité de l'ensemble de ces informations, mais la réalité est qu'elles constituent le quotidien de nos patients. Le comportement du patient peut être influencé par ces représentations collectives, qui se répandent très facilement aujourd'hui.

#### 1.5.4 Le traitement

Le médicament objective en quelque sorte l'expérience de la maladie au quotidien. Les modalités du traitement sont nécessairement à prendre en compte : plus le traitement sera perçu comme complexe et contraignant, plus cela demandera de fournir des efforts pour le suivre. La fréquence de prises par jour, le nombre de médicaments différents, la forme galénique de la thérapeutique, les contraintes de prises sont autant d'éléments à adapter au patient, à son quotidien et à sa pathologie. Ce sont des éléments importants qui seront facilitateurs

---

<sup>14</sup> Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les maladies chroniques : Vers la 3e médecine*. Odile Jacob. P 429.

d'observance. La notion de décision partagée a, dans cette dimension, un réel intérêt : les modalités d'administration du traitement doivent comporter des explications orales mais la pertinence des informations délivrées sera un élément central. L'explication doit aussi être écrite de façon claire sur l'ordonnance, afin de guider le patient.

Les effets secondaires des médicaments prescrits sont des éléments importants, d'autant plus qu'ils suscitent régulièrement la méfiance des patients. Leur évaluation est importante, surtout lors de l'instauration du traitement. Nous retrouvons ici l'importance de l'information donnée sur ces effets secondaires possibles, puisque le premier réflexe du patient, qui sera d'arrêter le traitement s'il provoque des effets délétères, semble tout à fait justifié. Mais le vécu ne sera pas identique si le patient est averti et s'il s'attend aux effets qu'il rencontre. Il pourrait être moins radical dans ses décisions d'observance, surtout s'il se sent compris par le médecin. La relation de soins est bien sous-jacente derrière l'ensemble de ces éléments, avec les informations et l'éducation vis-à-vis des traitements ; la prescription fait partie intégrante de la relation. (Mokrane, 2017)

Le coût du traitement, d'un point de vue financier, est aussi un élément qui contribue à l'observance. En effet, la gratuité du traitement est une donnée facilitante d'observance. Mais nous pouvons également parler du coût du traitement, au sens psychique, c'est-à-dire, ce qu'il en coûte au patient de prendre ce traitement et de suivre les recommandations que nous lui faisons. Si ce coût est trop important, l'observance risquerait aussi d'être impactée. Les bénéfices avérés de suivre le traitement découleront donc du ressenti et des perceptions du patient, et justifieront son comportement. Une autre donnée importante de cette dimension de l'observance est le maintien d'une qualité de vie malgré le fardeau lié au traitement. Celle-ci doit être prise en compte par les médecins et être l'objet d'échanges avec le patient.

#### 1.5.5 La relation médecin-patient

C'est la rencontre entre deux personnes, deux individualités et deux histoires. Elle met en lien deux univers : celui du patient et celui du médecin. Gérard Reach indique : « *Parce que le médecin, même s'il appartient à [une] équipe [médicale], ne doit pas oublier qu'à partir du moment où il entre en relation avec le patient, il le fait non seulement en tant que médecin, mais bien en tant que personne*<sup>15</sup> ». Il s'agit d'une « rencontre », dont les fondements ont été analysés par cet auteur dans son dernier livre<sup>16</sup>, instaurée par la fonction du thérapeute et initiée par sa

---

<sup>15</sup>Reach, G. (2010). *Une théorie du soin, souci et amour face à la maladie*. Les Belles lettres. P 145

<sup>16</sup> Reach, G (2022). Pour une médecine humaine, étude philosophique d'une rencontre, Hermann, coll. « Le Bel Aujourd'hui ».

réponse à la demande de soins d'un patient. Cette rencontre avec la personne qui a une maladie implique en fait tous les professionnels de santé (médecin, infirmier/infirmière, pharmacien, etc.) et c'est elle qui constitue la relation de soin.

Dans les pathologies chroniques, cette relation doit-être idéalement continue afin de permettre cette continuité des soins. Elle nécessite d'être investie sur une temporalité longue, qui va dans le sens du caractère chronique de la pathologie. En effet, ceci permettrait le suivi du patient, sa connaissance, la création d'un lien de confiance et le maintien de ce lien. Elle nécessite au médecin d'être disponible pour écouter, comprendre, et accompagner. L'objectif est la création d'une relation interpersonnelle de qualité, l'échange d'informations entre le patient et son médecin et la prise de décisions thérapeutiques (Libert & Reynaert, 2009). La finalité de cette relation est de permettre l'autonomisation du patient, et de favoriser son adhérence aux décisions, ainsi que son observance. Cependant, un point essentiel à considérer est la préservation de l'autonomie du patient et il y a ici presque un paradoxe : le but de la relation thérapeutique n'est pas de conduire à l'observance mais bien, par sa qualité, de la rendre possible, et de donner au patient la capacité d'exercer son autonomie en choisissant entre deux options, l'observance ou la non-observance intentionnelle.

L'utilisation de stratégies de communication est indispensable pour favoriser ces échanges et permettre au patient de verbaliser ses ressentis. Les questions directes ouvertes, les reformulations, les clarifications, la prise en compte de la charge émotionnelle des patients, le respect des silences, sont autant d'outils de que l'on appelle éducation du patient qui aideront à l'établissement d'une communication efficace. Ceci dans le but de favoriser l'observance des patients. L'étude MOSAIC a exploré en 2017 le rôle de la relation médecin-patient sur l'adhésion au traitement par insuline. Elle a montré que les patients anxieux et insatisfaits par certains aspects des interactions avec les médecins ont présenté une mauvaise adhésion à l'insuline. Elle stipule aussi que le manque d'attention et d'engagement perçu des médecins affecte l'adhésion à l'insuline (Linetzky et al., 2017). Cette étude va dans le sens d'un impact positif d'une communication claire sur les résultats des glycémies, puisqu'elle entraîne une meilleure adhésion des patients à l'insuline. Nous pouvons aussi de nouveau faire le lien avec l'importance de la formation des professionnels du soin à la communication et à l'éducation en santé. L'étude de Ratanawongsa<sup>17</sup> va aussi dans ce sens puisque les résultats montrent qu'une

---

<sup>17</sup> Ratanawongsa N. et al. Communication and Medication Adherence: The Diabetes Study of Northern California. JAMA Intern Med 2013 ; 173: 210–218.

perception moins bonne de la communication par les patients avec les prestataires de soins est associée à une prévalence plus élevée de mauvaise adhésion aux thérapeutiques de classe cardiologique.

#### 1.5.6 Le système de soin

Au début de ce travail, nous avons pu mettre en avant la modernisation de notre système de santé devant certaines difficultés récurrentes. En particulier la démographie médicale qui est répartie de façon inégale sur le territoire ainsi que l'augmentation massive du nombre de personnes touchées par les pathologies chroniques. En réalité, il existe des territoires considérés comme étant des déserts médicaux. Ce sont ici les éléments organisationnels du système de soins qui auront un impact sur l'observance du patient ; éléments qui sont parfaitement objectifs car situés en dehors de toute volonté du patient. En effet, s'il n'a pas de médecin pour lui prescrire son traitement ou effectuer un suivi, il lui sera complexe d'être observant. L'accessibilité du réseau de soins, sa structuration ainsi que son organisation et la possibilité d'être dans une continuité des soins seront déterminants pour permettre l'observance. A l'inverse, la multiplication des interlocuteurs dans le parcours de soins du patient sans coordination entre les acteurs pourrait être délétère. C'est aussi dans ce sens de coordination que s'étend la fonction des IPA.

### 1.6 La relation « médecin-malade » et le cheminement vers l'observance

En tant que future IPA, je serai amenée à effectuer des consultations de suivi global de patients ayant une ou plusieurs pathologies chroniques. Ces consultations, en relais de consultations médicales sont qualifiées comme étant longues, puisque l'un des atouts des IPA est la plus-value apportée par ce temps consacré à l'accompagnement des patients. Dans le décret de compétences, l'article R4301-3 stipule que :

*« L'infirmier en pratique avancée est compétent pour effectuer un entretien avec le patient qui lui est confié, l'anamnèse de sa situation, et procéder à son examen clinique<sup>18</sup> ».*

Il est également compétent pour : *« effectuer des actes d'évaluation, de conclusion clinique, de surveillance clinique et paraclinique, pour adapter le suivi du patient et (...) repose sur l'évaluation de l'adhésion du patient à son traitement<sup>19</sup> ».*

Il émane donc de ce suivi une relation de soins qui sera au cœur de l'activité IPA. Or, nous savons que la qualité de la relation peut être un important levier pour favoriser l'adhésion du

---

<sup>18</sup> Décret du 18 juillet 2018 (art 1) relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

<sup>19</sup> Ibid.

patient à son projet de soins. C'est donc pour cela que j'ai choisi de poursuivre ma réflexion sur la relation médecin-patient et son effet sur l'observance. Comment la relation de soins peut-elle soutenir et mieux accompagner l'observance de nos patients ?

#### 1.6.1 Le soin par la relation

La médecine est décrite comme étant : « *À la fois une science exacte objective et une science subjective interpersonnelle humaine*<sup>20</sup> ». Pour exemple, la distinction qui est faite en pratique entre « symptômes » et « signes cliniques » marque bien ces deux perspectives. Les symptômes sont le vécu du patient, tandis que les signes cliniques signent la clinique de façon objective. Ces deux perspectives existent, se côtoient et cohabitent. Elles sont toutes les deux importantes, font partie de la singularité du patient et leur prise en compte permet une individualisation des soins. C'est par le biais de cette relation interpersonnelle et également par ses connaissances que le médecin met en lumière et en corrélation ces deux dimensions et apporte une réponse adaptée au patient, qu'elle soit en pratique médicamenteuse ou non-médicamenteuse.

En parlant de la thèse du médecin philosophe Georges Canguilhem, Céline Lefève, maître de conférences en philosophie de la médecine explique :

*« Il en ressort une thèse [...] qui irrigue toute sa philosophie de la médecine : la médecine ne peut reposer que sur une relation personnelle entre le médecin et le malade. La relation médecin-malade constitue le fondement (mais aussi la richesse et la difficulté) de l'art médical, et elle marque sa spécificité, en la distinguant d'une science<sup>21</sup> ».*

En tant qu'infirmière, la première référence lorsque l'on évoque la relation de soins est celle de Carl Rogers. Psychologue, il est cité lors des enseignements des sciences humaines en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Dans le champ infirmier, nous utilisons ses apports dans le cadre d'entretiens d'aide ou de conseils. Selon Rogers, les notions d'empathie, de considération positive inconditionnelle et de congruence sont gages de qualité relationnelle entre patient et soignant. Utiliser ces principes contribuera à la rencontre interpersonnelle et amènera à une relation de qualité.

Dans le domaine de la médecine, je me suis rendu compte qu'il y avait d'autres références. En matière d'écrits sur la relation médecin-malade, l'œuvre de Michael Balint, psychiatre anglais

---

<sup>20</sup> Libert, Y., & Reynaert, C. (2009). *Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin*. *Psycho-Oncologie*, 3(3), 140-146. <https://doi.org/10.1007/s11839-009-0139-8>

<sup>21</sup> Crignon, C., & Gaille-Nikodimov, M. (2010). *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques*. Éd. Seli Arslan. P 16.

du 20<sup>ème</sup> siècle, est prédominante, avec l'ouvrage « *Le médecin, son malade et la maladie* » (1957). A cette époque, il travaille sur la relation médecin-malade et met en place des groupes qu'on appellerait aujourd'hui groupes d'analyse de pratiques professionnelles. Il a mis en avant que le travail du médecin fût aussi de savoir faire face aux aspects psychologiques de la plainte du patient. Pour cela, des compétences humaines telles que le réconfort et le conseil étaient nécessaires, ainsi que le fait d'y être formé. Balint résume de cette façon ses perspectives : « *Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même*<sup>22</sup> ».

En se référant à ces perspectives, nous pourrions donc entrevoir un « effet-médecin » qui serait thérapeutique. Lors de la phase d'exploration de la littérature sur ce sujet, j'ai trouvé une méta-analyse ayant pour thème de recherche « *L'efficacité thérapeutique de l'effet médecin en soins primaires* » (Moreau et al., 2006). Cette recherche a passé en revue un ensemble d'essais comparatifs randomisés existants afin de caractériser l'effet thérapeutique du médecin, de façon concrète. Les résultats montrent que « l'effet médecin » opère par sa démarche cognitive (explications orales et écrites sur le diagnostic, le traitement, le pronostic etc.), mais également par son attitude émotionnelle (attitude chaleureuse d'écoute, d'attention, d'empathie, de réassurance etc.). Dans une des études, les douleurs post-opératoires diminuent de 50% à J4 d'une chirurgie digestive chez les patients qui ont bénéficié d'explications orales préopératoires par rapport au groupe de patient qui n'en a pas eu. Nous avons ici l'illustration concrète de l'effet thérapeutique d'un soin cognitif : une consommation d'antalgiques diminuée. L'effet d'un soin émotionnel est observé, lorsque, par exemple, les auteurs identifient un nombre moindre de passages aux urgences de SDF après leur avoir prodigué des soins empathiques. Et enfin, l'effet d'un soin cognitivo-émotionnel est observé lorsque, par exemple, les auteurs retrouvent une amélioration plus significative des symptômes de l'angine à J2 chez le groupe de patients qui a bénéficié d'une grande attention lors de leur consultation par rapport au groupe de patient qui n'a pas bénéficié de cette grande attention. Nous retrouvons ici l'effet positif des explications apportées au patients combiné à celui des effets positifs de l'attention, de l'empathie et de la réassurance. Cet article montre que la relation de soins peut donc permettre au patient d'améliorer sa santé ou de se maintenir en santé.

L'objectif de tout médecin est de promouvoir la santé et le bien-être de ses patients, en prenant en compte leurs besoins de santé. Pour cela la relation interpersonnelle a une grande place. Nous avons vu précédemment que la relation avec le médecin avait un effet thérapeutique. Mais

---

<sup>22</sup> Balint, M., & Valabrega, J.-P. (1996). *Le médecin, son malade et la maladie* (Nouv. éd.). Payot & Rivages.



comment cette relation peut-elle aussi avoir un effet sur l'observance des patients ? En d'autres termes, pourrions-nous créer un point d'ancrage et laisser ensuite le patient évoluer, de façon autonome et responsable de ses choix sans que cela nuise à sa santé ?

Une des dimensions de l'Homme est d'être capable de s'attacher, en créant une relation d'attachement et d'être capable de s'appuyer dessus pour explorer le monde. La théorie de l'attachement, mise en avant par John Bowlby<sup>23</sup> serait-elle une réalité dans la relation médecin-patient et, de ce fait bénéfique pour l'observance thérapeutique ? Un article de recherche clinique sur une base d'analyse d'éléments qualitatifs de la relation va dans ce sens en projetant que la théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient. En effet, l'analyse des verbatims évoque que si le médecin est une figure d'attachement disponible et constante pour le patient, alors l'alliance thérapeutique serait favorisée (Guillemeney et al., 2019). Nous retrouvons également cet « effet-médecin » avec l'aide apportée par l'expression possible des émotions du patient, en lien avec l'attachement envers le médecin et l'aide que lui-même pourra apporter pour réguler ses émotions. L'article met aussi en avant l'importance du style d'attachement du médecin dans ses possibilités de réponse au patient. Il influencerait sa réponse d'aidant et de ce fait la qualité de la relation thérapeutique.

Nous pouvons aussi retrouver dans le vocabulaire angliciste un langage différent en évoquant le soin, : le « cure » ou le « care »<sup>24</sup>. Le « cure » se réfère aux soins que nous, français, appellerions « soins techniques ou traitement de la maladie » et le « care » se déploierait dans la fonction du « prendre soin », dans le sens avoir le souci de... Nous retrouvons dans cette théorie du « human caring » de Jean Watson, deux conceptions du soin, avec une certaine mise en opposition sous-jacente entre les sciences médicales et les sciences humaines. Or le défi du médecin est aussi de réussir à conjuguer les deux.

#### 1.6.2 Le changement de paradigme

Carl Rogers, en 1942, a utilisé cette description pour opposer la relation d'aide thérapeutique à la relation médecin-patient : « *Elle [la relation d'aide] n'est pas non plus une thérapeutique basée sur une relation médecin-patient, avec les caractéristiques du diagnostic médical et le conseil autoritaire de la part du médecin, l'acceptation soumise et la dépendance de la part du*

---

<sup>23</sup> Psychiatre anglais qui met en théorie que le style d'attachement qui est activé pendant l'enfance perdue dans les relations interpersonnelles adultes et dans les liens d'attachement.

<sup>24</sup> Morvillers, J.-M. (2015). Care, the caring, the cure and the caregiver. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 77-81.

*patient*<sup>25</sup> ». Aujourd'hui nous semblons être loin des caractéristiques avec lesquelles il définit la relation médecin-patient de cette époque ! Auparavant, la relation médecin-malade fonctionnait selon un modèle paternaliste, c'est-à-dire que le médecin décidait pour le patient. On retrouve bien cette caractéristique quand Rogers dit : « *conseil autoritaire de la part du médecin* ». Le médecin discerne ce qui est dans le meilleur intérêt du patient et ce dernier a une participation très limitée sur les décisions (Emanuel & Emanuel, 1992). Les autres modes de relation médecin-patient sont basées sur un modèle informatif, interprétatif ou délibératif. Chaque modèle serait adapté pour un contexte particulier. Par exemple le modèle paternaliste serait un mode de fonctionnement adapté pour les situations d'urgence. Le modèle informatif peut se prêter à des situations ponctuelles, sans relation continue.

