

L'approche de résolution de problèmes non structurés centrée sur les acteurs (ARPNS) a été élaborée à partir de résultats de recherches des dix dernières années appliqués à l'expérience clinique dans le domaine des soins infirmiers. On a noté des lacunes importantes dans la communication entre tous les acteurs impliqués dans les actes de soins.

De telles lacunes ne peuvent que nuire à la relation que les intervenants veulent établir avec les personnes malades et leurs proches (famille, amis) qui jouent un rôle important (Pelchat *et al.*, 2002 ; Lefebvre *et al.*, 2002, 2004). Précisons que les recherches sur lesquelles repose l'ARPNS ont été effectuées principalement auprès de personnes ayant une maladie chronique ou une maladie entraînant des incapacités. Mais cette approche pourrait s'appliquer à d'autres patients.

LES ROUAGES DE LA COMMUNICATION

L'approche de résolution de problèmes non structurés représente un bon moyen d'entrer en relation avec les personnes ayant un problème de santé.

PAR HÉLÈNE LEFEBVRE, INF., PH.D
ILLUSTRATION Geneviève Côté

Différentes études montrent que les infirmières interviennent dans des situations de soins de plus en plus complexes, mais qu'elles négligent d'en explorer les différentes facettes, ainsi que l'impact de leurs actions sur la vie des personnes et de leurs proches. Elles affirment ne pas avoir appris à entrer en relation avec les personnes ayant un problème de santé qui affecte toutes les sphères de leur vie. Pour leur part, les personnes malades et leurs proches disent avoir parfois l'impression d'être exclus de la relation infirmière et des prises de décisions qui les concernent.

De surcroît, la complexité des situations de santé auxquels doivent faire face les personnes, leurs proches et les équipes de soins fait en sorte que les problèmes ne peuvent être expliqués en termes de cause à effet. Ils ont des impacts multiples sur l'ensemble des dimensions de la vie : habitudes de vie, rôles sociaux, environnement. Avant de rechercher les solutions les plus appropriées, il faut analyser les

éléments qui concourent à la complexification de la situation et les impacts appréhendés ou réels sur les différentes sphères de la vie de la personne malade ou de ses proches.

L'ARPNS est une méthode de communication qui prend en considération les préoccupations des personnes malades et de leurs proches dans le but de les aider à développer les habiletés et les compétences qui leur permettront de résoudre leurs difficultés, de favoriser leur adaptation et d'améliorer leur vie. Ces personnes et leurs proches sont perçus comme des êtres entiers, uniques, complexes et indissociables de leur univers. L'ARPNS vise leur bien-être, tel que ceux-ci le définissent, et tient compte de leurs valeurs culturelles, de leurs croyances et de leurs convictions. Lieu de mise en relation entre la situation de vie réelle

des personnes et de leurs proches d'une part, et celle des infirmières d'autre part, cette approche implique un partage conscient entre celui qui donne le soin et celui qui le reçoit. L'ARPNS véhicule une vision holistique et systémique de l'intervention dans un contexte d'éducation à la santé et d'éducation

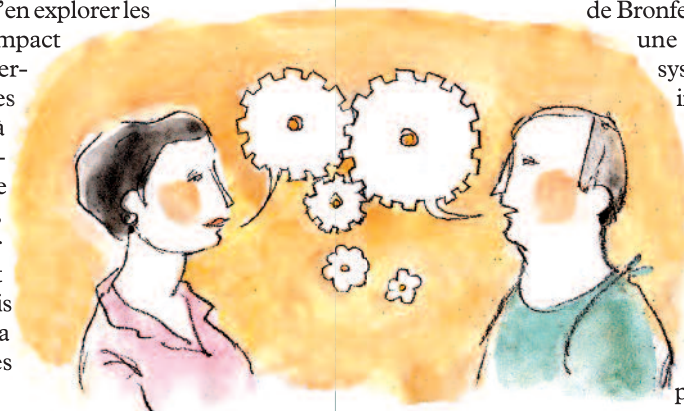
thérapeutique du patient qui met en valeur l'interdépendance des acteurs (Sandrin Berthon, 2004).

