Modèle de communication favorisant l'établissement de la relation de confiance entre les infirmières ou autres professionnels de la santé, les personnes et les familles

Hélène Lefebvre, Ph.D.
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
C.P.6128, Centre-ville
Montréal, H3C 3J7

Tél : 514-527-4527 poste 2847

Fax : 514-527-0979

Adresse courriel : helene.lefebvre@umontreal.ca

Modèle de communication favorisant l'établissement de la relation de confiance entre les professionnels de la santé, les personnes et les familles

Mots clés : résolution de problème, communication, intervention, approche centrée sur la personne, approche centrée sur l'apprentissage, éducation du patient

Résumé

Les résultats d'études ont montré que, dans les situations où les problèmes présentés par les personnes et les familles sont de nature non structurée, les infirmières et les professionnels de la santé éprouvent de la difficulté à établir une relation de partenariat. Celle-ci est liée à un problème d'approche de communication. Une approche de résolution de problèmes non structurés centrée (ARPNS) sur les acteurs a été développée. Les cadres de référence en appui à cette approche sont : l'approche centrée sur la personne et sur les apprentissages, le modèle écosystémique et l'approche réflexive. L'approche relationnelle est le partenariat. Le processus de l'ARPNS consiste, en séquence systémique, en un questionnement en divergence, c'est-à-dire d'ouverture sur un ensemble d'éléments composant la situation problématique, suivi d'une convergence, fermeture sur l'élément prioritaire sur lequel la personne s'engage à agir. Les conditions de réussites et les contraintes de cette approche sont aussi présentées. Cette approche permet à la personne et à sa famille de s'approprier le processus d'actualisation de leur projet de vie.

Introduction

Vivre avec une maladie chronique ou laissant des incapacités est un long processus de maturation durant lequel la personne et sa famille doivent passer au travers plusieurs étapes associées au processus de deuil. Deuil de sa santé, deuil de la personne qu'elle était avant la maladie, deuil de sa vie sociale et professionnelle. À chacune des étapes du processus, elle devra développer des stratégies qui lui sont propres pour ultimement assumer sa nouvelle situation et réussir à modifier son projet de vie. Pour réussir à s'adapter à sa nouvelle situation, elle a besoin du soutien des infirmières et des autres professionnels de la santé.

Il appert que les infirmières et les autres professionnels de la santé sont formés à l'approche biomédicale qui les rend efficaces pour traiter la maladie aigue. Avec cette approche hautement scientifique et technique les infirmières et les autres professionnels de la santé agissent sur la personne et celle-ci subie les interventions ou au mieux collabore passivement.

Or, la maladie chronique ou laissant des incapacités perturbe de façon importante la vie de la personne et de la famille. Celles-ci ont alors besoin d'un suivi au long court, d'un accompagnement pour s'adapter à la nouvelle situation qui perdurera et évoluera dans le temps. Cette adaptation concerne tous les volets de leur vie (individuel, familial, social, psychologique, médical). Dans la maladie chronique, il faut aussi diagnostiquer et traiter la maladie, particulièrement en terme de prévention de son évolution et des complications, et de promotion de la santé, mais surtout explorer ce qui fonctionne bien, les ressources mobilisables de la personne afin qu'elle reprenne confiance dans ses compétences pour dépasser ses incapacités. Une approche globale et intégrative permet de mieux centrer l'intervention de soins et psychosociale sur la réalité de la personne et de sa famille (Lacroix & Assal, 1998). Plusieurs programmes d'interventions centrées sur la personne visant à établir une collaboration avec elle

et la famille ont été développés (Côté, Hudon, 2005). Cependant, aucun n'explique concrètement comment le professionnel doit s'y prendre pour l'actualiser. De plus, leur formation disciplinaire n'enseigne pas non plus comment développer une relation de collaboration avec elles.

Cet article présente une approche de résolution de problèmes non structurés centrés sur les acteurs (ARPNS) afin d'aider les infirmières et les autres professionnels à conduire une intervention centrée sur la personne et la famille, sur leurs besoins réels et sur les apprentissages. Le contexte d'émergence de l'approche et les assises théoriques et relationnelles seront décrites ainsi que le processus de l'approche.