Actuellement, les principes de la relation médecin-patient sont basés sur l'information, le consentement du patient et sur son autonomie. En introduisant la notion de démocratie sanitaire, la loi du 4 mars 2002<sup>26</sup> est vectrice de cette dynamique. Pour cela, elle légifère le droit à l'information du patient, le droit au consentement éclairé, le droit à l'accès au dossier médical, le droit pour le patient de refuser un traitement, ainsi que le droit d'exprimer sa volonté en rédigeant des directives anticipées. Dès lors que nous évoquons le droit du patient de refuser un traitement, nous touchons à une notion opposée de « l'observance ». Comment parvenir à réunir droit et liberté du patient et mesures préconisées pour une meilleure préservation de sa santé ? La relation médecin-patient apparaît être un support pertinent pour relever ce défi. Elle serait ici de l'ordre d'une relation qui s'appuie sur un modèle délibératif, pour arriver à une discussion entre le médecin et le patient. Il en résultera une décision médicale partagée et sera ainsi mise plus facilement en œuvre par le patient puisqu'il se sentira comme étant acteur de ce choix avec la participation du médecin.

L'éducation thérapeutique est aussi un des outils existants pour arriver à cette autonomie, de laquelle découlera de la part du patient des choix responsables et favorables à sa santé. Notons également qu'elle aura tendance à moduler la relation entre le patient et le médecin, puisque le médecin endosse un rôle pédagogique, et non pas un rôle de « surveillance », et il offre un espace d'échanges et d'apprentissage, afin de lui permettre de mieux comprendre le sens des mesures envisagées pour sa santé. La finalité est d'être dans une démarche d'alliance et d'engagement thérapeutique du patient et du soignant, attitudes qui paraissent être les plus

---

<sup>25</sup> Rogers, C. R., & Zigliara, J.-P. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie* (20e éd. 2019). ESF sciences humaines. P 89

<sup>26</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

bénéfiques en termes d'adhésion thérapeutique, notamment par la volonté mutuelle de s'engager dans l'élaboration et la poursuite d'objectifs de soins communs.

## 1.7 Description de notre étude : l'IPA et l'observance

### 1.7.1 Question spécifique

C'est un métier très récent dans un système de santé qui se métamorphose et se modernise afin d'apporter une réponse adaptée aux grandes problématiques rencontrées, notamment l'émergence du nombre de patients touchés par une ou plusieurs pathologies chroniques et l'insuffisance du taux d'observance. Dans ce contexte, la question générale porte sur les éléments relationnels : comment la qualité de la relation de soins peut-elle aider l'observance des patients ? Il m'a semblé intéressant de poser la question de cette manière, puisque cela déplace la problématique de l'observance du patient sur les soignants. Et cela permet d'impliquer les IPA à part entière dans ce défi à relever en équipe ; comment les IPA peuvent-ils participer à l'amélioration de l'observance de nos patients ?

Florence Ambrosino, infirmière diplômée d'état et titulaire d'un master en sciences cliniques infirmières a réalisé une analyse sur la pratique avancée infirmière. Elle relate :

*« Il s'agit donc davantage d'une posture que d'un champ d'activité. L'IPA sera compétente voire experte dans des domaines variés, avec un solide appui sur la clinique et des retentissements dans tous types de domaines. Nous parlons bien d'une approche globale du patient, de son environnement mais aussi du contexte sociétal et politique »<sup>27</sup>.*

En employant le terme « posture » l'auteur englobe une vision large de cette nouvelle profession, ce qui permet spontanément d'associer la notion de « posture relationnelle » à l'exercice IPA.

En ciblant mes recherches sur le mot posture, je retrouve un auteur qui fait le parallèle entre accompagnement et posture ; Paul Maela, Docteur en sciences de l'éducation expose : *« La posture se distingue du positionnement. Celui-ci résulte d'une action délibérée, conduit à prendre position [...] quand la posture, désignant ce qui émane de soi, ce qui est engagé dans la relation à l'autre dans la fulgurance d'un moment et d'une situation, porte une large part non consciente. Car elle émane certes de notre identité et de notre système de valeurs, mais prend forme sur le fond plus indifférencié de l'ensemble de nos expériences (sensorielles, cognitives, intellectuelles...). Elle se distingue des compétences en se référant davantage aux*

---

<sup>27</sup> Ambrosino, F. (2019). *Le guide de l'infirmier-ère en pratique avancée*. Vuibert. P 9

*qualités, talents, dispositions que le professionnel investit dans sa pratique, telles que l'attention, l'écoute, le respect de la personne accompagnée, le souci de la laisser libre tout en soutenant sa liberté de jugement et de décision...<sup>28</sup> »*

### 1.7.2 Question de recherche

L'IPA a-t-elle les qualités relationnelles requises pour adopter une posture pouvant soutenir et favoriser l'adhésion thérapeutique des patients ?

### 1.7.3 Hypothèses

- La relation de confiance construite avec le patient, pouvant exercer une influence sur l'observance thérapeutique, est favorisée par une posture relationnelle que le soignant a l'aptitude d'adopter.
- L'acquisition de cette aptitude fait partie des enseignements dispensés lors des études IDE et elle est renforcée par l'enseignement qui conduit au diplôme IPA.

## 2 Méthode

### 2.1 Recherches bibliographiques

Une recherche dans la littérature des éléments généraux qui composent et structurent la relation de soin, en particulier ceux qui vont exercer une influence sur l'observance des patients a été effectuée, via différentes bases de données, dont PubMed, Cissa ou Cairn.

### 2.2 Objectifs de la recherche

L'objectif principal de l'étude est de décrire les différents aspects de la posture relationnelle de l'IPA, explorés dans cette introduction, et de rechercher comment cette posture apparaît au cours du cursus de sa formation (lors des études en IFSI puis lors du Master IPA). Les objectifs secondaires étaient de rechercher si la formation professionnelle suivie peut influencer la définition des critères favorisant l'observance et qui caractérisent donc cette posture.

### 2.3 Choix de la méthode de recherche

Une étude observationnelle quantitative prospective m'est apparue pertinente pour pouvoir effectuer une mesure subjective des critères relationnels et rechercher les corrélations existantes entre les éléments socio-démographiques, les éléments de la relation et les critères qui favorisent l'observance. La recherche quantitative consiste à soumettre un questionnaire à une population cible et à analyser les réponses recueillies par des tests statistiques. Le questionnaire

---

<sup>28</sup> Maela, P. (2020). Repère 5. Spécifier la posture d'accompagnement. *La démarche d'accompagnement : Repères méthodologiques et ressources théoriques*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. P89

a été créé sur Google Forms®, avec l'appui des éléments bibliographiques retrouvés. Il a été validé par le Pr Reach, directeur de la recherche, début janvier 2022.

#### 2.4 Population d'étude

La population ciblée est celle des étudiant.e.s inscrit.e.s dans une formation au métier d'IPA. C'est un corps de métier avec très peu d'antériorité. La loi de modernisation du système de santé en 2016 a créé ce nouveau métier et le décret du 18 juillet 2018 relatif à la formation de l'infirmier en pratique avancée et à son exercice l'a promulgué. Avec une validation des acquis ou une validation d'études supérieures, des professionnels se sont formés en une année ; les premiers IPA ont donc été diplômés en juillet 2019. L'université de Lille ainsi que celle d'Amiens ont dispensé cette formation dès septembre 2020. À ce jour en France, il existe moins de 1000 IPA qui exercent dans différentes structures (hospitalières ou extra-hospitalières) et dans différents domaines, selon leur mention de formation. Il y a encore très peu d'IPA libérales. Nous avons encore peu de recul sur l'activité IPA, d'autant que pour certains, le système de rémunération ne leur permet pas encore d'exercer à temps complet.

Dans ce contexte, il m'a semblé légitime de me tourner vers les IPA eux-mêmes afin de questionner leurs pratiques relationnelles. En effet, avoir un recul et une évaluation de ses pratiques professionnelles est une démarche propre à chaque professionnel. Étant donné le peu d'IPA dans la région, j'ai choisi comme population cible les étudiants IPA de l'université de Lille, en Master 1 et 2, qui sont les IPA de demain de la région des Hauts de France.

Le critère d'inclusion dans cette étude est donc d'être infirmier diplômé d'état et étudiant en pratique avancée. Notons que la population d'étude présente une hétérogénéité, puisque nous pouvons avoir des étudiants qui sont en formation initiale, c'est-à-dire qu'ils suivent ce Master juste après avoir obtenu leur diplôme d'état infirmier et n'auront pas d'expérience professionnelle. A l'inverse, nous avons des étudiants qui sont en formation continue, c'est-à-dire avec une expérience de terrain d'au moins 3 années, et ce sera le cas pour une grande majorité puisque c'est l'une des conditions pour accéder à la formation.

Les effectifs sont les suivants : il y a 43 étudiants en 1<sup>ère</sup> année de Master pour l'année universitaire 2021/2022 et 41 étudiants en 2<sup>ème</sup> année de master pour cette même année universitaire. Au total, il y a actuellement 84 étudiants en pratique avancée à l'université de Lille. Je me suis soustraite de ce total ; 83 étudiants devaient donc être sollicités pour répondre au questionnaire de recherche.

## 2.5 Lancement de l'étude

Le lundi 28 février 2022, un mail expliquant la démarche, et contenant le lien Internet du questionnaire a été envoyé à l'ensemble des étudiants. Il a été bien précisé en amont du questionnaire que les réponses seraient anonymes. J'ai choisi cette date pour éviter de solliciter les étudiants pendant la période des vacances scolaires de février et pour que les étudiants de première année aient fini leurs partiels. Des relances ont été faites au cours de la semaine via la messagerie WhatsApp. En concertation avec le directeur de la recherche, la date de clôture du questionnaire était fixée au lundi 07 mars 2022 à minuit, afin de laisser sept jours pleins aux étudiants pour le remplir et le renvoyer. Leur consentement réside sur le fait d'être volontaire pour y répondre ; il est également éclairé puisque les étudiants sont informés de ma démarche par un texte explicatif qui se situe à la première page du questionnaire et choisissent librement de participer ou non.

## 2.6 Le questionnaire

La lecture de l'ouvrage d'André Grimaldi<sup>29</sup> et son travail de réflexion sur la relation médecin-malade m'ont guidée pour définir cinq variables qui encadrent une relation de soin : les qualités « techniques » relationnelles et les qualités « humaines » du soignant, la posture et le « ressourcement » du soignant, et pour terminer la décision médicale partagée. J'ai ensuite défini chaque variable par des questions courtes et j'ai demandé aux étudiants de les évaluer en regard de trois périodes de leur vie professionnelle.

Le questionnaire comportait donc 5 parties (annexe 2 et un lien internet disponible) :

-une première partie avec des questions socio-démographiques

-suivie de 3 questionnaires (QA, QB et QC) portant chacun une question générale (QG) : QGA, QGB, QGC, avec A, B et C correspondant à une période ciblée :

- QGA : Avant de commencer vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e à ce qui compose la relation de soins ?
- QGB : A la fin de vos études IDE, et de façon générale, pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à la relation de soignant/soigné?

---

<sup>29</sup> Grimaldi, A., & Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*. Elsevier.

- QGC : Aujourd'hui, vous sentez-vous en capacité d'appliquer les composantes d'une relation de soins ?

Dans chacun des questionnaires administrés QA, QB, QC, il y avait une trentaine de questions spécifiques désignées sous le terme de QSA, QSB et QSC. Elles étaient identiques dans les trois questionnaires mais données dans un ordre différent pour tenter d'éviter une contamination des réponses. Elles concernaient la sensibilisation à :

QS1 Ce qui compose la relation de soins
QS2 La communication verbale
QS3 L'empathie
QS4 La notion d'intuition dans la relation de soins
QS5 L'écoute active
QS6 La communication non verbale
QS7 L'importance d'apporter des informations pertinentes au patient
QS8 Au fait que prendre en compte les besoins du patient faisait partie intégrante de la relation
QS9 L'importance d'avoir un espace entre collègues pour pouvoir verbaliser le vécu de la relation de soins
QS10 L'importance d'avoir une attitude sincère envers le patient
QS11 L'importance d'avoir une juste proximité dans la relation au patient
QS12 La notion d'engagement du soignant dans la relation de soins
QS13 L'importance de prendre en compte les émotions du patient
QS14 L'importance de tenir compte des préférences du patient
QS15 La possibilité de passer la main en cas de difficultés relationnelles avec un patient
QS16 L'importance d'accueillir le patient sans a priori
QS17 La technique de reformulation des paroles du patient
QS18 L'importance de réussir à susciter la confiance du patient dans la relation de soins
QS19 Aux qualités humaines de gentillesse que demande la relation de soins
QS20 L'importance d'être attentif aux ressentis et aux émotions du patient
QS21 Au fait que la relation de soin demande de savoir prendre le temps
QS22 L'importance de savoir établir une relation de soins dans climat de confiance
QS23A Adopter une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère
QSA4 L'importance de bien se connaître soi-même
QS25 L'importance de prendre en compte les croyances du patient
QS26 Savoir gérer ses propres émotions
QS27 Avoir une aptitude à encourager les questions et à y répondre
QS28 Une posture de bienveillance de la part du soignant
QS29 L'importance de savoir reconnaître les problématiques du patient
QS30 Avoir l'aptitude à faire confiance au patient dans la relation
QS31 Au fait que le soignant doit être attentif à ses propres émotions

Pour répondre aux questions spécifiques QS, nous avons utilisé une échelle numérique graduée de type analogique. Elle débute à 1, ce chiffre correspond à une réponse « pas du tout » au critère proposé. Elle se termine à 10, ce chiffre correspond à une réponse « tout à fait » au critère

proposé. L'étudiant choisi une cotation entre 1 et 10 pour se rapprocher le plus possible de la perception qu'il a face à l'affirmation qu'il lit. C'est une évaluation subjective des critères de la relation par l'étudiant IPA lui-même.

-la dernière partie du questionnaire avait pour objet de choisir les trois principaux critères, issus des questions spécifiques, qui feraient qu'une IPA a une attitude relationnelle qui puisse favoriser l'observance thérapeutique du patient.

## 2.7 Le logiciel d'analyse

L'analyse statistique a été réalisée par Mr Laurent Benarbia, statisticien, qui a été contacté en amont du lancement de l'étude et qui avait validé le questionnaire et le plan d'analyse. Il a utilisé le logiciel « SPAD » de la société d'analyse COHERIS. L'analyse de l'étude a été effectuée sur la période du 15 mars au 20 avril 2022. Les supports de communication utilisés ont été majoritairement des visio-conférences réunissant le directeur de mémoire, le statisticien et moi-même.

## 3 Résultats

Dans cette section du mémoire, nous présenterons les résultats en les commentant, une discussion générale des données étant présentée dans la section suivante.

### 3.1 Taux de réponses

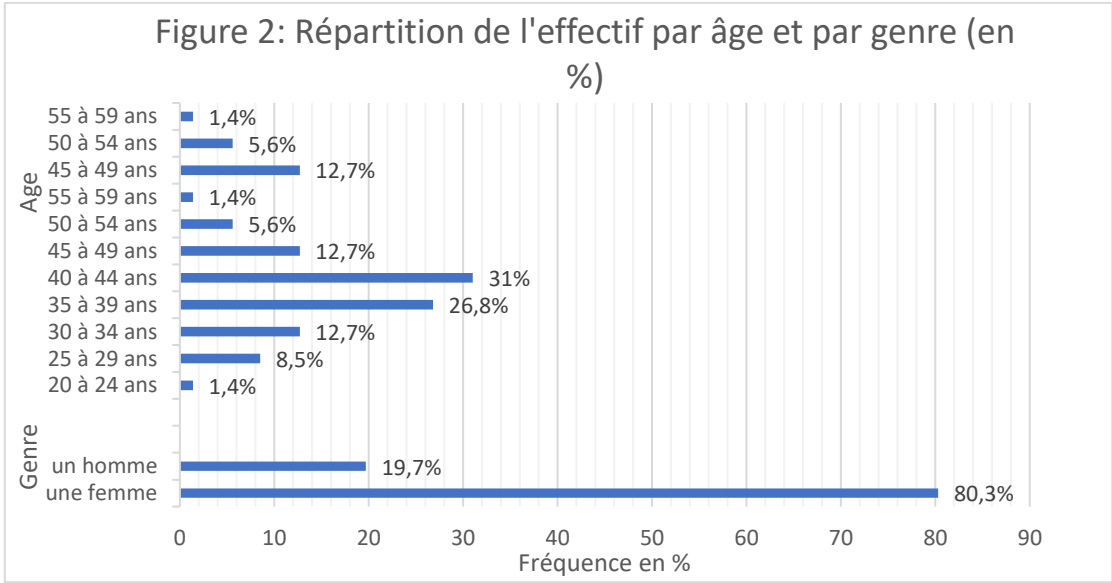
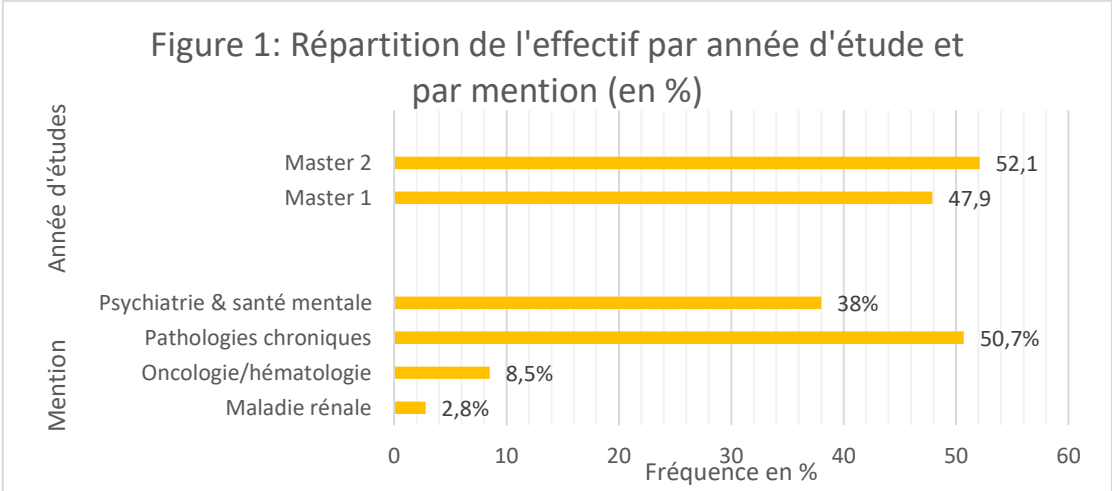
A la date de clôture prévue de l'étude le mardi 08 mars, je comptabilisais 66 réponses au questionnaire. J'ai effectué une relance le lendemain qui a permis de majorer ce taux. L'effectif final est donc de 71 réponses sur 83 questionnaires envoyés, 12 étudiants n'ayant pas répondu au questionnaire. Le taux de participation des étudiants s'élève donc à 85,5%.