L'ARPNS s'appuie sur trois cadres de référence. Premièrement, l'approche centrée sur la personne et son projet de vie (Rogers, 1951, 1961; Mezirow, 1981, 1985 ; Bar et Tagg, 1995), qui met l'accent sur la reconnaissance mutuelle de l'expertise de chacun (le savoir disciplinaire de l'infirmière et le savoir particulier de la personne au regard de sa situation de vie) tout en mettant à profit l'actualisation du but commun, le projet de vie.

Deuxièmement, le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979), qui propose une compréhension multi-systémique de la dynamique des interrelations entre la personne et son milieu. Il en résulte des interventions plus adaptées et aux potentialités maximisées, ainsi qu'une réduction ou le contournement des obstacles à l'actualisation du projet de vie. Ce modèle permet d'aborder le milieu comme un véritable réseau

potentiel de soutien des personnes par des stratégies visant à travailler avec elles et non pour elles.

Troisièmement, l'approche réflexive (Schön, 1983 ; Higgs et Jones, 2004), qui permet à la personne et à ses proches d'avoir un regard critique sur leur situation personnelle, leurs actions et leurs effets dans toutes les sphères de leur vie. Elle amène les intervenants à examiner leur propre pratique



Les infirmières affirment ne pas avoir appris à entrer en relation avec les personnes ayant un problème de santé qui touche toutes les sphères de leur vie.

clinique, à évaluer leurs forces et à cerner les façons de s'améliorer afin de répondre aux besoins, de mieux comprendre les problèmes auxquels ils sont confrontés, de percevoir la cohérence entre ce qu'ils espèrent faire et ce qu'ils font concrètement (entre théorie et pratique).

L'approche relationnelle privilégiée est le partenariat (adaptée de Bouchard, 1988, 1999), qui se définit ici par la collaboration entre une personne atteinte d'une maladie chronique ou d'une maladie entraînant des incapacités, ses proches et les intervenants dans un rapport visant l'égalité. Chacun reconnaît l'expertise des autres et leurs ressources dans la prise de décision par consensus concernant la réalisation du projet de vie de la personne.

Le caractère innovant de l'ARPNS repose sur l'exploration partagée par la personne, ses proches et les infirmières, de l'identification des difficultés ainsi que de la recherche de solutions. Cette approche permet aux personnes et à leurs proches de développer de nouvelles ressources pour faire face à la situation, d'acquérir un sentiment de contrôle sur leur vie, de renforcer leur sentiment de confiance et de compétence à gérer leur quotidien et à actualiser leur projet de vie. Pour leur part, les infirmières, fortes de leur expertise disciplinaire, reconnaissent les ressources et l'expertise des personnes et de leurs proches sur la situation de vie, et deviennent des guides qui les accompagnent. À travers une réflexion partagée par les personnes malades, leurs proches et les infirmières,

l'approche favorise une intervention dans la réciprocité et l'écoute des besoins réels exprimés par les personnes et leurs proches.

Voici les étapes de mise en application de l'ARPNS. L'infirmière doit explorer et comprendre l'ensemble de la situation de la personne et de ses proches (agencement de regards) en utilisant un cadre d'analyse systémique à chaque étape de l'intervention (séquence systémique). Il s'agit d'ouvrir la discussion sur un ensemble d'éléments composant la situation problématique, ce que l'on appelle le questionnement en divergence qui permet de cibler l'élément prioritaire sur lequel

la personne s'engage à agir grâce à un questionnement en convergence ou à une fermeture sur la priorité. La méthode de l'entonnoir est appliquée à chaque étape, c'est-à-dire une vaste exploration des problèmes qui permet d'orienter la discussion sur un élément précis. L'infirmière doit alors utiliser des sous-questions pour guider la réflexion et la prise de décisions des personnes.

Le processus peut être repris autant de fois que nécessaire lorsqu'une situation non structurée à résoudre se présente. En cours de processus, il est possible de réorienter l'intervention vers un autre problème qui apparaît aux yeux de la personne ou de ses proches comme davantage prioritaire ou qui peut aider à solutionner le problème initial.

L'application de l'ARPNS vise à améliorer la communication interpersonnelle et la résolution de problèmes en treize étapes (voir le tableau en page 31). À chacune d'entre elles, il est impératif que l'infirmière laisse le temps à la personne et à ses proches de s'exprimer, de réfléchir à ce qu'ils

vivent et à ce qu'ils désirent, et de faire leurs choix, et ce, parce qu'il s'agit d'un processus évolutif qui exige du temps. Une étape peut mettre en scène plusieurs acteurs dont il faut considérer le point de vue et les choix, ainsi que l'impact du problème sur les différentes facettes de la vie de la personne et, réciproquement, l'impact de leur contexte de vie sur la situation.