Contexte d'émergence de l'ARPNS

L'ARPNS a été développée en s'inspirant du modèle de développement systématique d'interventions infirmières de Whittemore et Grey (2002). Whittemore et Grey insistent sur l'importance du développement systématique des interventions infirmières et d'en déterminer les effets.

L'ARPNS émerge de l'expérience clinique et de recherches portant sur l'expérience de parents ayant donné naissance à un enfant avec une déficience (Lefebvre, Pelchat & Héroux, 2003; Pelchat, Lefebvre, Proulx & Reidy, 2004; Pelchat, Lefebvre, 2004.; Pelchat, Lefebvre, 2005; Pelchat & Lefebvre, 2001; Pelchat, Bisson, Ricard, Perreault, Bouchard & Lefebvre, 1998) et celle des personnes ayant un traumatisme crânien, de leurs proches et des professionnels impliqués auprès d'elles (Lefebvre & Levert, (2006), Lefebvre, Levert, Banville, & Gélinas, 2006; Lefebvre, Pelchat, Swaine, Gélinas & Levert, 2005; Lefebvre, Pelchat, Swaine, Gélinas & Levert 2004). Ces études ont montré des lacunes importantes dans l'approche de communication

entre tous les acteurs impliqués dans les situations de soins. En effet, il ressort des études précitées que, bien que les réformes des services de santé insistent, depuis les vingt dernières années, sur l'établissement d'une collaboration entre les professionnels de la santé, les personnes et les familles afin qu'elles développent leurs habiletés pour prendre leur situation de santé en main (appropriation, autodétermination, autonomie), et malgré le fait que celles-ci désirent être partie prenante des décisions qui les concernent, elles affirment souvent être insatisfaites de leur relation avec les professionnels. De leur côté, les professionnels disent ne pas savoir comment établir concrètement une relation de partenariat avec les personnes et les familles car ils n'ont pas été formés pour le faire.

Dans la relation entre les infirmières ou les autres professionnels, la personne et la famille, un dialogue de sourd s'installe parfois et mène à l'escalade (de quoi ?), au non respect et surtout à l'incompréhension des uns et des autres. Cela, bien souvent parce que les perceptions de la situation par chacun et celles de l'un et de l'autre diffèrent, sont souvent non exprimées, et les intentions de chacun non dites.

Les infirmières et les professionnels de la santé se sentent souvent impuissants devant la souffrance des personnes et des familles (Lefebvre, Pelchat, Kalubi & Michallet, 2002; Pelchat, Lefebvre, 2002). Ils ressentent un malaise à annoncer la maladie, à parler de son évolution et des incapacités qui risquent de s'installer avec le temps ou de son issue fatale comme de faire face aux réactions des proches (Pelchat & Lefebvre, 2001). Ils ont souvent tendance à se désengager de la relation. Ils adoptent alors des comportements comme de laisser la famille à elle-même après lui avoir communiqué l'information; fuir sous des prétextes organisationnels; ou encore, se détacher affectivement de la situation (Pelchat, Lefebvre, Kalubi & Michallet, 2002).

Les résultats des études montrent que l'expérience d'incertitude et la difficulté à faire face aux réactions individuelles et familiales ont un impact direct sur la qualité des relations entre la personne, la famille et les professionnels et, par le fait même, sur le processus d'adaptation à la nouvelle situation de santé. Dans le contexte de santé actuel, qui insiste sur le soutien des habiletés d'adaptation des familles et leur responsabilisation dans les soins à donner à la personne qui a le problème de santé, cette réalité ne peut être négligée (Lefebvre, Pelchat & Héroux, 2003).

Enfin, les résultats montrent que les professionnels de la santé, de leur aveu même, n'ont pas appris à entrer en relation avec les personnes ayant une maladie chronique ou laissant des incapacités qui affectent toutes les sphères de leur vie et modifient leur projet de vie, ni avec leur leur famille. Pour leur part, les personnes et les familles se disent insatisfaites de la relation avec les professionnels car elles ont l'impression d'être exclues de la relation et des prises de décisions qui les concernent alors qu'elles désirent se prendre en charge et actualiser leur projet de vie. Elles veulent que leurs compétences soient reconnues comme valides. (parfois tu écris les professionnels et les infirmières, d'autres fois tu écris les professionnels seulement. Est-ce voulu ?)