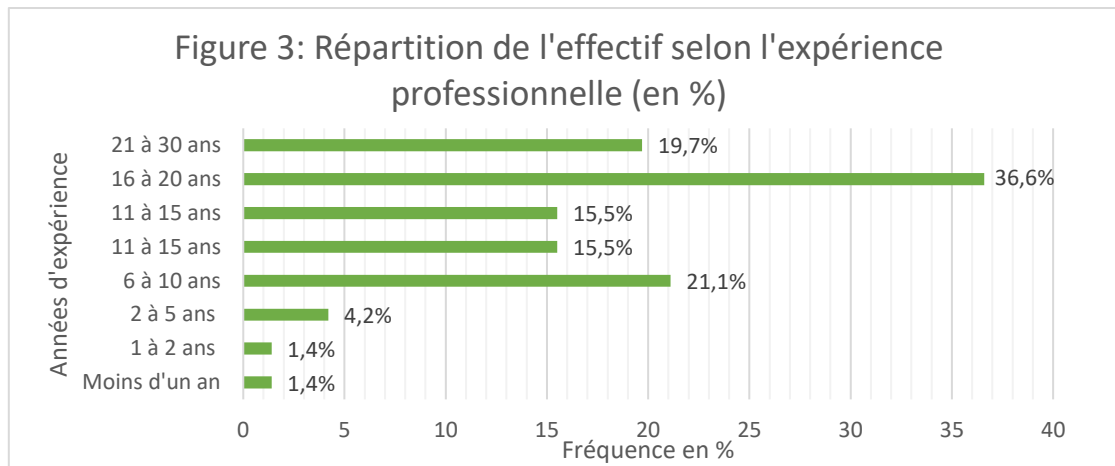
### 3.2 Données socio-démographiques

Notre échantillon est composé d'étudiants IPA en première ou en deuxième année, désignés ci-après par Master 1 et Master 2. La Figure 1 montre leur répartition selon leur année d'étude et leur choix de spécialisation. Il apparaît qu'une majorité de l'effectif suit la mention pathologies chroniques stabilisés (n=36 soit 50,7%). Les figures suivantes (Figures 2 et 3) permettent une visualisation de leur répartition selon leur âge, leur genre, et leur expérience professionnelle. On constate que l'âge des étudiants qui composent notre échantillon d'étude s'étend de 20 à 59 ans, ce qui donne donc un échantillon assez hétérogène pour cette caractéristique. Notons également que l'échantillon est représenté par une majorité de femmes (n=57 soit 80,3%) et



que notre échantillon est constitué d'étudiants ayant une expérience professionnelle significative.





### 3.3 Descriptif des réponses aux questionnaires QGA, QGB, QGC

Le tableau ci-dessous décrit la moyenne, l'écart-type, les valeurs minimales et maximales, et la médiane des scores donnés par les 71 participants aux questions générales QGA, QGB et QGC.

Variables	Effectif	Moyenne	Écart-type (N-1)	Mini	Maxi	Médiane
QGA-Avant de commencer vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e à ce qui compose la relation de soins ?	71	3,8	2,6	1	10	3
QGB-A la fin de vos études IDE, et de façon générale, pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à la relation de soignant/soigné ?	71	6,0	1,9	1	10	6
QGC-Aujourd'hui, vous sentez-vous en capacité d'appliquer les composantes d'une relation de soins ?	71	8,9	1,0	5	10	9

### 3.4 Descriptif des réponses aux questions spécifiques QS des questionnaires QA, QB et QC

Les trois tableaux suivants décrivent les mêmes paramètres pour les réponses à chacune des 31 questions spécifiques, obtenues dans les questionnaires QA, QB, QC.

### 3.4.1 QA : Avant de commencer vos études IDE

Avant de commencer vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.é...	Effectif	Moyenne	Écart-type (N-1)	Mini	Maxi	Médiane
QSA1 A ce qui compose la relation de soins ?	71	3,8	2,6	1	10	3
QSA2 A la communication verbale ?	71	5,4	2,7	1	10	6
QSA3 A l'empathie ?	71	5,3	3,1	1	10	6
QSA4 A la notion d'intuition dans la relation de soins ?	71	2,8	2,1	1	10	2
QSA5 A l'écoute active ?	71	3,2	2,4	1	10	2
QSA6 A la communication non verbale ?	71	4,5	2,8	1	10	4
QSA7 A l'importance d'apporter des informations pertinentes au patient ?	71	4,5	2,6	1	10	5
QSA8 Au fait que prendre en compte les besoins du patient faisait partie intégrante de la relation ?	70	4,6	2,5	1	10	5
QSA9 A l'importance d'avoir un espace entre collègues pour pouvoir verbaliser le vécu de la relation de soins ?	71	3,1	2,2	1	10	3
QSA10 A l'importance d'avoir une attitude sincère envers le patient ?	71	5,8	2,7	1	10	6
QSA11 A l'importance d'avoir une juste proximité dans la relation au patient ?	71	4,7	2,6	1	10	5
QSA12 A la notion d'engagement du soignant dans la relation de soins ?	71	4,4	2,7	1	10	4
QSA13 A l'importance de prendre en compte les émotions du patient ?	69	5,6	2,7	1	10	6
QSA14 A l'importance de tenir compte des préférences du patient?	71	4,8	2,6	1	10	5
QSA15 A la possibilité de passer la main en cas de difficultés relationnelles avec un patient ?	71	3,5	2,5	1	10	3
QSA16 A l'importance d'accueillir le patient sans a priori ?	70	5,4	2,8	1	10	5
QSA17 A la technique de reformulation des paroles du patient ?	70	2,8	2,1	1	10	2
QSA18 A l'importance de réussir à susciter la confiance du patient dans la relation de soins ?	71	4,5	2,6	1	10	5
QSA19 Aux qualités humaines de gentillesse que demande la relation de soins ?	71	6,5	2,7	1	10	7
QSA20 A l'importance d'être attentif aux ressentis et aux émotions du patient ?	71	5,9	2,7	1	10	6
QSA21 Au fait que la relation de soin demande de savoir prendre le temps ?	71	4,9	2,5	1	10	5
QSA22 A l'importance de savoir établir une relation de soins dans climat de confiance ?	70	5,0	2,5	1	10	5
QSA23 A adopter une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère ?	71	5,0	2,5	1	10	5
QSA24 A l'importance de bien se connaître soi-même ?	71	4,0	2,8	1	10	4
QSA25 A l'importance de prendre en compte les croyances du patient ?	71	5,3	2,8	1	10	5
QSA26 A savoir gérer vos propres émotions ?	71	4,9	2,7	1	10	5
QSA27 A avoir une aptitude à encourager les questions et à y répondre ?	71	4,0	2,2	1	9	4
QSA28 A la posture de bienveillance de la part du soignant ?	71	5,7	2,6	1	10	6
QSA29 A l'importance de savoir reconnaître les problématiques du patient ?	71	4,7	2,6	1	10	4
QSA30 A avoir l'aptitude à faire confiance au patient dans la relation ?	71	4,2	2,3	1	9	4
QSA31 Au fait que le soignant devait être attentif à ses propres émotions ?	71	3,9	2,5	1	10	4

### 3.4.2 QB : A la fin de vos études IDE

A la fin de vos études IDE, pensez-vous avoir été suffisamment formé.e...	Effectif	Moyenne	Écart-type (N-1)	Mini	Maxi	Médiane
QSB1 A la relation soignant/soigné ?	71	6,1	2,0	1	10	6
QSB2 A faire preuve d'empathie ?	71	6,3	2,2	1	10	6
QSB3 A l'importance de se connaître soi-même pour la pratique relationnelle ?	71	5,2	2,5	1	10	5
QSB4 A la communication non verbale ?	71	5,9	2,3	1	10	6
QSB5 A adopter la juste proximité avec le patient ?	71	5,9	2,2	1	10	6
QSB6 A la technique de reformulation des paroles du patient?	71	5,7	2,4	1	10	6
QSB7 Aux qualités humaines de gentillesse nécessaires à la relation de soins ?	71	6,8	2,2	1	10	7
QSB8 A prendre en compte les émotions du patient ?	71	6,5	2,2	1	10	7
QSB9 A passer la main en cas de difficultés dans la relation de soins ?	71	6,0	2,2	1	10	6
QSB10 A prendre en considération les préférences du patient ?	70	6,3	1,9	1	10	6
QSB11 A faire preuve d'intuition dans la relation de soins ?	71	5,2	2,2	1	10	5
QSB12 A adopter une attitude sincère envers le patient ?	71	6,7	2,1	1	10	7
QSB13 A la communication verbale ?	71	6,7	2,0	1	10	7
QSB14 A apporter des informations pertinentes au patient ?	71	6,5	2,0	1	10	7
QSB15 A savoir gérer vos émotions ?	71	5,1	2,2	1	10	5
QSB16 A adopter une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère ?	71	6,1	2,1	1	10	6
QSB17 A encourager les questions des patients et à y répondre ?	71	5,8	2,0	1	9	6
QSB18 Au fait que la relation de soin demande de prendre le temps ?	71	6,2	2,2	1	10	7
QSB19 A reconnaître les problématiques du patient ?	71	6,6	1,8	1	10	7
QSB20 A accueillir le patient sans a priori ?	70	7,2	2,1	1	10	7
QSB21 A être attentif à vos propres émotions ?	71	5,0	2,4	1	10	5
QSB22 A savoir instaurer un climat de confiance ?	71	6,6	1,8	1	10	7
QSB23 A l'aptitude de susciter la confiance du patient ?	71	6,2	1,8	1	10	6
QSB24 A l'écoute active?	71	6,1	2,3	1	10	6
QSB25 A prendre en compte les besoins des patients ?	71	7,0	2,0	1	10	7
QSB26 A adopter une attitude bienveillante envers le patient?	71	7,4	1,7	1	10	8
QSB27 A avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation ?	71	4,9	2,2	1	10	5
QSB28 A vous engager dans la relation de soins ?	71	6,1	1,8	1	10	6
QSB29 A prendre en compte le ressenti et la formulation des émotions du patient ?	71	5,8	1,9	1	10	6
QSB30 A l'aptitude soignante de confiance envers le patient?	71	5,9	2,0	1	10	6
QSB31 A considérer les croyances du patient ?	71	6,6	2,1	1	10	7

### 3.4.3 QC : Aujourd'hui

Aujourd'hui, vous sentez vous suffisamment capable...	Effectif	Moyenne	Écart-type (N-1)	Mini	Maxi	Médiane
QSC1 D'appliquer les composantes d'une relation de soins ?	71	8,9	1,1	5	10	9
QSC2 D'accueillir le patient sans a priori ?	71	9,3	0,9	6	10	10
QSC3 D'être sincère face au patient ?	71	9,3	0,8	7	10	10
QSC4 D'avoir une aptitude de confiance envers le patient ?	71	8,9	1,2	5	10	9
QSC5 D'avoir une écoute active ?	71	9,4	0,9	6	10	10
QSC6 D'être attentif à vos propres émotions ?	71	8,3	1,5	3	10	9
QSC7 De prendre en considération les préférences du patient ?	71	9,3	0,8	7	10	9
QSC8 D'avoir une communication non-verbale adaptée ?	71	8,8	1,4	3	10	9
QSC9 D'avoir une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère ?	71	8,6	1,5	1	10	9
QSC10 De créer un espace entre collègues pour verbaliser le vécu de la relation ?	71	8,6	1,4	5	10	9
QSC11 D'avoir une attitude bienveillante envers le patient ?	71	9,5	0,7	7	10	10
QSC12 De prendre le temps pour la relation de soins ?	71	9,1	1,1	6	10	9
QSC13 De vous engager dans la relation de soins ?	71	9,3	1,0	7	10	10
QSC14 De prendre en compte les besoins des patients ?	71	9,5	0,7	7	10	10
QSC15 De passer la main en cas de difficultés ?	71	9,2	1,0	7	10	10
QSC16 De prendre en considération les croyances du patient ?	70	9,4	0,8	7	10	10
QSC17 D'avoir une communication verbale adaptée ?	71	9,3	0,9	6	10	10
QSC18 D'adopter une juste proximité face au patient ?	71	8,9	1,1	5	10	9
QSC19 De reformuler les paroles du patient ?	71	9,2	1,0	5	10	9
QSC20 D'apporter des informations pertinentes au patient ?	71	8,8	1,1	4	10	9
QSC21 De susciter la confiance du patient dans la relation de soins ?	71	9,1	0,9	7	10	9
QSC22 D'instaurer un climat de confiance ?	71	9,3	0,9	7	10	10
QSC23 De reconnaître les problématiques du patient ?	71	8,9	1,1	4	10	9
QSC24 De reconnaître et formuler les émotions et les ressentis du patient ?	71	8,8	1,2	4	10	9
QSC25 D'avoir une attitude de qualité humaine de gentillesse envers le patient ?	71	9,6	0,7	7	10	10
QSC26 De faire preuve d'intuition ?	71	8,8	1,1	5	10	9
QSC27 De bien vous connaître ?	71	8,7	1,5	1	10	9
QSC28 D'avoir une attitude empathique ?	71	9,5	0,7	8	10	10
QSC29 De considérer les émotions du patient ?	71	9,3	0,9	6	10	10
QSC30 D'avoir l'aptitude à encourager les questions du patient et à y répondre ?	71	9,1	1,1	4	10	9
QSC31 De gérer vos propres émotions ?	70	8,6	1,3	3	10	9

### 3.5 Descriptif des réponses pour les 3 principaux critères relationnels qui favoriseraient l'adhésion du patient

Les trois tableaux suivants donnent le nombre de cas où un critère donné était présenté en premier, deuxième ou troisième choix.

#### 3.5.1 Critère choisi comme 1<sup>er</sup> critère

Modalités	Effectifs	Pourcentages
Avoir la juste proximité face au patient	1	1,4%
Avoir une attitude empathique	1	1,4%
Être dans une posture d'écoute active	4	5,6%
Instaurer un climat de confiance	20	28,2%
La communication verbale	1	1,4%
La considération des préférences du patient	2	2,8%
La prise en compte des besoins du patient	5	7,0%
La reconnaissance des problématiques du patient	1	1,4%
Le fait de prendre son temps pour la relation	15	21,1%
Le ressenti et la formulation des émotions du patient	4	5,6%
L'accueil du patient sans a priori	5	7,0%
L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)	1	1,4%
L'aptitude à avoir confiance dans le patient	1	1,4%
L'aptitude à encourager les questions et à y répondre	1	1,4%
L'aptitude à susciter la confiance du patient	2	2,8%
Une attitude bienveillante envers le patient	4	5,6%
Une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère	1	1,4%
Une attitude sincère envers le patient	1	1,4%
Vous engager dans la relation	1	1,4%
Ensemble	71	100,0%

#### 3.5.2 Critère choisi comme 2<sup>ème</sup> critère

Modalités	Effectifs	Pourcentages
Avoir la juste proximité face au patient	1	1,4%
Avoir une attitude empathique	9	12,7%
Avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation	1	1,4%
Être attentif à vos émotions	1	1,4%
Être dans une posture d'écoute active	5	7,0%
Instaurer un climat de confiance	10	14,1%
La communication verbale	3	4,2%
La considération des croyances du patient	1	1,4%

La considération des émotions du patient	3	4,2%
La considération des préférences du patient	2	2,8%
La prise en compte des besoins du patient	5	7,0%
La reconnaissance des problématiques du patient	7	9,9%
Le fait de prendre son temps pour la relation	8	11,3%
Le ressenti et la formulation des émotions du patient	2	2,8%
L'accueil du patient sans a priori	2	2,8%
L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)	2	2,8%
L'aptitude à encourager les questions et à y répondre	1	1,4%
L'aptitude à susciter la confiance du patient	1	1,4%
Une attitude bienveillante envers le patient	3	4,2%
Une attitude sincère envers le patient	1	1,4%
Vous engager dans la relation	3	4,2%
Ensemble	71	100,0%