Il va de soi que l'infirmière doit développer ses techniques de communication, comme la reformulation, poser des questions ouvertes

de relais et susciter des questionnements de la personne et de ses proches. L'information doit aussi circuler à l'intérieur de l'équipe de soins dans le respect de chacun.

La réussite de l'ARPNS nécessite le respect d'un certain nombre de critères touchant autant les infirmières, les personnes et leurs proches, les organisations de soins, l'équipe interprofessionnelle que les attitudes des acteurs. Ces critères peuvent devenir contraignants lorsque, par exemple, les ressources nécessaires à la réalisation du projet ne sont pas disponibles. Il en est de même lorsqu'une infirmière, une personne malade ou un proche a de la difficulté à communiquer ses intentions, ou encore, lorsque le problème est mal cerné ou irréaliste.

Il est donc essentiel de valider les perceptions ou les informations, d'explorer les thèmes, de favoriser l'expression des sentiments, de renforcer les croyances aidantes, les habiletés ou les forces, et d'ébranler les croyances contraignantes. La personne, ses proches et l'équipe de soins détiennent un pouvoir égalitaire dans lequel chacun contrôle sa part de la relation, connaît et respecte le rôle de l'autre, et où tous savent qu'ils possèdent les compétences pour répondre aux objectifs fixés.

En conclusion, l'ARPNS donne un moyen concret aux infirmières d'aplanir les obstacles à la communication et d'actualiser une intervention centrée sur la personne, ses proches et leurs apprentissages afin de les accompagner dans la réalisation de leur projet de vie. Cette approche a la particularité de faciliter la résolution de problèmes de soins non structurés dans une collaboration entre personnes, proches, infirmières et équipes de soins. Précisons que cette approche est actuellement utilisée dans des ateliers réflexifs pour le développement de communautés de pratique interprofessionnelle. Elle est aussi enseignée dans un cours sur la collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne et ses proches dispensé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. ■

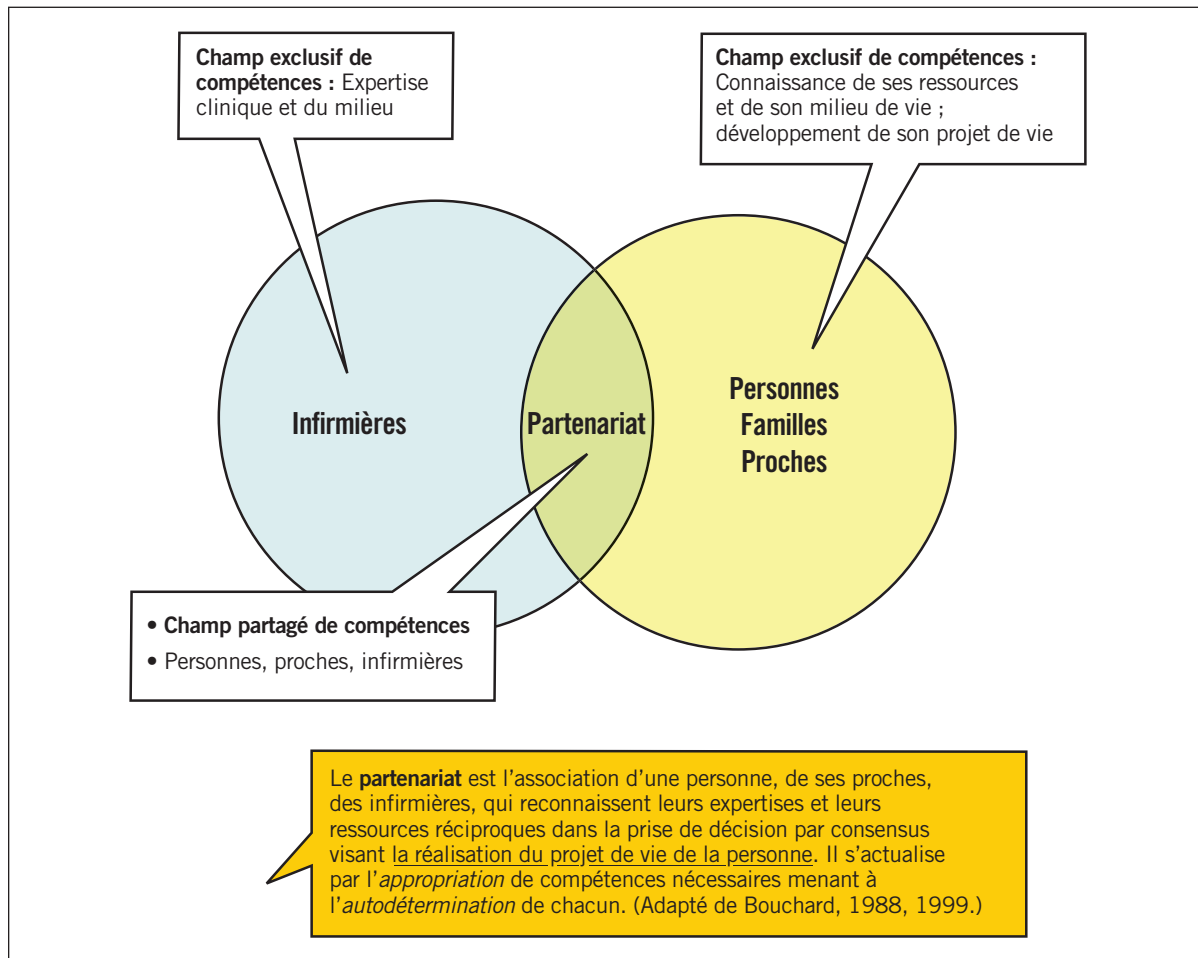
*NDLR – L'article, les tableaux et les références se trouvent sur le site Web de l'OIIQ. **Hélène Lefebvre** est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, directrice du Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE), chercheuse au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) et au Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.*