Dans la relation, deux mondes de perceptions et deux systèmes de croyances s'inscrivent en interaction continue. Le professionnel avec son expertise disciplinaire, son expérience personnelle et professionnelle, sa culture, ses valeurs et croyances, ses buts quant à la relation et à l'intervention. La personne et sa famille avec son savoir situationnel, son expérience personnelle, familiale, sa culture, ses valeurs, ses croyances, ses buts quant à la relation et à l'intervention.

Dans la relation de soins, le professionnel, de par sa formation, a tendance à dire d'emblée à la personne ce qu'elle doit faire sans explorer ses perceptions, l'impact du problème sur sa vie, ses objectifs de réadaptation ou de vie. Cela entraîne un monologue au cours duquel l'infirmière ou le professionnel prescrit à la personne ce qu'elle doit faire et n'en pas déroger, souvent sous peine de perdre leur soutien. Les résultats des recherches montrent qu'un contexte inapproprié, un manque de connaissance ou de savoir faire, une attitude distante, un manque d'ouverture à l'autre, de tact, d'écoute, de respect, ou d 'humanité de la part d'un des acteurs peut contraindre l'établissement de cette relation (Pelchat, Lefebvre, 2003).

En somme, du point de vue de tous les acteurs concernés, il y a un problème d'opérationnalisation de la communication permettant d'établir une relation de confiance soutenant l'actualisation du projet de vie des personnes et des familles. Il importe ici d'insister sur le fait que pour réaliser son projet de vie sociale, la personne, la famille et les proches doivent devenir des sujets actifs de leur vie et non être des objets dépendants sur lesquels l'intervention agit. Ainsi, ils doivent être partie prenante de l'intervention.

Suite à l'identification de ces irritants, le contenu de l'ARPNS a été développé afin d'aider les infirmières et les autres professionnels à actualiser une relation de partenariat avec les personnes et les familles. Cette approche a pour effet de leur donner un contrôle (ou une responsabilité ?) partagé de l'identification des difficultés ainsi que la recherche de solutions. L'équipe soignante, forte de son expertise disciplinaire, doit reconnaître les ressources et l'expertise de la personne et de la famille en lien avec leur situation de vie pour les accompagner.

Suite à l'identification des difficultés par chacun des acteurs, les cadres de références ont été choisis et l'approche développée. Par la suite la pertinence du contenu de chaque étape du processus de l'approche a été vérifiée auprès professionnels de la santé. Une grille de validation du processus basée sur les cadres théoriques est en développement. Dans un avenir rapproché, l'approche sera utilisée par des équipes de programmes en réadaptation et servira de contexte pour évaluer du point de vue des personnes, des familles et des professionnels l'efficacité de cette approche à conduire une intervention centrée sur la personne, ses besoins réels et ses apprentissages. Pour ce faire des professionnels seront formés à son application.

Problème structuré et problème non structuré : le cas de la maladie chronique ou laissant des incapacités

Les problèmes de santé auxquels doivent faire face les personnes, les familles, les proches et les équipes de soins ont des impacts multiples sur l'ensemble des dimensions de la vie (social, économique, psychologique, éthique, culturel, scientifique, politique, etc.) Ces problèmes sont dits non structurés, par comparaison à des problèmes structurés.

Un problème est structuré (de cause à effet) lorsque à un problème donné il y a une cause précise et une solution immédiate. L'ensemble des éléments nécessaires à sa résolution sont connus ou accessibles et n'interfèrent pas avec d'autres facettes de la vie de la personne que celle qui est concernée par le problème. La solution est unique, non équivoque et vérifiable. Les problèmes structurés se retrouvent surtout en contexte de soins aigus.

Le problème non structuré, davantage associé à la maladie chronique ou laissant des incapacités, comporte une multitude de facettes inter reliées et indépendantes pour lesquelles il n'y a pas une solution universelle. En effet, ces problèmes exigent une investigation systématisée des éléments qui concourent au problème et de leurs impacts possibles ou réels sur les différentes sphères de la vie de la personne avant de rechercher les solutions les mieux appropriées. Ils nécessitent d'explorer leur contexte afin d'identifier et de décrire les différents éléments en jeu et les relations entre ces éléments. Les mêmes conséquences peuvent avoir plusieurs causes et les mêmes causes peuvent avoir des effets différents, qui évoluent dans le temps. La solution est complexe et va dépendre de la capacité à intervenir sur plusieurs facteurs.