### 3.5.3 Critère choisi comme 3<sup>ème</sup> critère

Modalités	Effectifs	Pourcentages
Avoir la juste proximité face au patient	1	1,4%
Avoir une attitude empathique	4	5,6%
Être attentif à vos émotions	2	2,8%
Être dans une posture d'écoute active	3	4,2%
Instaurer un climat de confiance	6	8,5%
La capacité à faire preuve d'intuition	1	1,4%
La communication non verbale	1	1,4%
La communication verbale	2	2,8%
La considération des croyances du patient	2	2,8%
La considération des émotions du patient	1	1,4%
La considération des préférences du patient	2	2,8%
La prise en compte des besoins du patient	4	5,6%
La reconnaissance des problématiques du patient	7	9,9%
Le fait de prendre son temps pour la relation	8	11,3%
Le ressenti et la formulation des émotions du patient	4	5,6%
L'accueil du patient sans a priori	3	4,2%
L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)	4	5,6%
L'aptitude à avoir confiance dans le patient	1	1,4%
L'aptitude à encourager les questions et à y répondre	4	5,6%
L'aptitude à susciter la confiance du patient	2	2,8%
Passer la main en cas de difficultés	1	1,4%
Une attitude bienveillante envers le patient	2	2,8%
Une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère	1	1,4%
Une attitude sincère envers le patient	2	2,8%
Vous engager dans la relation	3	4,2%
Ensemble	71	100,0%

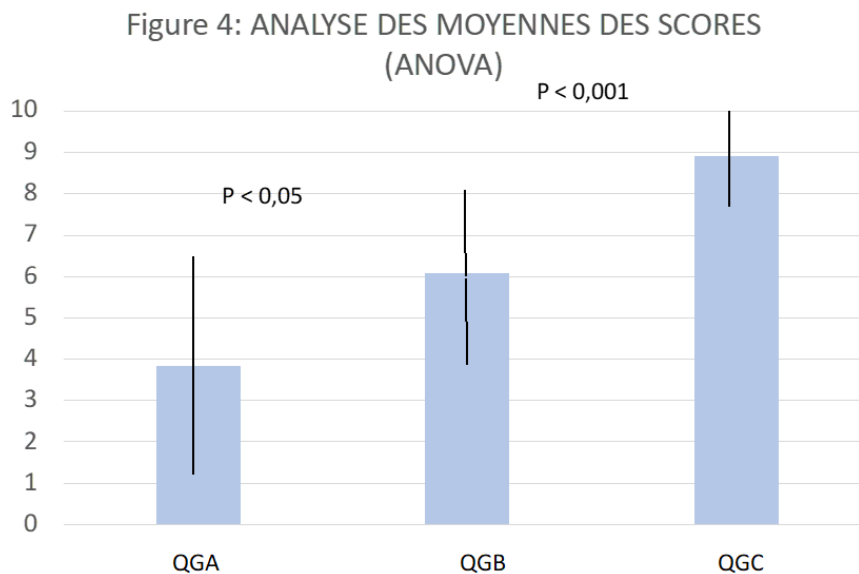
## 4 Analyse

A la suite de cette description des réponses obtenues, nous présentons maintenant les analyses statistiques qui vont permettre de répondre aux questions posées, en particulier l'effet des études d'infirmières et du niveau de master (première année, Master 1, ou deuxième année, Master2)

### 4.1 Analyse des questions générales QGA, QGB et QGC

#### 4.1.1 Analyse des scores

Le tableau présenté dans la section 8.3., représentait les moyennes, écart-types, et médianes des scores obtenus sur l'échelle analogique pour les questions générales QGA, QGB et QGC. Ces résultats ont été comparés par une analyse de variance (Anova).



QGA=Avant de commencer vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e à ce qui compose la relation de soins ?

QGB=A la fin de vos études IDE, et de façon générale, pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à la relation de soignant/soigné?

QGC=Aujourd'hui, vous sentez-vous en capacité d'appliquer les composantes d'une relation de soins ?

Les 3 questions ne sont pas identiques, mais elles ont en commun de porter sur la sensibilisation à ce qui compose une relation de soin. Il est donc légitime de tenter une comparaison des scores moyens des réponses. Comme le montre la Figure 4, la moyenne des scores augmente significativement selon la période ciblée, puisque la moyenne des réponses à QGA (avant les études IDE) est inférieure à la moyenne des réponses à QGB (à la sortie des études IDE), qui elle-même est inférieure à la moyenne de QGC (aujourd'hui). Un élément qui valide cette conclusion est la diminution de l'écart-type (représenté par les barres noires) au fur et à mesure que la moyenne augmente. Le calcul de la P-value (« P ») donne la probabilité de faire une erreur en rejetant l'hypothèse nulle (il n'y a pas de différence). Il apparaît que le degré de

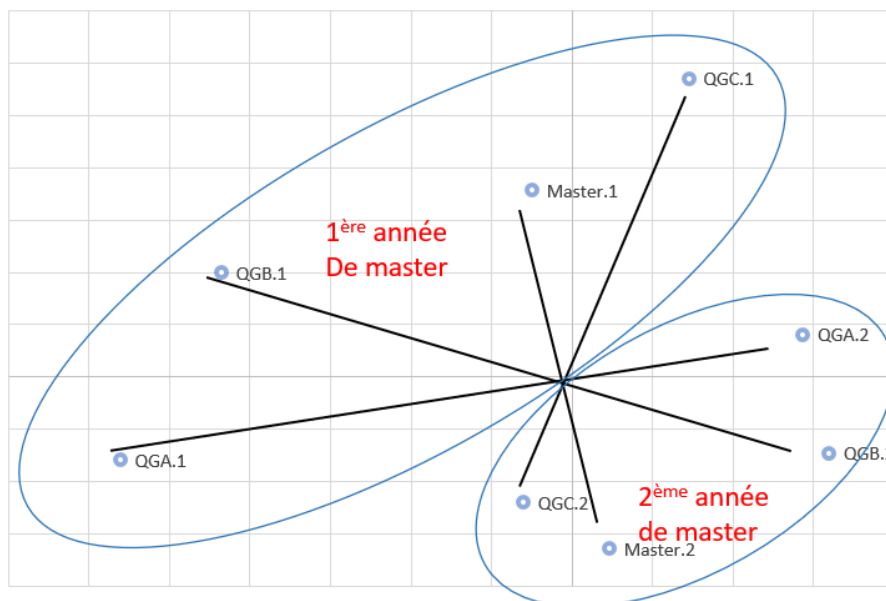


signification statistique est remarquablement élevée en ce qui concerne la comparaison des scores moyens de QGB et QGC, ce qui pourrait être en rapport avec l'effet pédagogique de la formation d'IPA.

#### 4.1.2 Analyse en correspondances multiples

Une autre technique d'analyse a été utilisée : l'analyse de correspondances multiples (ACM). Cette méthode utilise la projection sur un plan à deux dimensions des réponses à différentes questions, définies par leurs coordonnées dans l'espace. Ceci permet de découvrir des associations entre ces réponses, puisque la proximité des points reflète leur association. Dans cette première ACM, nous avons analysé la médiane des réponses aux questions QGA, QGB et QGC et le niveau d'études. Les réponses QGA, QGB et QGC sont dichotomisées en fonction de leur médiane. 1 correspond à une réponse en dessous de la médiane, c'est-à-dire moins sensible aux critères de la relation de soin et 2 correspond à une réponse au-dessus de la médiane, c'est-à-dire plus sensible aux critères de la relation de soin.

Figure 5: ACM niveau d'études et réponses à QGA, QGB, QGC



Grâce à cette méthode (Figure 5), nous pouvons visualiser que le point « Master 1 » est associé aux points QGA1, QGB1 et QGC1 (en dessous de la médiane – moins bonne sensibilisation), alors que nous observons le point « Master 2 » autour des points QGA2, QGB2 et QGC2 (au-dessus de la médiane – meilleure sensibilisation). À la vue de cette tendance, notamment en ce qui concerne la question QGC (QGC=Aujourd'hui, vous sentez-vous en capacité d'appliquer les composantes d'une relation de soins ?), nous pouvons mettre en lien la formation Master

IPA et le renforcement des compétences relationnelles des soignants qui suivent cette formation, et de les rendre ainsi plus sensibles aux critères de la relation de soin.

#### 4.1.3 Analyse de l'existence d'une corrélation entre les réponses QGC et les réponses QGB

La figure 6 représente les valeurs des réponses QGB en ordonnées et les valeurs des réponses QGC en abscisses, afin de déterminer s'il existe une corrélation entre les scores des deux variables QGC et QGB, c'est-à-dire si les capacités relationnelles actuelles de la population étudiée (QGC) sont dépendantes de l'effet de la formation suivie (QGB). La Figure 6 montre la droite de régression avec son équation et le calcul du coefficient R de Spearman, qui est  $R=0.194$ . Nous pouvons donc évoquer une tendance à l'existence d'une corrélation entre QGB et QGC, même si cette tendance n'atteint pas le seuil statistique de significativité de  $p < 0,05$ . En effet, le coefficient de 0.194 observé pour  $n=71$  donne une probabilité de  $p < 0,10$  (tendance) de rejeter l'hypothèse nulle (absence de corrélation) puisqu'une valeur de  $R=0.1954$  donne une valeur de  $p < 0.10$  pour  $n=70$ .

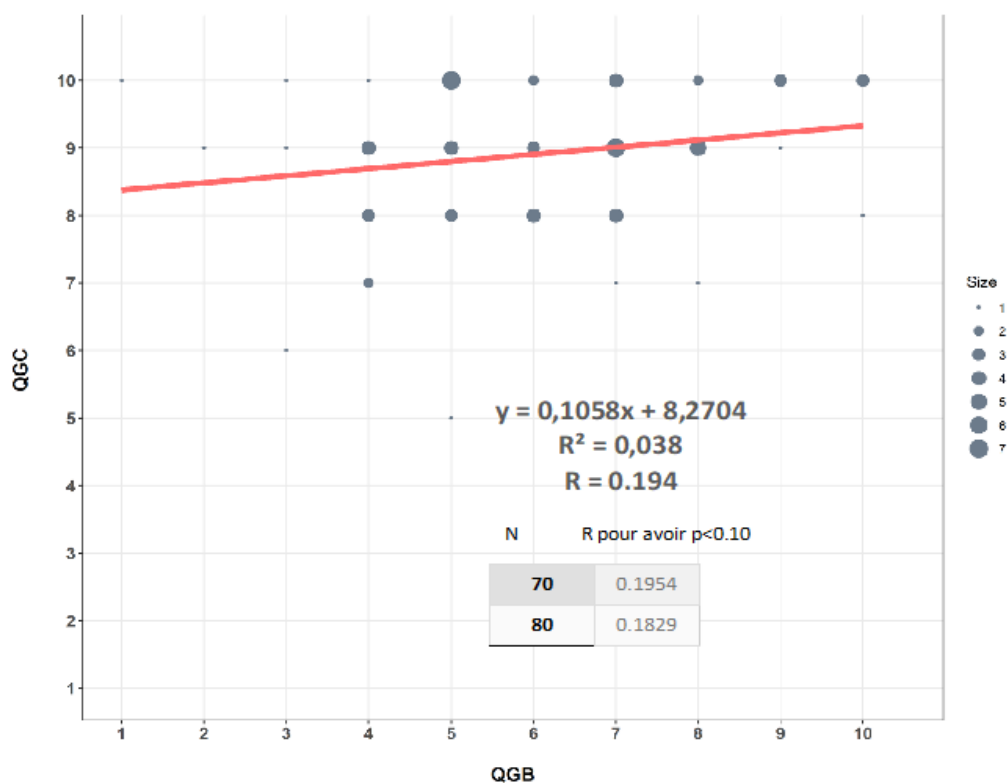


Figure 6: Corrélation QGC vs QGB

L'effectif est de  $n=71$ . La taille des points donne les tailles des effectifs pour chaque couple QGC-QGB (par exemple 7 personnes ont répondu 10 à QGC et 5 à QGB).

## 4.2 Déterminants des réponses aux questions générales QG : influences respectives des réponses aux questions spécifiques QS

Pour rappel, nous disposons des réponses à trois questionnaires A, B et C, pour lesquels nous avons une question générale QG et 31 questions spécifiques QS réunissant des critères que nous avons définis comme composantes de la relation de soin.

Pour chacune des questions générales QGA, QGB et QGC, la stratégie de l'analyse a compris deux étapes. La première a consisté à rechercher par une analyse univariée le poids respectif des questions spécifiques QS1, QS2, QS3 etc. Ceci est réalisé par des tests chi-2, et les valeurs du test permettent de les classer par ordre d'importance. La deuxième a consisté à réaliser une Analyse en Correspondances Multiples entrant dans l'analyse les scores obtenus à la question générale QG et les scores aux différentes questions spécifiques QS, dont la liste est rappelée ci-dessous.

### Les composantes de la relation de soin

#### L'importance

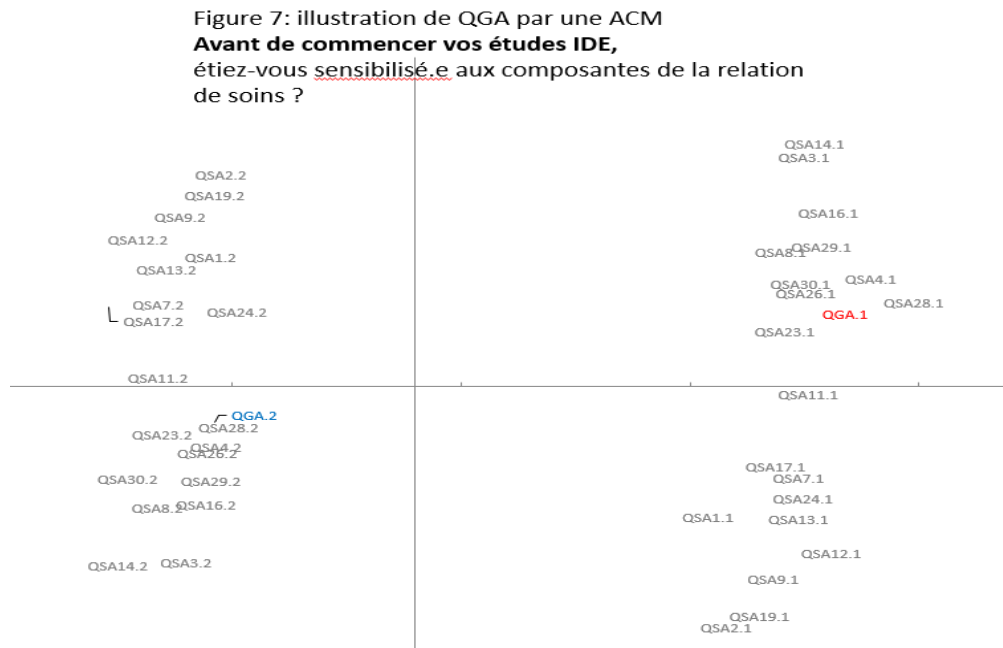
- QS 1- De la communication verbale
- QS 2- De l'empathie
- QS 3- De la notion d'intuition dans la relation de soins
- QS 4- De l'écoute active
- QS 5- De la communication non verbale
- QS 6- D'apporter des informations pertinentes au patient (pathologie, traitement, conseils...)
- QS 7- De prendre en compte les besoins du patient faisant partie intégrante de la relation
- QS 8- D'avoir un espace entre collègues pour pouvoir verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation de soins
- QS 9- D'avoir une attitude sincère envers le patient
- QS 10- D'adopter une juste proximité dans la relation au patient
- QS 11- De la notion d'engagement du soignant dans la relation de soins
- QS 12- De prendre en compte les émotions du patient
- QS 13- De tenir compte des préférences du patient
- QS 14- De la possibilité de passer la main en cas de difficultés relationnelles avec un patient
- QS 15- D'accueillir le patient sans avoir d'a priori
- QS 16- De la technique de reformulation des paroles du patient
- QS 17- De réussir à susciter la confiance du patient dans la relation de soins
- QS 18- Des qualités humaines de gentillesse que demande la relation de soins
- QS 19- D'être attentif aux ressentis et aux émotions du patient
- QS 20- De savoir prendre son temps pour la relation de soin
- QS 21- De savoir établir un climat de confiance
- QS 22- D'adopter une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère
- QS 23- De bien se connaître soi-même
- QS 24- De prendre en compte les croyances du patient
- QS 25- De savoir gérer vos propres émotions
- QS 26- D'avoir une aptitude à encourager les questions et à y répondre
- QS 27- De la posture bienveillante du soignant
- QS 28- De savoir reconnaître les problématiques du patient
- QS 29- D'avoir l'aptitude à faire confiance au patient dans la relation

#### 4.2.1 Analyse du questionnaire QGA

Nous avons procédé à une analyse univariée des réponses à la question QGA en prenant les caractéristiques d'une réponse supérieure à la médiane (bonne sensibilisation) pour cette question générale. Cette analyse nous donne un classement des variables indépendantes les plus associées à QGA (variable dépendante) jusqu'à celles les moins associées. Les variables indépendantes les plus associées à QGA sont ici de passer la main en cas de difficultés, l'écoute active et la reformulation des paroles du patient.