LES TREIZE ÉTAPES DE L'APPROCHE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES NON STRUCTURÉS

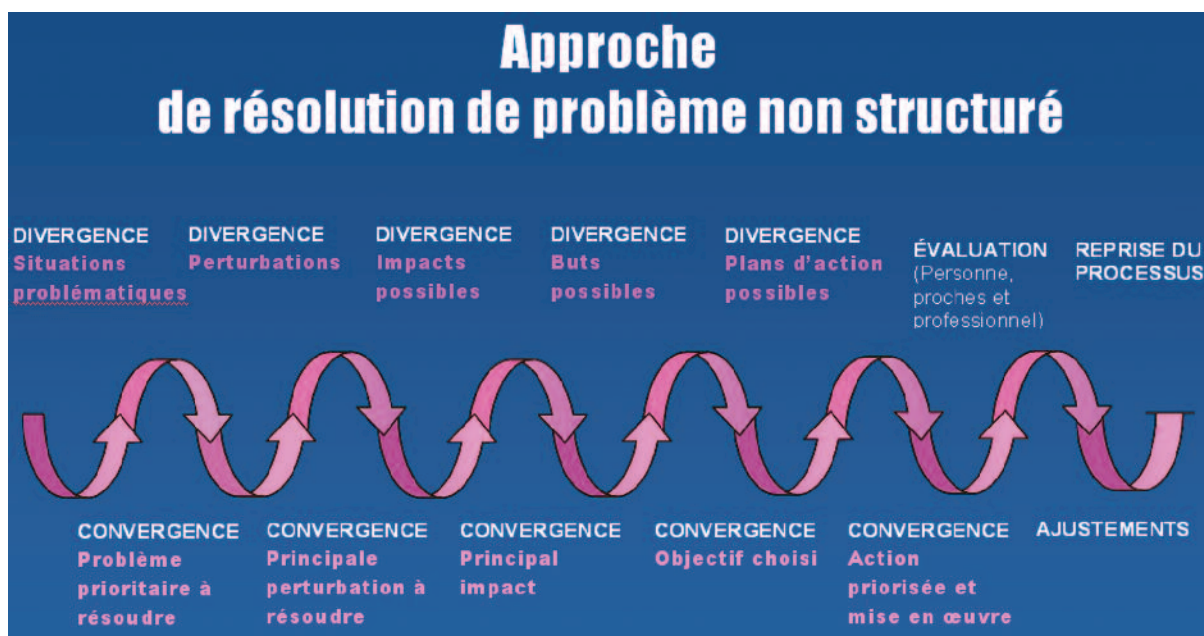
DIVERGENCE	CONVERGENCE
<p>1. Inventaire de ce qui fait problème du point de vue de la personne et de ses proches</p> <ul style="list-style-type: none"> Parlez-moi de votre situation actuelle (ce qui va bien, ce qui va moins bien). Quelles sont vos préoccupations ? Qu'est-ce qui vous empêche de vous sentir bien ? <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> Laisser la personne et ses proches s'exprimer, les soutenir dans l'élaboration de l'inventaire de leurs forces et de leurs difficultés. Gare aux préjugés, valeurs, croyances : ne pas limiter son interprétation, permettre à un maximum d'informations et d'idées d'être exprimées. 	<p>2. Parmi les éléments mentionnés, lequel représente actuellement le problème le plus important (du point de vue de la personne et de ses proches) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Quelles sont vos principales préoccupations ? Qu'est-ce qui vous importe le plus ? <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> Respecter le choix de la personne et de ses proches.
<p>3. En quoi cette situation perturbe-t-elle votre vie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> En quoi cette situation vous nuit-elle ? Dans quelles sphères de votre vie cette situation vous dérange-t-elle ? <p>5. Quels impacts cette perturbation a-t-elle dans votre vie ?</p> <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> Amener la personne à exprimer ce qu'elle peut difficilement faire, ne peut plus rêver de faire. Il est possible que l'infirmière doit envisager en premier ce que la personne espérait pouvoir continuer de faire comme travail, activité, ou relation. 	<p>4. Quelles sont les principales perturbations que cette situation crée dans votre vie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Parmi les éléments énoncés, lequel est le plus dérangeant ? <p>6. Quels sont les principaux impacts de cette situation dans votre vie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Parmi les impacts énoncés, lequel est le plus dérangeant ? <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> Amener la personne à identifier ce qu'elle vit le plus difficilement par rapport au problème (vie familiale, vie conjugale, travail, amis). Faire preuve d'une grande écoute.