Maladie chronique : un processus de deuil

La maladie chronique ou laissant des incapacités implique que la personne développe des stratégies pour assumer son nouvel état de santé, ses nouvelles conditions de vie. Kübler-Ross (1981) a définit les étapes que chaque personne surmonte habituellement lors de la perte d'une personne. Ce modèle peut s'appliquer au processus d'adaptation de la personne et de sa famille à la maladie chronique. Elle les a décrits dans l'ordre chronologique où les personnes les vivent habituellement : choc initial, déni, révolte, marchandage, tristesse, acceptation. Cependant, d'autres auteurs ont élaboré d'autres modèles répondant à des situations particulières.

Pelchat et Lefebvre (2004) ont développé un modèle du travail de deuil dans le cadre du Programme d'intervention familiale (PRIFAM) qui décrit le processus d'adaptation chez une personne en situation de stress intense. Ces auteurs ont ajouté l'étape de la transformation à la fin du processus. La transformation est la capacité de la personne et des proches à se sentir compétents et confiants pour utiliser leurs ressources et leurs savoirs dans la gestion de leur

quotidien, pour s'autodéterminer et actualiser leurs nouveaux projets de vie ainsi que pour exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent. Ce modèle du travail de deuil a évolué au cours d'une étude portant sur l'expérience des personnes et des familles lors d'un traumatisme crâniocérébral (Lefebvre & Levert, 2005). À cette occasion, une étape préalable au choc initial a été ajoutée soit l'appréhension. La personne atteinte d'une maladie chronique ou laissant des incapacités et sa famille doivent résoudre chacune des étapes afin d'assumer la nouvelle situation de santé. Ainsi, il importe que les professionnels de la santé développent des stratégies relationnelles face aux réactions émotionnelles des personnes et des familles dans le processus de deuil. Comment encourager la personne et la famille pour qu'elles reprennent confiance en elles? Comment leur donner des informations positives leur permettant de se mobiliser? Comment, sans briser l'élan de l'individu, ramener à de plus justes proportions les objectifs de réadaptation lorsqu'une personne s'accroche à une vision irréaliste des progrès possibles ? Reconnaissant que l'agressivité s'adresse à la maladie et non à l'intervenant, comment les stimuler à faire face à la réalité actuelle? Comment faire face à la trajectoire rythmique de la maladie?

Les concepts de deuil non affranchi et deuil psychosocial apportés par Doka (1989) sont particulièrement intéressants en contexte de maladie chronique ou laissant des incapacités, car ceux-ci mettent en contexte le processus de deuil dans un cadre social. Ces expériences suscitent différentes émotions, de la tristesse à la colère en passant par l'impuissance. Dans le cas de la maladie chronique ou laissant des incapacités, c'est toute la vie d'avant la maladie qui est remise en question. Chacun des membres de la famille devra vivre le deuil de ce qu'était la vie de la personne et celle de la famille avant la maladie pour s'adapter à la nouvelle réalité et transformer positivement leurs projets de vie (Lefebvre, et al., 2005; Pelchat, 1989; 1995; Pelchat et Lefebvre,

(attention, parfois c'est une « virgule », un « & » ou un « et » qui sépare les deux derniers noms d'auteurs). 2004; Pelchat & Lefebvre, 2002).

La philosophie, les cadres théoriques et le modèle relationnel qui sous tendent l'ARPNS seront maintenant présentés.

Philosophie, cadres théoriques et modèle relationnel

Des constats des recherches et des propos de personnes ayant une maladie chronique ou laissant des incapacités et des infirmières et des professionnels de la santé ayant participé aux études a émergé cette approche de communication à laquelle ils devraient être formés.

Toutefois, avant de présenter les assises théoriques, il importe de décrire brièvement la conception de l'intervention dans cette approche.