<b>Classe : &gt;=Médiane (Effectif : 47 - Pourcentage : 66,20%)</b>		
Libellé de la variable	Valeur-Test	Probabilité
MQSA14-Avant de débiter vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e à la possibilité de passer la main en cas de difficultés relationnelles avec un patient?	4,854	0,000
MQSA4-Saviez-vous ce qu'était l'écoute active ?	4,560	0,000
MQSA16-Etiez-vous sensibilisé.e à la technique de reformulation des paroles du patient?	3,959	0,000
MQSA3-Etiez-vous sensibilisé.e à la notion d'intuition dans la relation de soins?	3,585	0,000
MQSA8-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir un espace entre collègues pour pouvoir verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation de soins?	3,581	0,000
MQSA1-Etiez-vous sensibilisé.e à la communication verbale?	3,407	0,000
MQSA2-Saviez-vous ce qu'était l'empathie ?	3,227	0,001
MQSA11-Etiez-vous sensibilisé.e à la notion d'engagement du soignant dans la relation de soins?	3,227	0,001
MQSA12-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance de prendre en compte les émotions du patient?	3,227	0,001
MQSA30-Etiez-vous sensibilisé.e au fait que le soignant devait être lui-même attentif à ses émotions?	2,879	0,002
MQSA9-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir une attitude sincère envers le patient?	2,706	0,003
MQSA29-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir l'aptitude à faire confiance au patient dans la relation?	2,394	0,008
MQSA19-Etiez-vous sensibilisé.e au fait de l'importance d'être attentif aux ressentis et aux émotions du patient?	2,368	0,009
MQSA17-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance de réussir à susciter la confiance du patient dans la relation de soins?	2,360	0,009
MQSA28-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance de savoir reconnaître les problématiques du patient?	2,308	0,011
MQSA26-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir une aptitude à encourager les questions et à y répondre?	2,213	0,013
MQSA7-Etiez-vous sensibilisé.e au fait que prendre en compte les besoins du patient faisait partie intégrante de la relation?	2,193	0,014
MQSA13-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance de tenir compte des préférences du patient?	2,193	0,014
MQSA24-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance de prendre en compte les croyances du patient?	2,065	0,019
MQSA23-Etiez-vous sensibilisé.e à l'importance de bien se connaître soi-même?	2,019	0,022

Pour illustrer ces résultats, nous avons fait une ACM. Sur la Figure 7, les réponses supérieures à la médiane (bonne sensibilisation) se situent à gauche (QGA2) alors que les réponses inférieures à la médiane (moins bonne sensibilisation) se situent à droite (QGA1). Nous pouvons observer que les points situés à gauche sont légèrement plus proches entre eux que les points situés à droite.



#### 4.2.2 Analyse du questionnaire QGB

Nous procédons de la même manière à une analyse univariée en prenant en compte les caractéristiques d'une réponse supérieure à la médiane, suivie d'une ACM. Nous remarquons qu'il y a davantage de variables indépendantes qui se situent au-dessus de la médiane que pour la QGA. Les variables indépendantes les plus associées à QGB (la variable dépendante) sont maintenant l'empathie, la juste proximité et la communication non verbale.

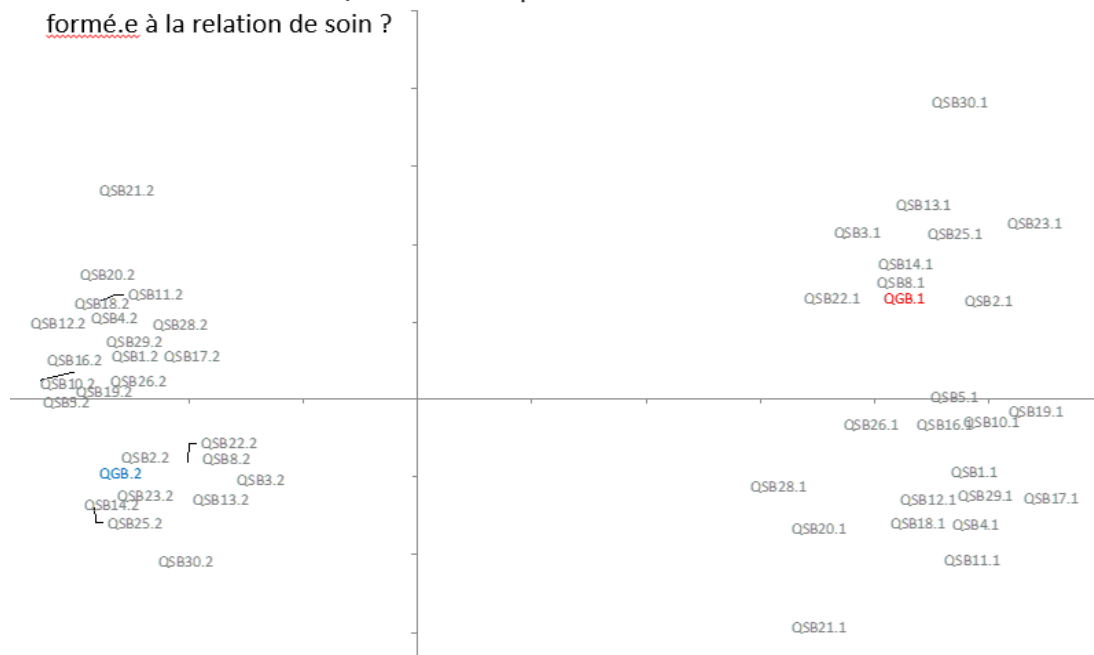
Classe : >=Médiane (Effectif : 41 - Pourcentage : 57,75%)		
Libellé de la variable	Valeur-Test	Probabilité
MQSB2-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à l'empathie?	6,554	0,000
MQSB10-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à l'adoption de la juste proximité avec le patient?	4,889	0,000
MQSB5-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à la communication non verbale?	4,652	0,000
MQSB17-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à l'aptitude à savoir susciter la confiance du patient?	4,328	0,000
MQSB25-Pensez-vous avoir été suffisamment sensibilisé.e à être attentif à vos propres émotions?	4,327	0,000
MQSB19-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à prendre en compte le ressenti et la formulation des émotions du patient?	4,053	0,000

MQSB23-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à l'importance de se connaître soi-même pour la pratique relationnelle?	4,037	0,000
MQSB14-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à la nécessité de passer la main en cas de difficultés dans la relation de soins ?	3,625	0,000
MQSB16-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à la technique de reformulation des paroles du patient?	3,625	0,000
MQSB29-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à l'aptitude soignante de confiance envers le patient?	3,536	0,000
MQSB30-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à savoir gérer vos émotions?	3,512	0,000
MQSB4-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à l'écoute active?	3,300	0,000
MQSB13-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à prendre en considération les préférences du patient?	3,244	0,001
MQSB18-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e aux qualités humaines de gentillesse nécessaires à la relation de soins?	3,124	0,001
MQSB1-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à la communication verbale?	3,027	0,001
MQSB11-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à vous engager dans la relation de soins?	3,027	0,001
MQSB12-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à prendre en compte les émotions du patient?	2,906	0,002
MQSB8-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation?	2,725	0,003
MQSB28-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à reconnaître les problématiques du patient?	2,693	0,004
MQSB26-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à encourager les questions des patients et à y répondre?	2,628	0,004
MQSB3-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à faire preuve d'intuition dans la relation de soins?	2,454	0,007
MQSB20-Pensez-vous avoir été suffisamment sensibilisé.e au fait que la relation de soin demande de prendre le temps?	2,275	0,011
MQSB22-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e au fait d'adopter une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère?	2,025	0,021
MQSB21-Pensez-vous avoir été suffisamment formé.e à savoir instaurer un climat de confiance?	1,994	0,023

La Figure 8 donne une représentation de ces données sous forme d'ACM :

Figure 8: QGB: illustration par une ACM

**A la fin de vos études IDE, sentiez-vous que vous avez été suffisamment formé.e à la relation de soin ?**



On notera à nouveau que la proximité des points de type 2 (supérieur à la médiane, bonne sensibilisation) est maintenant nettement plus importante que celle des points de type 1 (moins bonne sensibilisation).

#### 4.2.3 Analyse du questionnaire QGC

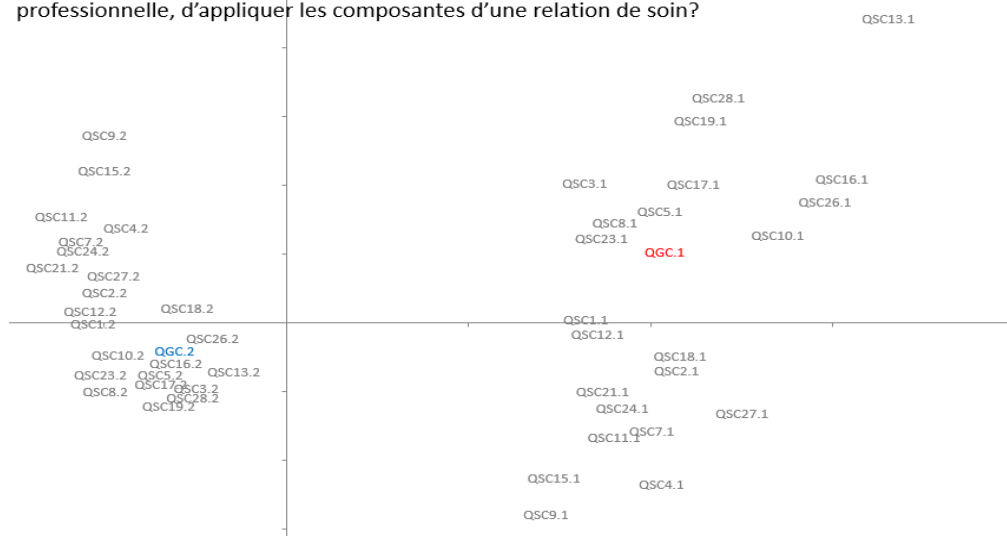
De la même façon, l'analyse univariée montre les réponses aux questions QS associées à une réponse supérieure à la médiane à la question QGC par ordre décroissant d'influence (valeur du test). Les variables les plus associées à la QGC sont maintenant la juste proximité, l'écoute active et la reconnaissance des problématiques du patient.

<b>Classe : &gt;=Médiane (Effectif : 50 - Pourcentage : 70,42%)</b>		
Libellé de la variable	Valeur-Test	Probabilité
MQSC10-Aujourd'hui, vous sentez-vous capable d'adopter une juste proximité face au patient ?	3,722	0,000
MQSC4-Vous sentez-vous capable d'avoir une écoute active ?	3,657	0,000
MQSC28-Vous sentez-vous capable de reconnaître les problématiques du patient ?	3,590	0,000
MQSC1-Vous sentez-vous capable d'avoir une communication verbale adaptée?	3,576	0,000
MQSC12-Vous sentez-vous en capacité de considérer les émotions du patient ?	3,576	0,000
MQSC19-Vous sentez-vous en capacité de reconnaître et de formuler les émotions et les ressentis du patient ?	3,512	0,000
MQSC2-Vous sentez-vous capable d'avoir une attitude empathique ?	3,478	0,000
MQSC27-Vous sentez-vous capable d'avoir une attitude bienveillante envers le patient ?	3,477	0,000
MQSC16-Vous sentez-vous en capacité de reformuler les paroles du patient ?	3,475	0,000
MQSC11-Vous sentez-vous en capacité de vous engager dans la relation de soins ?	3,418	0,000
MQSC8-Aujourd'hui, vous sentez-vous en capacité de créer un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation ?	3,305	0,000
MQSC15-Vous sentez-vous capable d'accueillir le patient sans a priori ?	3,262	0,001
MQSC13-Vous sentez-vous capable de prendre en considération les préférences du patient ?	3,252	0,001
MQSC26-Vous sentez-vous capable d'avoir l'aptitude à encourager les questions du patient et à y répondre ?	3,013	0,001
MQSC23-Aujourd'hui, vous sentez-vous suffisamment bien vous connaître ?	2,766	0,003
MQSC17-Vous sentez-vous en capacité d'avoir une aptitude de confiance envers le patient ?	2,760	0,003
MQSC9-Aujourd'hui, vous sentez-vous capable d'être sincère face au patient ?	2,712	0,003
MQSC21-Vous sentez-vous capable d'instaurer un climat de confiance ?	2,712	0,003
MQSC7-Vous sentez-vous capable de prendre en compte les besoins des patients ?	2,434	0,007
MQSC24-Vous sentez-vous capable de prendre en considération les croyances du patient ?	2,112	0,017
MQSC18-Vous sentez-vous capable d'avoir une attitude de gentillesse envers le patient ?	2,038	0,021
MQSC3-Vous sentez-vous capable de faire preuve d'intuition ?	2,029	0,021
MQSC5-Vous sentez-vous en capacité d'avoir une communication non-verbale adaptée ?	2,029	0,021

Ces données sont illustrées par l'ACM suivante (Figure 9) :

Figure 9: illustration de QGC par une ACM

**Aujourd'hui**, vous sentez-vous suffisamment capable, dans votre pratique professionnelle, d'appliquer les composantes d'une relation de soin?



On notera que la proximité des points de type 2 (supérieur à la médiane, bonne sensibilisation) est encore plus importante que celle des points de type 1 (moins bonne sensibilisation).

#### 4.3 Analyse de l'évolution des critères entre les questions QA, QB et QC

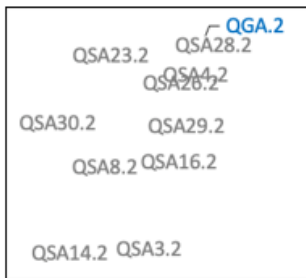
En ayant effectué les mêmes analyses pour les trois questionnaires, il apparaît que de QGA à QGC, les points de type 2 (bonne sensibilisation) se resserrent de plus en plus. Or l'Analyse en Correspondances Multiples repose sur le fait que plus les points se rapprochent, plus il y a des similitudes et des associations possibles.

Nous pouvons en déduire qu'il y a de plus en plus de critères présents et proches au fur et à mesure que les étudiants avancent dans la temporalité qui va de QA, QB et QC. Ceci peut être interprété comme un enrichissement progressif, par de nouveaux critères, de la conception d'une relation de soin adaptée. Cet enrichissement est illustré par les différentes couleurs utilisées sur la Figure 10, qui pourrait indiquer une avancée dans l'aptitude relationnelle au fur et à mesure de la temporalité décrite par notre questionnaire. Sur cette figure les couleurs vertes et bleues décrivent les aptitudes qui apparaissent entre les trois étapes de la formation. On notera aussi le rapprochement progressif des critères, ce qui peut être interprété comme un gain de cohérence.



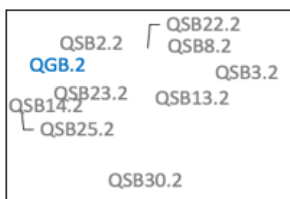
Figure 10 : Les critères les plus proches de QGA2, QGB2 et QGC2

Avant de commencer vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e aux composantes de la relation de soins ?



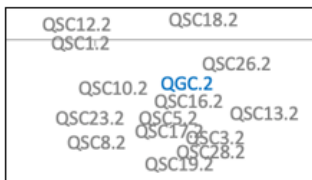
- QSA28-reconnaître les problématiques du patient
- QSA23-bien se connaître
- QSA29-susciter la confiance du patient dans la relation de soins
- QSA30-gérer ses propres émotions
- QSA16-capacité de reformuler les paroles du patient
- QSA8-créer un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation
- QSA3-faire preuve d'intuition
- QSA14-être en capacité de passer la main en cas de difficultés

A la fin de vos études IDE, sentiez-vous que vous avez été suffisamment formé.e à la relation de soins ?



- QSB22-être capable d'avoir une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère
- QSB2- être capable d'avoir une attitude empathique**
- QSB8-capable de créer un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation
- QSB23-suffisamment bien se connaître
- QSB3- faire preuve d'intuition
- QSB14-être en capacité de passer la main en cas de difficultés
- QSB13- être capable de prendre en considération les préférences du patient**
- QSB25-être attentif à vos propres émotions**
- QSB30-être capable de gérer vos propres émotions

Aujourd'hui, vous sentez-vous suffisamment capable, dans votre pratique professionnelle, d'appliquer les composantes d'une relation de soin



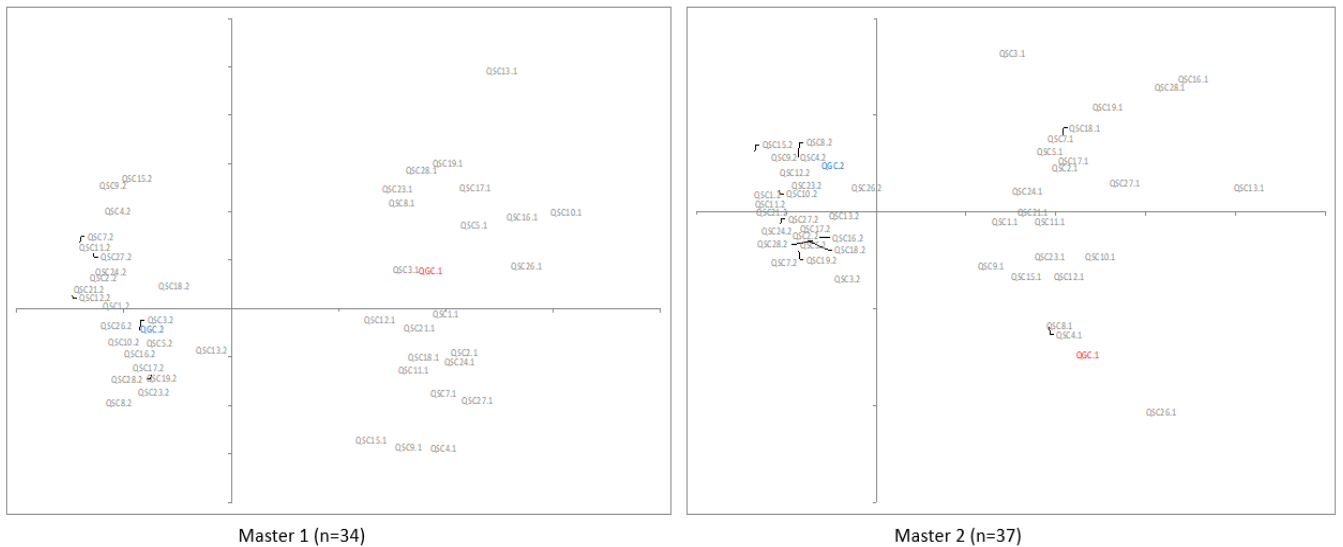
- QSC18-capable d'avoir une attitude de gentillesse envers le patient
- QSC12-capable de considérer les émotions du patient
- QSC1-capable d'avoir une communication verbale adaptée
- QSC26-aptitude à encourager les questions du patient et à y répondre
- QSC10-adopter une juste proximité face au patient
- QSC16-reformuler les paroles du patient
- QSC13-considérer les préférences du patient
- QSC23-suffisamment bien se connaître
- QSC5-communication non-verbale adaptée**
- QSC8-capacité de créer un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation
- QSC17-aptitude de confiance envers le patient
- QSC28-capable de reconnaître les problématiques du patient
- QSC19-reconnaître et de formuler les émotions et les ressentis du patient

#### 4.4 Croisement QGC et niveau de master

##### 4.4.1 Comparaison entre 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année de master IPA

La Figure 11 montre d'abord la répartition des critères en fonction de la médiane, la partie gauche des deux graphiques reflète les réponses aux questions spécifiques du questionnaire C supérieures à la médiane (QGC2) alors que la partie droite reflète les réponses inférieures à la médiane. Cette représentation suggère l'existence d'une proximité plus importante des points, et donc des critères de la relation de soin dans l'échantillon d'étude « master 2 » que dans l'échantillon « master 1 ».