<p>7. Quels objectifs ou buts la personne et les proches veulent-ils atteindre en solutionnant ce problème ?</p> <ul style="list-style-type: none"> But visé : faire l'inventaire des objectifs dans les différents sous-systèmes. 	<p>8. Quels sont les objectifs possibles à mettre en œuvre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Parmi les objectifs possibles, lequel semble le plus susceptible d'être atteint en résolvant la situation ? Déterminer la contribution des savoirs de la personne, des proches et des infirmières vers une décision commune et éclairée. <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> Guider la réflexion de la personne et des proches dans le choix des objectifs qui, de leur point de vue, sont les plus prometteurs, réalistes et pour lesquels ils sont prêts à s'engager.
<p>9. Planification : Quels seraient les éléments d'un plan d'action possible à réaliser ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les options ? Qu'est-ce qui vous aiderait ? Qui pourrait vous aider ? Comment peut-on vous aider ? À quoi vous attendez-vous de la part de votre équipe de soins ? Qui d'autre devrait participer à votre plan d'action ? Dans d'autres situations de votre vie, quelles stratégies ont déjà été satisfaisantes pour vous ? Quelles sont vos forces ? Par quoi voudriez-vous commencer ? 	<p>10. Quels sont les éléments du plan d'action que vous voulez mettre en œuvre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les actions précises que vous voulez faire pour régler la situation ? Quoi ? Comment ? Pourquoi ? Où ? Avec qui ? Avec quoi ? Quand ? <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> Ce que la personne et ses proches peuvent faire en tenant compte de leur expérience, de leurs connaissances de ce qui fait problème, de leur motivation et de leurs compétences.
<p>11. Évaluation de l'impact du plan d'action sur la personne et ses proches</p> <ul style="list-style-type: none"> Soutenir la réflexion de la personne et des proches. <ul style="list-style-type: none"> Quelles étaient vos intentions ? Qu'avez-vous réussi à solutionner ? Que pensez-vous des effets de votre plan d'action ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? Parlez-moi de votre situation actuelle... 	<p>12. Évaluation de l'impact sur l'équipe de soins et l'infirmière</p> <ul style="list-style-type: none"> Pratique réflexive de l'infirmière. <ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les répercussions de mon intervention ? Qu'est-ce que j'ai appris ? Qu'est-ce qui a été le plus utile, le moins utile ? Qu'ai-je besoin d'autre ? Qu'est-ce qui me met à l'aise ou mal à l'aise ? Quelles façons de faire puis-je partager avec les autres ?
<p>13. Reprise du processus</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour une analyse plus poussée ou pour cerner une nouvelle situation problématique, reprenez le processus divergence / convergence. 	