Conception de l'intervention

L'intervention est considérée comme une activité interactionnelle basée sur une perspective transpersonnelle visant le bien-être de la personne et de sa famille tel que celles-ci le définisse. Elle prend en compte les valeurs culturelles, les croyances et les convictions de la personne et de sa famille. L'intervention se co-construit à partir de ce qui est, en considérant la façon d'être en relation avec soi et les autres. Ainsi, la personne et la famille deviennent les agents de leur propre santé et des partenaires au même titre que les professionnels de la santé. Elle réfère à un partage conscient entre celui qui donne le soin et celui qui le reçoit. Ainsi, les partenaires peuvent ensemble potentialiser leurs compétences et leurs savoirs.

L'intervention est le lieu de la mise en relation de la réalité de la personne et de la famille et de celle du professionnel. Il importe de se préoccuper de la subjectivité liée à la situation de santé car la personne et la famille adhéreront au projet de soins s'il correspond à leur manière de voir les choses et à leur réalité.

Dans l'ARPNS, la personne est perçue comme un être entier, unique, complexe et indissociable de son univers. Les aspects physiques et métaphysiques (*spirituels*) de l'être sont interreliés et interdépendants, de même qu'ils le sont avec l'environnement. La compréhension des phénomènes par la structure unique qui les caractérise, une unité globale (personne) en interaction réciproque et simultanée avec une unité globale plus large, l'environnement. La conception de la santé s'inscrit donc dans l'unité personne environnement et est ancrée dans les valeurs et l'expérience de la personne.

Le but de l'intervention est d'aider les personnes et les familles à développer leurs habiletés et leurs compétences dans la résolution de leurs difficultés pour favoriser leur adaptation et leur permettre de transformer leur projet de vie.

Cette approche véhicule une vision holistique et systémique de l'intervention dans un contexte d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient (Sandrin Berthon, 2004) auprès des personnes et des familles qui met en valeur l'interdépendance entre les acteurs (les différentes réactions sont parfois asynchrones). Elle prend en compte les valeurs, croyances et convictions de chacun, la reconnaissance de leurs ressources et compétences qui sont mutuellement mis à contribution afin de co-développer leurs savoirs, savoirs faire, savoirs être et savoir mieux vivre ensemble dans la réciprocité.

Cadres de références et approche relationnelle de l'ARPNS

Les cadres de référence en appui à l'approche de résolution de problèmes non structurés (attention, parfois c'est écrit avec des « s », d'autres fois sans « s »). centrée sur les acteurs sont : l'approche centrée sur la personne et sur les apprentissages (Rodgers, 1951; Mezirow, 1981; 1990; Bar& Tagg, 1995), le modèle écosystémique (Brofenbrenner, 1979) et l'approche réflexive (Schön, 1983; Higgs & Jones, 2004). L'approche relationnelle est le partenariat (Bouchard, 1988; 1999) qui favorise la coopération entre les acteurs. L'approche s'actualise dans un contexte interprofessionnel.

Approche centrée sur la personne et sur les apprentissages

L'approche centrée sur la personne vise l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa situation, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les acteurs impliqués dans la situation avec elle, afin qu'elle prenne les meilleures décisions pour elle-même. Elle implique que le professionnel reconnaisse qu'il est en relation avec la personne et sa famille se décentrant de lui-même pour se tourner vers l'autre (Labelle, 1998). Elle oblige l'intervenant à prendre part, du point de vue de la personne, à ce qu'elle vit dans l'ici et maintenant. Ce processus, continu et intégré à la démarche de soins, est composé d'actions éducatives de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et de soutien psychosocial relié à la condition de la personne. Elle permet aux infirmières et aux professionnels de mieux coopérer avec la personne et sa famille. Il s'agit d'un processus systémique qui favorise le sentiment de maîtrise, les aspects socioculturels ainsi que les besoins objectifs et subjectifs, exprimés ou non, par les personnes.

La situation de santé est l'occasion de rencontre entre deux réalités quant à la signification que la personne et sa famille donne au problème et celle que l'équipe de soins lui confère. Ainsi,

l'intervention est le lieu de la mise en relation de ces deux réalités, d'où l'importance de se préoccuper de la subjectivité liée à la situation de santé.