Figure 11 QGC: Comparaison 1<sup>ère</sup> année et 2<sup>ème</sup> année de master via une ACM  
**Aujourd'hui**, vous sentez-vous suffisamment capable, dans votre pratique professionnelle, d'appliquer les  
 composantes d'une relation de soin?

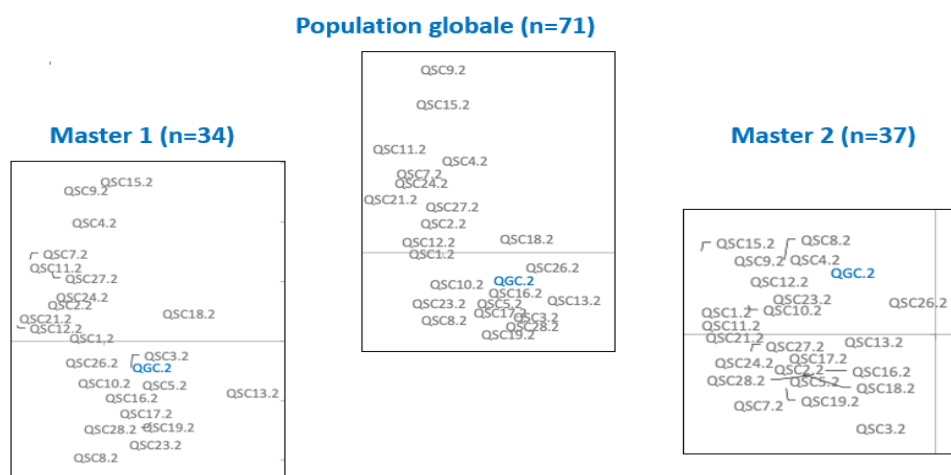


Si notre interprétation de ces données est exacte, ceci signifie que les étudiants en deuxième année de Master ont une vision plus cohérente des critères qui pourraient définir une aptitude à améliorer l'observance.

#### 4.4.2 Comparaison échantillonnage global de l'étude vs année de master

Ceci est montré sur la Figure 12, qui compare les données des deux groupes étudiants à la population générale.

Figure 12: comparaison QGC entre Master 1 et Master 2  
**QGC: Aujourd'hui**, vous sentez-vous suffisamment capable, dans votre pratique professionnelle d'appliquer les composantes d'une relation de soin? (Réponse 2 : au dessus de la médiane, donc oui)



## 4.5 Analyse de la dernière question : l'importance donnée par les étudiants aux différents critères susceptibles d'améliorer l'observance

### 4.5.1 Analyse de l'échantillon global

Figure 13: les critères apparaissant dans les 3 critères les plus importants n=71

Modalités	Tous critères	%	critère 1	critère 2	critère 3	Modalités	Score composite 3, 2, ou 1 point
Instaurer un climat de confiance	36	16,9%	20	10	6	Instaurer un climat de confiance	86
Le fait de prendre son temps pour la relation	31	14,6%	15	8	8	Le fait de prendre son temps pour la relation	69
La reconnaissance des problématiques du patient	15	7,0%	1	7	7	La prise en compte des besoins du patient	29
Avoir une attitude empathique	14	6,6%	1	9	4	Avoir une attitude empathique	25
La prise en compte des besoins du patient	14	6,6%	5	5	4	Être dans une posture d'écoute active	25
Être dans une posture d'écoute active	12	5,6%	4	5	3	La reconnaissance des problématiques du patient	24
Le ressenti et la formulation des émotions du patient	10	4,7%	4	2	4	L'accueil du patient sans a priori	22
L'accueil du patient sans a priori	10	4,7%	5	2	3	Le ressenti et la formulation des émotions du patient	20
Une attitude bienveillante envers le patient	9	4,2%	4	3	2	Une attitude bienveillante envers le patient	20
L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)	7	3,3%	1	2	4	Vous engager dans la relation	12
Vous engager dans la relation	7	3,3%	1	3	3	La considération des préférences du patient	12
La communication verbale	6	2,8%	1	3	2	L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)	11
La considération des préférences du patient	6	2,8%	2	2	2	La communication verbale	11
L'aptitude à encourager les questions et à y répondre	6	2,8%	1	1	4	L'aptitude à susciter la confiance du patient	10
L'aptitude à susciter la confiance du patient	5	2,3%	2	1	2	L'aptitude à encourager les questions et à y répondre	9
Une attitude sincère envers le patient	4	1,9%	1	1	2	Une attitude sincère envers le patient	7
La considération des émotions du patient	4	1,9%	0	3	1	La considération des émotions du patient	7
Avoir la juste proximité face au patient	3	1,4%	1	1	1	Avoir la juste proximité face au patient	3
Être attentif à vos émotions	3	1,4%	0	1	2	Être attentif à vos émotions	3
La considération des croyances du patient	3	1,4%	0	1	2	La considération des croyances du patient	3
L'aptitude à avoir confiance dans le patient	2	0,9%	1	0	1	L'aptitude à avoir confiance dans le patient	2
Une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère	2	0,9%	1	0	1	Une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère	2
Avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation	1	0,5%	0	1	0	Avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation	1
La capacité à faire preuve d'intuition	1	0,5%	0	0	1	La capacité à faire preuve d'intuition	1
La communication non verbale	1	0,5%	0	0	1	La communication non verbale	1
Passer la main en cas de difficultés	1	0,5%	0	0	1	Passer la main en cas de difficultés	1

Dans la colonne de gauche nous avons les résultats des 3 critères cités par l'ensemble de l'échantillon comme étant les plus importants pour la relation de soin dans son rôle de soutien de l'observance. Nous pouvons constater que les 3 principaux critères qui ressortent sont l'instauration d'une relation de confiance (16,9%), le fait de prendre son temps pour la relation (14,6%) ainsi que la reconnaissance des problématiques du patient (7%). Dans la colonne de droite, nous avons attribué trois points au critère lorsqu'il est placé en première position, deux points lorsqu'il est en seconde position et un point lorsqu'il est en 3<sup>ème</sup> position. Ceci permet de calculer un critère composite calculé comme  $(Ax3) + (Bx2) + (Cx1)$  où A, B et C représentent respectivement le nombre de fois où un critère a été désigné comme premier, deuxième ou troisième critère. Avec ce classement, les 3 critères cités par l'échantillon comme étant les plus importants pour la relation de soin dans l'observance sont l'instauration d'un climat de confiance (86 points), le fait de prendre son temps pour la relation (69 points) et de prendre en compte les besoins du patient (29 points).

#### 4.5.2 Analyse des sous-populations « master 1 » (n=34) et « master2 » (n=37)

Figure 14 : Établissement du choix des critères selon l'année d'études

Master 1		Master 2	
Instaurer un climat de confiance	42	Instaurer un climat de confiance	44
Le fait de prendre son temps pour la relation	37	Le fait de prendre son temps pour la relation	32
Le ressenti et la formulation des émotions du patient	17	La prise en compte des besoins du patient	20
Avoir une attitude empathique	13	Être dans une posture d'écoute active	16
La reconnaissance des problématiques du patient	12	Une attitude bienveillante envers le patient	13
L'accueil du patient sans a priori	12	Avoir une attitude empathique	12
Être dans une posture d'écoute active	9	La considération des préférences du patient	12
La prise en compte des besoins du patient	9	La reconnaissance des problématiques du patient	12
Vous engager dans la relation	9	L'accueil du patient sans a priori	10
L'aptitude à encourager les questions et à y répondre	8	L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)	9
Une attitude bienveillante envers le patient	7	L'aptitude à susciter la confiance du patient	7
La communication verbale	6	Avoir la juste proximité face au patient	5
La considération des émotions du patient	5	La communication verbale	5
Une attitude sincère envers le patient	4	Une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère	4
Être attentif à vos émotions	3	La considération des croyances du patient	3
L'aptitude à susciter la confiance du patient	3	Le ressenti et la formulation des émotions du patient	3
Avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation	2	L'aptitude à avoir confiance dans le patient	3
L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)	2	Une attitude sincère envers le patient	3
Avoir la juste proximité face au patient	1	Vous engager dans la relation	2
La capacité à faire preuve d'intuition	1	La considération des émotions du patient	2
La considération des croyances du patient	1	La communication non verbale	1
L'aptitude à avoir confiance dans le patient	1	Être attentif à vos émotions	1
La communication non verbale	0	L'aptitude à encourager les questions et à y répondre	1
La considération des préférences du patient	0	Passer la main en cas de difficultés	1
Passer la main en cas de difficultés	0	Avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation	0
Une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère	0	La capacité à faire preuve d'intuition	0

On a utilisé le même calcul du score prenant en compte l'ordre des critères (Ax3) + (Bx2) + (Cx1), en dichotomisant en deux catégories : master 1 à gauche et master 2 à droite. La Figure 14 nous montre le classement obtenu des critères d'importance selon l'année d'études de l'étudiant. Nous remarquons que les deux premiers critères les plus importants sont les mêmes pour ces deux populations : instaurer un climat de confiance et prendre le temps pour la relation, alors que le 3<sup>ème</sup> est différent. Pour la population « master 1 » le 3<sup>ème</sup> critère le plus important sera le ressenti et la formulation des émotions du patient, alors que pour la population « master 2 » le critère qui vient en 3<sup>ème</sup> position est la prise en compte des besoins du patient. Nous avons souligné les principales différences de positionnement des critères en les surlignant en bleu. Par exemple, la considération des préférences du patient obtient 12 points dans la population master 2, alors que ce critère n'a obtenu aucun point dans la population master 1.

## 5 Discussion

### 5.1 Principaux résultats de l'étude

L'objectif principal de cette recherche était d'analyser le concept de posture relationnelle de l'IPA, nouvel acteur de santé coopérant avec le médecin. Cette étude a mis en évidence un effet de l'enseignement sur la posture relationnelle, d'abord dans le cadre de l'obtention du diplôme

infirmier, puis dans le cadre du master IPA, mis en évidence par l'évolution significative de la posture relationnelle entre la première année d'enseignement et la seconde année.

Nos résultats montrent que la posture relationnelle, quantifiée par le score donné (de 1 à 10) à la question générale QG, qui évaluait la sensibilisation à la relation de soin avant de commencer les études d'infirmières (QGA), le sentiment d'avoir été suffisamment formé à la fin des études IDE, et la capacité actuelle (en Master) s'enrichit de manière progressive et très significative (Figure 4). Par ailleurs, la Figure 5 montre des différences selon l'année de master, les étudiant.e.s en deuxième année répondant plus souvent dans un sens de bonne sensibilisation. Concernant ce point, non seulement les étudiants en deuxième année se sentent plus aptes à appliquer les composantes d'une relation de soin (QGC) que les étudiants en première année, ce qui pourrait traduire un effet du Master, mais de plus, ils donnent un score plus élevé à ce qu'ils pensent de leur sensibilisation avant de commencer leurs études (QGA) ou à la fin de leurs études d'infirmières (QGB). L'interprétation de cette observation n'est pas évidente : elle peut traduire une différence entre les étudiant.e.s de des ces années (étudiants en 1<sup>ère</sup> ou en 2<sup>ème</sup> année), ou bien une association entre les valeurs données aux trois scores QGA, QGB et QGC. La Figure 6 montre une tendance à une telle association, n'atteignant pas le seuil de significativité, entre les scores QGC et QGB, déterminée sur l'effectif total des 71 sujets de l'étude.

Le deuxième élément intéressant qui ressort de cette étude provient de l'inspection des ACM réalisées sur les questions spécifiques QS aux trois étapes A (avant de commencer les études d'IDE), B (à la fin des études d'IDE) et C (en période de master). Rappelons que la méthode ACM permet de mesurer la proximité entre différents paramètres. L'inspection des Figures 7 (A), 8 (B) et 9 (C) montre clairement que la proximité entre les différentes constituantes d'une posture de relation de soin se resserrent progressivement. Ceci est clairement démontré sur la Figure 10 qui montre l'enrichissement progressif de ces différentes composantes. Nous interprétons ces données comme la mise en évidence d'un effet formateur d'abord des études IDE (entre A et B), puis du Master IPA (entre B et C) : le « resserrement » des critères sur les ACM pourrait traduire un gain de cohérence dans l'esprit des étudiant.e.s. Le même phénomène de resserrement de la proximité des réponses supérieur à la médiane est observé si on compare les étudiants en Master 1 et en en Master 2, ce qui suggère à nouveau un effet de la formation, cette fois-ci au niveau même du Master. Cependant cette dernière interprétation doit être prise avec prudence, car il s'agit d'une étude transversale (les étudiant.e.s ne sont pas les mêmes) et non longitudinale.

En résumé, notre hypothèse de départ, qui était l'acquisition progressive d'une posture relationnelle grâce au diplôme d'état infirmier et le renforcement de ces aptitudes avec l'enseignement du master IPA, a donc été validée.

Enfin, l'analyse des questionnaires montre que les 3 critères les plus souvent cités par l'échantillon comme étant les plus importants pour la relation de soin dans l'observance sont l'instauration d'un climat de confiance, le fait de prendre son temps pour la relation et de prendre en compte les besoins du patient. Ce résultat valide ainsi notre hypothèse d'une bonne prise de conscience de l'importance de la relation de confiance construite avec le patient.

## 5.2 En comparaison avec la littérature

En reprenant les trois critères cités par les étudiants comme étant les plus importants pour la relation de soin et pour ses effets sur l'observance, nous pouvons faire des liens avec des éléments retrouvés dans la littérature.

Tout d'abord le premier critère cité est l'instauration d'un climat de confiance. C'est un critère qui apparaît dans la littérature comme étant le fondement de toute relation et notamment dans toute relation de soin. L'étude de Hupcey et al., en 2001, explore le concept de confiance dans plusieurs domaines tels que la médecine, la sociologie, la psychologie ou les soins infirmiers. Dans le domaine de la médecine, les auteurs envisagent la confiance comme étant de faire passer l'intérêt du patient avant tout et expliquent que ce besoin de confiance est « *impérieux* » pour les patients, sous peine d'entrer dans une attitude de refus de soin. La confiance est suscitée par les qualités humaines du professionnel de santé, ses capacités relationnelles, son empathie, et son aptitude à s'adapter pour mettre en œuvre des décisions partagées. Elle est donc en lien direct avec l'observance thérapeutique. En nommant l'instauration d'un climat de confiance comme le premier critère de la relation de soin et de son effet bénéfique sur l'observance, les IPA montrent qu'ils ont une sensibilisation adaptée à ce lien entre confiance et observance. Ceci met en avant leur futur rôle prépondérant dans la construction d'une alliance thérapeutique avec les patients, en complémentarité avec l'équipe médicale.

Le second critère cité par les étudiants est de prendre son temps pour la relation. Citer ce critère en seconde position est intéressant, puisque le manque de temps est l'une des problématiques que rencontrent les médecins généralistes dans le système de soins actuel. Le travail de thèse de Ségolène d'Huart (d'Huart, 2016) qui portait sur le thème des obstacles rencontrés par les médecins généralistes à évaluer l'observance de leurs patients, expose dans l'analyse de ses résultats le manque de temps des médecins comme étant l'un des premiers obstacles

organisationnels à l'évaluation de l'observance. Or, sans être évaluée, cela semble difficile de mettre en place des actions pour améliorer l'observance. Notre étude met en avant que les IPA sont sensibles au fait que la relation demande de prendre le temps. Et ils disposeront de ce temps dont manquent les médecins généralistes, puisque le décret régissant la profession mentionne la réalisation de consultations longues permettant l'évaluation de l'état de santé global du patient, incluant les dimensions médico-psycho-sociales. Il en découle, de ce fait, la possibilité d'aborder l'observance thérapeutique avec les patients. Ces consultations seront faites en relais de consultations médicales, de manière complémentaire avec le médecin qui suit le patient.