COLLABORATION DANS LA RELATION DE PARTENARIAT



Adaptation du schéma du Groupe interréseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et son environnement (GIRAFE) – Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR).

PROCESSUS ÉCOSYSTÉMIQUE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES NON STRUCTURÉS



LES CRITÈRES DE RÉUSSITE

INFIRMIÈRES/ PERSONNES/PROCHES	INTERORGANISATIONNEL	ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE	ATTITUDES DES ACTEURS
Reconnaissance des expertises et compétences	Développer une philosophie partenariale	Effort continu	Écoute
Partage réciproque de l'information pour donner du pouvoir	Établir des politiques et des règles en partenariat et de partenariat	Perception des différences comme une complémentarité	Ouverture
Partage réciproque des savoirs et de l'expérience	Établir des contrats et des alliances	Capacité d'autocritique	Respect mutuel
Implication personnelle (engagement)	Engagement de l'organisation à tous les niveaux	Connaissance et reconnaissance des rôles et des expertises de chacun	Confiance réciproque
Responsabilisation		Mise en commun des expertises, lieu d'échange et de réflexion	Engagement dans la relation
Capacité d'auto-critique			Reconnaissance de l'expertise, des compétences, des savoirs et des ressources de chacun
Être proactif			Reconnaissance de ses limites
Prise de décision par consensus			

RÉFÉRENCES

Bar, R.B. et J. Tagg. « From teaching to learning—A new paradigm for undergraduate education », *Change*, vol. 27, nov./déc. 1995, p. 13-25.

Bouchard, J.M. « Famille et savoirs à partager : des intentions à l'action », *Apprentissage et socialisation*, vol. 19, n° 2, 1999, p. 47-57.

Bouchard, J.M. « De l'institution à la communauté. Les parents et les professionnels : une relation qui se construit », in P. Durning (ss la dir. de), *Éducation familiale*, Paris, Éditions Matrice, 1988, p. 157-184.

Bronfenbrenner, U. *The Ecology of Human Development*, Boston, Harvard University Press, 1979.

Higgs, J. et M. Jones. *Clinical Reasoning in the Health Professions*, Philadelphie, Elsevier, 2004.

Lefebvre, H., D. Pelchat, J.C. Kalubi et B. Michallet. « Expérience distinctive de parents, de professionnels et de médecins lors de l'annonce de la déficience motrice cérébrale », in S. Tétreault, P. Beaupré, J.C. Kalubi et B. Michallet (ss la dir. de), *Famille et situation de handicap : comprendre pour mieux intervenir*, Sherbrooke, Éditions du CRP, 2002, p. 27-480.

Lefebvre, H., D. Pelchat, B. Swaine, I. Gélinas et M.J. Levert. « Le traumatisme crânio-cérébral suite à un accident de la route : les mots des personnes, des familles, des médecins et des professionnels », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 18, n° 78, sept. 2004, p. 14-34.

Mezirow, J. « A critical theory of adult learning and education », *Adult Education Quarterly*, vol. 32, n° 1, sept. 1981, p. 3-24.

Mezirow, J. « A critical theory of self-directed learning », in S. Brookfield (ss la dir. de), *Self Directed Learning: From Theory to Practice*, San Francisco, Jossey-Bass, 1985, p. 17-39.

Pelchat, D., H. Lefebvre et C. Damiani. « Deuil. Appropriation de compétences Transformation. L'apport du PRIFAM au soutien de la résilience des familles », *Pratiques psychologiques*, vol. 1, n° 1, 2002, p. 41-52.

Rogers, C.R. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Boston, Houghton Mifflin, 1951.

Rogers, C.R. *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*, Boston, Houghton Mifflin, 1961.

Sandrin Berthon, B. « À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation thérapeutique du patient ? », in *Actes du séminaire « Développer les offres régionales de formation en éducation du patient »*, LaGrande Motte (France), CRES Languedoc-Roussillon, 30 septembre–3 octobre 2004, p. 35-40.

Schön, D.A. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983.