Le critère désigné comme étant le troisième critère le plus important dans la relation de soin et de son effet sur l'observance diffère entre les étudiants de première année et ceux de deuxième année. Les étudiants de première année citent en 3<sup>ème</sup> critère le plus important le fait de reconnaître les émotions et les ressentis du patient tandis que les étudiants de seconde année citent la prise en compte des besoins du patient. Cette différence est tout à fait riche d'enseignement. D'une part, reconnaître les émotions et ressentis du patient est un élément important de la relation et d'autre part, prendre en compte les besoins du patient est aussi un élément important si on veut créer une alliance thérapeutique. En effet, si face à vous, vous avez un patient en colère, qui refuse un nouveau traitement par exemple, d'une part reconnaître et nommer l'émotion qui le traverse lui permet de verbaliser cette émotion. Mais si d'autre part, vous lui prescrivez tout de même ce nouveau traitement, vous allez à l'encontre de ce qu'il désire et qu'il exprime par le biais de cette émotion. Vous avez reconnu son émotion mais l'étape suivante qui est de prendre en compte le besoin à l'origine de l'émotion, n'est pas franchie. Si cette situation existait, l'objectif d'alliance thérapeutique recherchée sera difficilement atteignable. Pourrait-on penser que la prise en compte des besoins des patients est l'étape juste après l'identification de ses émotions ? Dans cette configuration, on peut évoquer que les étudiants de première année sont en chemin vers la posture décrite par les étudiants de deuxième année. Une discussion avec mon Directeur de recherche a permis d'éclaircir la nuance entre reconnaître les émotions du patient et reconnaître ses besoins. Il m'expliquait que, pour lui, prendre en compte les émotions des patients relève de « *l'empathie* », alors que prendre en compte les besoins des patients va plus loin, et relève de « *la sympathie* ». Il a lui-même repris dans son livre *Une Théorie du soin* (2010) cette distinction faite par Stephen Darwall<sup>30</sup>. Ce philosophe contemporain américain proposait que faire preuve d'empathie c'est considérer ce qui est bon « *du point de vue* » d'une personne, alors que la sympathie, c'est considérer ce qui

---

<sup>30</sup>Darwall, S. *Welfare and Rational Care*, Princeton University Press, Princeton Monographs in Philosophy, 2002

est bon « *pour* » cette personne. Pour Darwall, la sympathie est l'émotion que le soignant ressent devant la souffrance de quelqu'un, et qui va nous conduire à agir pour tenter de soulager cette souffrance.

Un autre étude met en avant que la confiance et la connaissance du patients sont les deux variables les plus fortement associées à l'observance (Safran et al., 1998). Nous pouvons aussi dire que le fait de prendre son temps pour la relation et de prendre en compte les besoins des patients comme mettent en avant les étudiants, participera à la connaissance du patient. Une autre étude montre que la prise en compte des besoins des patients est un facteur prédictif de l'observance (Ratanawongsa et al., 2013).

Notre étude met aussi en avant l'apport bénéfique de la formation dont disposent les étudiants à Lille. Concrètement, il reste très difficile d'enseigner de façon purement théorique la relation de soin. C'est plutôt une réflexion qui est permise lors de ces deux années d'études, et qui est nourrie par l'apport de cours théoriques et par l'apport de pratique avec les stages. Nous avons bénéficié aussi de témoignages de « patients-experts » et avoir le retour de leurs vécus et de leurs ressentis s'avère être une source très riche d'enseignement. Cela permet de prendre conscience de ce qu'il se passe de leur côté. Nous avons aussi participé à des travaux de groupes pour échanger sur nos pratiques professionnelles et avons eu des enseignements théoriques pour pouvoir les analyser. Ceci permet d'endosser une posture réflexive et ce mémoire de recherche va dans le sens de la poursuite de cette réflexion. Nous avons aussi eu un apprentissage concret via des jeux de rôle où chacun endossait soit le rôle de l'IPA, soit le rôle du patient. Pour conclure, les étudiants qui font ce choix de suivre la formation IPA sont volontaires et animés d'une envie de faire évoluer notre système de santé. C'est un investissement professionnel et personnel demandant beaucoup d'efforts, qui seront d'abord mis à profit pour les patients, dans le but d'améliorer leur prise en soins et donc leur qualité de vie.

### 5.3 Forces et limites de l'étude

Une des forces de cette étude, c'est d'être une recherche originale et innovante puisqu'il existe actuellement très peu d'étude sur les IPA et, à ma connaissance, aucune sur ce sujet. J'ai eu l'opportunité d'assister à une thèse en mai 2022 à la faculté de médecine de Lille, sur le thème du vécu des médecins généralistes de la collaboration avec un IPA en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). C'était une recherche qualitative, et l'une des premières difficultés qu'avait rencontré le chercheur était de trouver des médecins qui exerçaient de façon coordonnée avec un IPA. L'auteur de cette thèse a réussi à trouver douze médecins dans ce mode d'exercice en ciblant l'ensemble du territoire national. Etant donné le peu de recul et



d'antériorité que nous avons de cette nouvelle fonction, et dans l'esprit « evidence-based medicine », (médecine fondée sur les preuves) nous avons besoin de recherches sur les IPA afin de démontrer qu'ils peuvent apporter des éléments qualitatifs et pertinents dans notre système de santé en pleine mutation.

La seconde force de cette étude est l'accompagnement dont j'ai pu bénéficier par mon Directeur pour cette recherche. Étant moi-même tout à fait novice dans le domaine de la recherche, à contrario, le Pr Reach est à la fois spécialiste de l'observance et riche d'une longue expérience en matière de recherches. Il m'a guidée avec beaucoup de patience et de passion, a mis au service de mon travail son temps, ses connaissances, et m'a fait bénéficier de ses relations professionnelles avec l'apport d'analyses précises et pertinentes de la part de notre statisticien Mr Benarbia.

La troisième force de cette étude est la méthode d'analyse utilisée, qui est pertinente et intéressante. Le Pr Reach et Mr Benarbia ont déjà utilisé dans leurs propres études l'Analyse en Correspondances Multiples, et la présente étude confirme la puissance de cette méthode à proposer des interprétations des relations entre des faits observés, relations qui sinon passeraient inaperçues.

La première limite de cette étude, c'est l'échantillonnage assez petit de notre recherche. Mais ce petit échantillonnage est logique, puisqu'il y a encore très peu d'IPA en fonction. Notons que dans la région des Hauts de France, il n'y a que deux universités qui proposent cette formation : Lille et Amiens. J'aurais donc pu aussi mener cette recherche de façon multicentrique afin d'accroître mon échantillon. Cependant, on peut remarquer que le taux de réponse à notre enquête a été de 71/83, soit 85,5 %, ce qui est satisfaisant.

Le fait d'être intégrée parmi les étudiants de 2<sup>ème</sup> année et d'évoluer avec eux depuis le début de la formation (septembre 2020) est une seconde limite, puisque cela peut induire un biais de participation, avec une mobilisation légèrement plus importante des étudiants de ma promotion. Nous sommes la première promotion IPA de l'université de Lille. Nous avons vécu une année universitaire quasi complète d'étude en visio-conférence du fait de la pandémie, et cela a créé des liens. La motivation et la solidarité de cette promotion est tout à fait remarquable. A l'inverse, le fait de ne pas connaître les étudiants de 1<sup>ère</sup> année, même de vue, peut-être un élément qui a entraîné une moindre participation au questionnaire. Je n'ai pas pu aller leur présenter de vive voix mon projet de recherche. Cela aurait peut-être aidé à accentuer leur participation.

La troisième limite pourrait résider dans la méthode elle-même. Nous avons choisi une étude quantitative sur un phénomène subjectif, complexe et parfois difficilement palpable, et qui plus est, avec une échelle auto-évaluative. Cependant, notre question de recherche est assez large pour permettre également, dans un travail futur et en complémentarité de cette recherche, d'établir une approche qualitative de ce sujet, dans le but de mieux expliquer certains résultats trouvés. Le temps imparti pour la réalisation de ce travail de recherche a aussi été un argument pour faire ce choix méthodologique.

Une quatrième limite que j'identifie est le nombre d'années d'expérience important des participants à notre étude, qui pourrait induire un biais de mesure. Par exemple, une personne qui a 20 ans d'expérience professionnelle, se souviendra-t-elle bien précisément de sa posture d'il y a 20 ans et sera-t-elle encore en capacité de la mesurer ? Ce biais peut être réel puisque une expérience de 16 à 30 années est spécifiée pour plus de la moitié de notre échantillon (56.3%).

Nous avons déjà également signalé la limite de notre interprétation de la comparaison des 3 questionnaires A, B et C, représentée par le fait qu'elles ne formulent pas de la même façon la question de la posture, la comparaison étant légitimée par le fait qu'elles posent la même question sous trois angles différents.

#### 5.4 Implications pratiques

J'ai eu la chance de pouvoir mettre en lien assez rapidement mes recherches et ma réflexion à la pratique lors de mon stage de master 2 dans un cabinet de médecine générale semi-rural. En débutant ce stage, je faisais très attention de bien appliquer ce que j'avais appris lors de ces deux années d'études supplémentaires, en termes de pathologies chroniques et sur la façon d'effectuer le suivi de ces patients. Et je me suis retrouvée moi-même face à des patients réticents. Ce fut une expérience nouvelle pour moi, car en tant qu'infirmière libérale, je ne fais pas souvent face à des refus de soins, le patient est demandeur ; il a lui-même appelé pour des soins. En approfondissant la situation et en faisant verbaliser le patient sur leur ressenti et sur les raisons de ces réticences à effectuer les divers examens, en tentant d'adapter ma prise en soin à ce qui est possible pour eux, j'ai compris ce qu'était l'alliance thérapeutique. C'est regarder la situation avec l'angle de vue dont dispose le patient, en prenant en compte l'ensemble de sa réalité. C'est cette construction de la relation thérapeutique qui permet au patient d'envisager sa vie avec la maladie (Baudrant-Boga et al., 2012). C'est aussi cette posture que développe l'IPA durant sa formation.

Je pense que le facteur temps dont dispose l'IPA sera un véritable levier pour travailler avec le patient sur les moyens de favoriser son adhésion tout en préservant sa qualité de vie. Il disposera du temps nécessaire pour évaluer l'ensemble des éléments liés à l'observance thérapeutique des patients dont il assure le suivi, et lui proposer des pistes de réflexion. Cependant, il reste encore des paramètres à préciser ou à redéfinir, dans le métier d'IPA tel qu'il a été conçu. Par exemple au niveau de leur décret d'activité, en élargissant certains actes (par exemple pouvoir effectuer des bons de transport ou des arrêts de travail) ou au niveau de leur rémunération, pour les IPA hospitaliers, de bénéficier d'une reconnaissance financière pour ces deux années d'études supplémentaires ou pour permettre aux IPA libéraux de vivre complètement de cette activité. Actuellement, les IPA libéraux en exercice gardent une activité mixte, c'est-à-dire qu'ils cumulent une activité d'infirmier libéral et une activité d'IPA libéral pour pouvoir atteindre un niveau de rémunération satisfaisante. Ce sont des conditions à modifier, si l'on veut pérenniser ce nouveau métier et pour que les IPA puissent prendre la place qu'on leur a attribué dans ce système de santé, afin de devenir des acteurs à part entière de l'amélioration des parcours de soin des patients.

## 6 Conclusion

A l'époque de l'ère numérique, de l'intelligence artificielle et de l'invention d'applications qui vont toujours plus loin, l'accompagnement des patients dans la pathologie chronique se fait plus que jamais grâce à la relation humaine que le soignant aura l'aptitude de mettre en place ; par une posture relationnelle qui s'exprime par un regard, un sourire, par une écoute attentive ou une observation empathique. La pathologie chronique arrive et ne repart jamais. Elle chamboule la vie des patients.

D'un autre côté, nous avons un système de santé qui se modernise et qui innove pour améliorer la qualité des soins et l'un de ses premiers défis est d'améliorer l'adhésion des patients. Face à ces besoins, les IPA semblent être les soignants qui pourront participer activement à relever ce défi. Leur posture relationnelle adaptée et leur sensibilité aux composantes de la relation de soin aideront les patients à atteindre leur objectif de s'approprier leur maladie. Nous avons ciblé notre recherche sur la posture relationnelle en tant que telle, puisque c'est cette posture qui permettra d'établir une relation de confiance avec le patient, et c'est cette relation de confiance qui ouvrira la voie à d'autres outils, comme l'éducation thérapeutique, l'empowerment, les décisions médicales partagées, afin de créer une alliance thérapeutique, qui permet l'adhésion du patient à son projet de soin.

Cette étude permet aussi d'envisager des recherches futures, comme celle d'évaluer ou de comprendre l'observance thérapeutique de patients suivis par une IPA. L'objectif de cette relation de soin reste avant tout d'accompagner les patients vers une acceptation de leur pathologie chronique, aboutir à leur responsabilisation et leur autonomie et ainsi découler vers leur adhésion, qu'elle soit médicamenteuse, hygiéno-diététique ou qu'elle concerne leur parcours de soin.

## 7 Bibliographie

Abdul Wahab, N. A., Makmor Bakry, M., Ahmad, M., Mohamad Noor, Z., & Mhd Ali, A. (2021). Exploring Culture, Religiosity and Spirituality Influence on Antihypertensive Medication Adherence Among Specialised Population : A Qualitative Ethnographic Approach. *Patient preference and adherence*, 15, 2249-2265. <https://doi.org/10.2147/PPA.S319469>

Ambrosino, F. (2019). *Le guide de l'infirmier-ère en pratique avancée*. Vuibert.

Balint, M., & Valabrega, J.-P. (1996). *Le médecin, son malade et la maladie* (Nouv. éd.). Payot & Rivages].

Baudrant-Boga, M., Lehmann, A., & Allenet, B. (2012). Penser autrement l'observance médicamenteuse : D'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 70(1), 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2011.10.003>

Briesacher, B. A., Andrade, S. E., Fouayzi, H., & Chan, K. A. (2008). Comparison of Drug Adherence Rates Among Patients with Seven Different Medical Conditions. *Pharmacotherapy*, 28(4), 437-443. <https://doi.org/10.1592/phco.28.4.437>

Buffel du Vaure, C., Ravaud, P., Baron, G., Barnes, C., Gilberg, S., & Boutron, I. (2016). Potential workload in applying clinical practice guidelines for patients with chronic conditions and multimorbidity : A systematic analysis. *BMJ Open*, 6(3), e010119. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010119>

Crignon, C., & Gaille-Nikodimov, M. (2010). *Qu'est-ce qu'un bon patient? Qu'est-ce qu'un bon médecin? réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques* (A. Seli, Éd.). Éd. Seli Arslan.

d'Huart, S. (2016). *Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique : Étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés*. 90.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.

Ewen, S., Rettig-Ewen, V., Mahfoud, F., Böhm, M., & Laufs, U. (2014). Drug adherence in patients taking oral anticoagulation therapy. *Clinical Research in Cardiology*, 103(3), 173-182. <https://doi.org/10.1007/s00392-013-0616-8>

Ge, L., Ong, R., Yap, C. W., & Heng, B. H. (2019). Effects of chronic diseases on health-related quality of life and self-rated health among three adult age groups. *Nursing & Health Sciences*, 21(2), 214-222. <https://doi.org/10.1111/nhs.12585>

Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les maladies chroniques : Vers la 3e médecine*. Odile Jacob.

Grimaldi, A., & Cosserat, J. (2004). *La relation médecin-malade*. Elsevier.

Guillemeneu, J., Clary, B., Labadie-Fobis, A., Oude Engberink, A., & Pavageau, S. (2019). La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : Méta-synthèse qualitative. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(4), 335-341. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.015>

Hupcey, J. E., Penrod, J., Morse, J. M., & Mitcham, C. (2001). An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 282-293. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01970.x>

Laforest, L., Belhassen, M., Devouassoux, G., Didier, A., Letrilliart, L., & Van Ganse, É. (2017). L'adhésion thérapeutique dans l'asthme en France : Revue générale. *Revue des Maladies Respiratoires*, 34(3), 194-222. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2016.03.013>

Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : De quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1), 31-34. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85433-6](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85433-6)

Laude, A., & Tabuteau, D. (2007). *De l'observance à la gouvernance de sa santé*. Presses universitaires de France.

Libert, Y., & Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-Oncologie*, 3(3), 140-146. <https://doi.org/10.1007/s11839-009-0139-8>

Linetzky B., Jiang D., Funnell M. M., Curtis B. H., & Polonsky W. H. (2017). Exploring the role of the patient–physician relationship on insulin adherence and clinical outcomes in type 2 diabetes : Insights from the MOSAic study. *Journal of Diabetes*, 9(6), 596-605. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.12443>

Macla, P. (2020). Repère 5. Spécifier la posture d'accompagnement. In *La démarche d'accompagnement: Vol. 2e éd.* (p. 89-102). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-demarche-d-accompagnement--9782807328129-p-89.htm>

Mokrane, S. (2017). La communication patient-médecin autour du médicament : Malentendus et non-dits. *Rev Med Brux*, 7.

Moreau, A., Boussageon, R., Girier, P., & Figon, S. (2006). Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *La Presse Médicale*, 35(6), 967-973. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(06\)74729-7](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(06)74729-7)

Morvillers, J.-M. (2015). Care, the caring, the cure and the caregiver. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 77-81.

Ratanawongsa, N., Karter, A. J., Parker, M. M., Lyles, C. R., Heisler, M., Moffet, H. H., Adler, N., Warton, E. M., & Schillinger, D. (2013). Communication and medication refill adherence : The Diabetes Study of Northern California. *JAMA Internal Medicine*, 173(3), 210-218. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1216>

Reach, G. (2007). *Pourquoi se soigne-t-on? Enquête sur la rationalité morale de l'observance.* éditions Le Bord de l'eau.

Reach, G. (2017). Observance à l'adolescence. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(7), 650-656. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30157-8](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30157-8)

Reach, G. (2022). *Pour une médecine humaine : Étude philosophique d'une rencontre.*

Reach, G., Benarbia, L., Bruckert, E., Kevorkian, J.-P., Farnier, M., Mourad, J.-J., & Vaisse, B.-C. (2021). Intentionality in adherence to long-term therapies. Results from an online survey of 3,001 patients with cardio-metabolic pathologies in France. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1739-1753. <https://doi.org/10.2147/PPA.S318116>

Rogers, C. R., & Zigliara, J.-P. (2019). *La relation d'aide et la psychothérapie* (20e éd. 2019). ESF sciences humaines.

Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *The Journal of Family Practice*, 47(3), 213-220.

Shahin, W., Kennedy, G. A., & Stupans, I. (2019). The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses : A systematic review. *Patient preference and adherence*, 13, 1019-1035. <https://doi.org/10.2147/PPA.S212046>

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., Urquhart, J., & ABC Project Team. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>



## 8 Table

Figure 1: Répartition de l'effectif par année d'étude et par mention (en pourcentages) (page 25)

Figure 2: Répartition de l'effectif par âge et par genre (en pourcentages) (page 26)

Figure 3: Répartition de l'effectif selon l'expérience professionnelle (en pourcentages) (page 27)

Figure 4: Analyse des moyennes des scores QGA, QGB et QGC par une Anova (page 33)

Figure 5: Analyse en correspondances multiples: niveau d'étude et réponses à QGA, QGB, QGC (page 34)

Figure 6: Recherche d'une corrélation entre QGC et QGB (page 35)

Figure 7: Illustration de QGA par une analyse en correspondances multiples (page 38)

Figure 8: Illustration de QGB par une analyse en correspondances multiples (page 39)

Figure 9: Illustration de QGC par une analyse en correspondances multiples (page 41)

Figure 10: Critères les plus proches de QGA2, QGB2 et QGC 2 (page 42)

Figure 11: QGC: comparaison des réponses master 1 et master 2 par une analyse en correspondances multiples (page 43)

Figure 12: Comparaison critères QGC entre master 1, master 2 et échantillonnage complet (page 43)

Figure 13: Critères apparaissant dans le choix des 3 critères les plus importants (page 44)

Figure 14: Établissement du choix des critères selon l'année d'études (page 45)

## 9 Table des matières

1	Introduction .....	1
1.1	La maladie chronique .....	1
1.2	L'observance .....	3
1.3	Le taux réel d'observance thérapeutique .....	6
1.4	La non-observance.....	7
1.5	Les dimensions qui interagissent dans l'adhésion.....	8
1.5.1	Le patient.....	9
1.5.2	Les facteurs démographiques et socio-économiques .....	10
1.5.3	La pathologie.....	11
1.5.4	Le traitement .....	12
1.5.5	La relation médecin-patient.....	13
1.5.6	Le système de soin .....	15
1.6	La relation « médecin-malade » et le cheminement vers l'observance.....	15
1.6.1	Le soin par la relation.....	16
1.6.2	Le changement de paradigme.....	18
1.7	Description de notre étude : l'IPA et l'observance.....	20
1.7.1	Question spécifique .....	20
1.7.2	Question de recherche .....	21
1.7.3	Hypothèses .....	21
2	Méthode.....	21
2.1	Recherches bibliographiques .....	21
2.2	Objectifs de la recherche .....	21
2.3	Choix de la méthode de recherche.....	21
2.4	Population d'étude.....	22
2.5	Lancement de l'étude.....	23

2.6	Le questionnaire .....	23
2.7	Le logiciel d'analyse.....	25
3	Résultats .....	25
3.1	Taux de réponses .....	25
3.2	Données socio-démographiques .....	25
3.3	Descriptif des réponses aux questionnaires QGA, QGB, QGC .....	27
3.4	Descriptif des réponses aux questions spécifiques QS des questionnaires QA, QB et QC	27
3.4.1	QA : Avant de commencer vos études IDE .....	28
3.4.2	QB : A la fin de vos études IDE.....	29
3.4.3	QC : Aujourd'hui .....	30
3.5	Descriptif des réponses pour les 3 principaux critères relationnels qui favoriseraient l'adhésion du patient .....	31
3.5.1	Critère choisi comme 1 <sup>er</sup> critère .....	31
3.5.2	Critère choisi comme 2 <sup>ème</sup> critère.....	31
3.5.3	Critère choisi comme 3 <sup>ème</sup> critère.....	32
4	Analyse.....	33
4.1	Analyse des questions générales QGA, QGB et QGC .....	33
4.1.1	Analyse des scores .....	33
4.1.2	Analyse en correspondances multiples .....	34
4.1.3	Analyse de l'existence d'une corrélation entre les réponses QGC et les réponses QGB	35
4.2	Déterminants des réponses aux questions générales QG : influences respectives des réponses aux questions spécifiques QS .....	36
4.2.1	Analyse du questionnaire QGA.....	37
4.2.2	Analyse du questionnaire QGB.....	38
4.2.3	Analyse du questionnaire QGC.....	40
4.3	Analyse de l'évolution des critères entre les questions QA, QB et QC .....	41

4.4	Croisement QGC et niveau de master .....	42
4.4.1	Comparaison entre 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année de master IPA.....	42
4.4.2	Comparaison échantillonnage global de l'étude vs année de master .....	43
4.5	Analyse de la dernière question : l'importance donnée par les étudiants aux différents critères susceptibles d'améliorer l'observance.....	44
4.5.1	Analyse de l'échantillon global.....	44
4.5.2	Analyse des sous-populations « master 1 » (n=34) et « master2 » (n=37) .....	45
5	Discussion .....	45
5.1	Principaux résultats de l'étude.....	45
5.2	En comparaison avec la littérature.....	47
5.3	Forces et limites de l'étude .....	49
5.4	Implications pratiques.....	51
6	Conclusion	
7	Bibliographie	
8	Table	
9	Table des matières	
10	Annexes	
10.1	Annexe 1 : Le questionnaire de Girerd	
10.2	Annexe 2 : Questionnaire de recherche administré aux étudiants IPA	

## 10 Annexes

### 10.1 Annexe 1 : Le questionnaire de Girerd<sup>31</sup>

# ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

## Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42*

### Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,** il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,** il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,** il est considéré comme non observant.

<sup>31</sup> Extrait du site internet [www.ameli.fr/espace-professionnels-de-santé/médecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-médicaments](http://www.ameli.fr/espace-professionnels-de-santé/médecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-médicaments)

## Questionnaire destiné aux EIPA de Lille : la relation de soins et l'observance thérapeutique

Bonjour à chacun.e d'entre vous,

Je suis Anne Vanderelst, étudiante en Master 2 de pratique avancée infirmière (IPA) à l'Université de Lille.

J'effectue un travail de recherche pour le mémoire.

J'ai choisi d'approfondir le thème de la relation de soins et de ses effets sur l'observance thérapeutique.

Dans le cadre de ce travail, je sollicite l'ensemble des étudiant.e.s IPA de l'université de Lille, afin de répondre à ce questionnaire, que j'ai conçu avec le Pr Gérard Reach, spécialiste de l'observance, qui dirige cette étude.

Ce questionnaire est anonyme et il vous demandera environ 15 minutes pour y répondre.

Mon objectif est de rechercher si les aptitudes relationnelles des futurs IPA pourraient améliorer l'observance thérapeutique de nos patients, dans le cadre des consultations de suivi de l'IPA.

Vous pouvez répondre de la façon la plus sincère possible à chaque intitulé, une seule réponse possible pour chaque question.

Merci à tous pour votre participation. C'est une recherche qui peut réellement mettre en avant la plus-value du travail avec une IPA et ainsi nous aider à nous implanter demain...

Pour toute interrogation, vous pouvez me contacter via mon adresse électronique : [anne.vanderelst.etu@univ-lille.fr](mailto:anne.vanderelst.etu@univ-lille.fr)

**Lien pour accéder au questionnaire en ligne :**  
[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfK01cW\\_b8A9FDBqo1NyaGcsal3poqUnFbzcwl429aWDdOjKQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfK01cW_b8A9FDBqo1NyaGcsal3poqUnFbzcwl429aWDdOjKQ/viewform?usp=sf_link)

## Questions démographiques

Etes-vous... ?

- une femme
- un homme

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 20 à 24 ans
- 25 à 29 ans
- 30 à 34 ans
- 35 à 39 ans
- 40 à 44 ans
- 45 à 49 ans
- 50 à 54 ans
- 55 à 59 ans
- 60 à 69 ans
- 70 à 80 ans

Quelle est votre nombre d'années d'expérience professionnelle ?

- Aucune
- 6 à 12 mois d'expérience
- 1 à 2 années d'expérience
- 2 à 5 années d'expérience
- 6 à 10 années d'expérience
- 11 à 15 années d'expérience
- 16 à 20 années d'expérience
- 21 à 30 années d'expérience
- 31 à 40 années d'expérience
- 41 à 50 années d'expérience

En quelle année de master êtes-vous ?

- Master 1
- Master 2

Dans quelle mention êtes-vous ou vers quelle mention allez-vous vous diriger ?

- Mention psychiatrie et santé mentale
- Mention pathologies chroniques stabilisées
- Mention maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale
- Mention oncologie/hémato-oncologie
- Mention urgences

### **QGA : Avant d'être IDE...**

Pour commencer, l'ensemble des questions pour cette 1ère partie du questionnaire concerne cette période où vous n'étiez pas encore IDE...

Echelle d'évaluation proposée pour répondre aux questions :

Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

### **Questions proposées :**

1. Avant de commencer vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e à ce qui compose la relation de soins ?

2. Étiez-vous sensibilisé.e à la communication verbale ?



3.Saviez-vous ce qu'était l'empathie ?

4.Étiez-vous sensibilisé.e à la notion d'intuition dans la relation de soins ?

5.Saviez-vous ce qu'était l'écoute active ?

6.Étiez-vous sensibilisé.e à la communication non verbale ?

7.Connaissiez-vous l'importance d'apporter des informations pertinentes au patient (pathologie, traitement, conseils...) ?

8.Étiez-vous sensibilisé.e au fait que prendre en compte les besoins du patient faisait partie intégrante de la relation ?

9.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir un espace entre collègues pour pouvoir verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation de soins?

10.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir une attitude sincère envers le patient?

11.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'adopter une juste proximité dans la relation au patient ?

12.Étiez-vous sensibilisé.e à la notion d'engagement du soignant dans la relation de soin ?

13.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de prendre en compte les émotions du patient?

14.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de tenir compte des préférences du patient ?

15. Avant de débiter vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e à la possibilité de passer la main en cas de difficultés relationnelles avec un patient ?

16. Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'accueillir le patient sans avoir d'a priori ?

17. Étiez-vous sensibilisé.e à la technique de reformulation des paroles du patient ?

18. Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de réussir à susciter la confiance du patient dans la relation de soins ?

19. Étiez-vous sensibilisé.e aux qualités humaines de gentillesse que demande la relation de soins ?

20. Étiez-vous sensibilisé.e au fait de l'importance d'être attentif aux ressentis et aux émotions du patient ?

21. Avant de débiter vos études IDE, étiez-vous sensibilisé.e au fait que la relation de soin demande de savoir prendre son temps ?

22. Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de savoir établir une relation de soins dans climat de confiance ?

23. Étiez-vous sensibilisé.e au fait d'adopter une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère ?

24. Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de bien se connaître soi-même ?

25. Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de prendre en compte les croyances du patient ?

26. Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de savoir gérer vos propres émotions ?

27.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir une aptitude à encourager les questions et à y répondre ?

28.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de la posture bienveillante de la part du soignant?

29.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance de savoir reconnaître les problématiques du patient?

30.Étiez-vous sensibilisé.e à l'importance d'avoir l'aptitude à faire confiance au patient dans la relation ?

31.Étiez-vous sensibilisé.e au fait que le soignant devait être lui-même attentif à ses émotions ?

### **QGB : Après avoir obtenu votre DE...**

Poursuivons ! Pour cette 2ème partie du questionnaire, nous nous situons dans la période où vous venez juste d'obtenir votre diplôme d'état...

(NB : La même échelle est proposée et les mêmes questions sont posées dans un ordre différent)

### **QGC : Aujourd'hui...**

Pour cette 3ème partie, les questions portent sur votre pratique professionnelle actuelle, qui inclut aussi votre choix de vous former à la pratique avancée infirmière...

(NB : La même échelle est proposée, et les mêmes questions sont posées)

**Les critères : Et demain...En tant qu'IPA...** C'est la dernière partie de notre questionnaire...Quels seraient pour vous les 3 principaux critères dans une relation de soin qui aideront le patient à adopter une attitude observante ?

- La communication verbale
- La communication non verbale
- La reformulation des paroles du patient
- Le ressenti et la formulation des émotions du patient
- Le fait de prendre son temps pour la relation
- La capacité à faire preuve d'intuition
- L'accueil du patient sans a priori
- Avoir une attitude empathique
- Être dans une posture d'écoute active
- Instaurer un climat de confiance
- Avoir la juste proximité face au patient
- Vous engager dans la relation
- Une attitude positive envers le patient quel que soit son caractère
- Une attitude bienveillante envers le patient
- Une attitude de gentillesse envers le patient
- Une attitude sincère envers le patient
- La considération des croyances du patient
- La considération des émotions du patient
- La considération des préférences du patient
- La reconnaissance des problématiques du patient
- La prise en compte des besoins du patient
- L'apport d'informations pertinentes au patient (pathologies, traitements, conseils...)
- L'aptitude à encourager les questions et à y répondre
- L'aptitude à susciter la confiance du patient
- L'aptitude à avoir confiance dans le patient

- Vous connaître
- Être attentif à vos émotions
- Gérer vos émotions
- Avoir un espace entre collègues pour verbaliser ce qui est vécu au sein de la relation
  
- Passer la main en cas de difficultés

## **ABSTRACT**

**Title: From the care relationship to therapeutic adherence: posture of advanced practice nurses**

**keywords: Therapeutic adherence, Doctor-patient relationship, Relational posture**

**Context:** Therapeutic adherence is one of the first limitations faced by our healthcare system. Indeed, if medication adherence, hygienic and dietary adherence as well as adherence to therapeutic follow-up are not applied, the patient loses the chance to stabilise his or her state of health and thus avoid the complications of his or her chronic pathology. There are 5 essential axes that make up therapeutic adherence: the patient, the disease, the treatment, the doctor-patient relationship and the care system. If we look at the doctor-patient relationship dimension, we find that it has a significant impact on adherence, thanks to the relationship itself and through the trust that the patient may have in the practitioner. Advanced practice nurses (APNs), a new profession in the French health system, can be the actors in the accompaniment of the patient towards the improvement of therapeutic adherence. This will be achieved through the care relationship they will implement and through their commitment to patients. The main objective of this study is to find out whether they are trained to adopt this type of relational posture and whether they feel capable of doing so.

**Method:** This is a single-centre, prospective, quantitative study. The study population consisted of current advanced practice students at the University of Lille. A dematerialised questionnaire was submitted to them. We evaluated their relational posture using relational criteria.

**Results:** We found that the training received by the future APNs had a beneficial effect on their relational posture and that they were well aware of the criteria that promote patient adherence.

**Conclusion:** Through their training, APNs will develop new skills and offer a new consultation time dedicated to patients, which will be based on trust and on taking into account their needs. This is an additional asset to create patient adherence and to lead them to rethink their daily life with their pathology.

**AUTEURE : Nom : VANDERELST**

**Prénom : Anne**

**Date de soutenance : 30/06/2022**

**Titre du mémoire : De la relation de soins à l'observance thérapeutique : posture des infirmiers de pratique avancée**

**Mots-clés libres : Observance thérapeutique, Relation médecin-patient, Posture relationnelle**

## **RÉSUMÉ**

**Contexte :** L'inobservance thérapeutique est l'une des premières limites auquel se heurte notre système de soin. En effet, si l'observance médicamenteuse, l'observance hygiéno-diététique ainsi que l'observance du suivi thérapeutique ne sont pas appliquées, c'est une perte de chance pour le patient de pouvoir stabiliser son état de santé et ainsi éviter les complications de sa pathologie chronique. Il y a 5 axes essentiels qui composent l'observance thérapeutique : le patient, la pathologie, le traitement, la relation médecin-patient et le système de soin. En regardant du côté de la dimension relation médecin-patient, on retrouve qu'il existe un effet favorable de celle-ci sur l'observance, grâce à la relation en elle-même et par l'intermédiaire de la confiance que peut avoir le patient envers son praticien. Les infirmiers de pratique avancée (IPA), nouveau métier dans le système de santé français, pourront être les acteurs de l'accompagnement du patient vers l'amélioration de l'observance thérapeutique. Ceci grâce à la relation de soin qu'ils mettront en œuvre et par leur engagement auprès des patients. L'objectif principal de cette étude est de rechercher s'ils sont formés à adopter ce type de posture relationnelle et s'ils s'en sentent capables.

**Méthode :** Il s'agit d'une recherche quantitative monocentrique et prospective. La population d'étude est les actuels étudiants en pratique avancée de l'université de Lille. Un questionnaire dématérialisé leur a été soumis. Nous évaluons leur posture relationnelle grâce à des critères relationnels objectifs.

**Résultats :** Nous retrouvons un apport bénéfique de la formation suivie par les futurs IPA sur leur posture relationnelle ainsi qu'une bonne sensibilisation aux critères qui favorisent l'adhésion des patients.

**Conclusion :** L'IPA, par sa formation, développera des compétences nouvelles et offrira un temps nouveau de consultation dédié aux patients, qui sera basé sur la confiance et sur la prise en compte de leurs besoins. C'est un atout supplémentaire pour créer l'adhésion du patient et l'amener à réenvisager son quotidien avec sa pathologie.

**Directeur de mémoire : Professeur Gérard REACH**