Dans l'approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers (1961; 1969), la personne détermine ce qu'elle veut faire et comment elle veut le faire. Elle établit ses propres objectifs. L'utilisation de cette approche seule peut faire en sorte que le professionnel se sente mis à l'écart et que son savoir d'expert n'est pas reconnu. Dans l'approche centrée sur la personne et les apprentissages, il y a une reconnaissance mutuelle de l'expertise de chacun : le savoir disciplinaire du professionnel et le savoir particulier de la personne en regard de sa situation de vie. Ces concepts développés dans le domaine de l'éducation (Bar & Tagg; 1995; Kaufman 2002; Labelle, 1998) s'avèrent pertinents dans celui de la santé. En effet, l'intervention soutenant le nouveau projet de vie de la personne et de la famille est un processus éducatif mettant en scène la réciprocité éducatrice (Labelle, 1998) entre l'infirmière ou le professionnel de la santé, la personne et sa famille. Elle implique une relation partagée dans l'établissement des objectifs, le choix des stratégies à mettre en œuvre dans le cadre d'une coopération. Intervenants, personne et famille co-apprennent, se co-développent, et partagent la responsabilité du processus et croissent ensemble tout au long de ce processus. Ils deviennent les acteurs engagés de la réalisation du projet de vie.

Une intervention centrée sur la personne et les apprentissages fait en sorte que l'équipe de soins analyse chaque situation, par exemple des moments critiques, à travers l'expérience de la personne et de sa famille et y ajuste ses propres comportements. La personne et la famille sont acceptées telles qu'elles sont et non pas telles que l'équipe de soins voudrait qu'elles soient. Ainsi, une meilleure connaissance par l'équipe soignante des réactions émotionnelles propres aux

différentes phases de l'évolution de la maladie l'aiderait à mieux comprendre ce que les personnes et leur famille vivent et à les aborder avec une attitude favorisant le processus d'adaptation et de transformation.

Modèle écosystémique

Le modèle écosystémique, centré sur l'interaction Personne Milieu, s'impose de plus en plus en contexte de maladie chronique ou laissant des incapacités. Il pose comme postulat que les êtres humains font partie d'un vaste système de vie et ne peuvent être considérés isolément.

Cette démarche s'avère nécessaire pour s'assurer que les stratégies ne s'enlisent pas dans des perspectives réductionnistes, individualisantes et stigmatisantes à l'égard des personnes et de leur famille en leur attribuant l'unique responsabilité de leur trajectoire sociale sans tenir compte des réalités et caractéristiques des différents systèmes avec lesquels elles sont en interaction et en appliquant une intervention standard à toutes. Au contraire, une meilleure compréhension de la dynamique des interrelations Personne Milieu a toutes les chances de conduire à des interventions plus adaptées aux caractéristiques des personnes, maximisant ainsi leurs potentialités tout en permettant de réduire ou de contourner ce qui fait obstacle à l'actualisation de leur projet de vie. Enfin, ce modèle permet d'entrevoir et d'aborder le milieu comme un véritable réseau potentiel de soutien des personnes par des stratégies visant à travailler avec elles et non pas pour ou sur elles.

Le modèle écosystémique permet une analyse globale de la situation de la personne et de sa famille, dans son milieu de vie immédiat et dans son environnement; une analyse de leurs

interactions avec les différents systèmes autour desquels elles gravitent (ou avec lesquels elles interagissent ?).

L'individu devient indissociable de la réciprocité d'avec ses milieux de vie. Ses apprentissages sont intimement liés à son environnement sur lequel il peut agir. Ce modèle stipule que les comportements des individus sont influencés par les contextes immédiats dans lesquels ils évoluent (micro-système), par la nature, la qualité et la quantité des interrelations existants entre les différents milieux (méso-système), par les lieux, institutions ou organisations avec lesquels elles sont en contact (exo-système) et par les valeurs, les croyances, les normes et les conduites proposées par la société (macro-système). La trajectoire au long court (chronosystème) englobe notamment les tâches développementales ou les périodes de transitions auxquelles les personnes et les familles sont confrontées. La prise en considération du chronosystème permet une analyse évolutive de la situation d'une personne ou d'une famille ce qui est particulièrement pertinent dans le contexte de la maladie chronique ou laissant des incapacités. Par exemple, de nouveaux problèmes ou de nouvelles données apparaissent au cours de la définition ou de la résolution, transformant, complexifiant ou faisant disparaître le problème initialement défini. Considérer les différents systèmes qui influencent la personne et sa famille et avec lesquels elles interagissent donne une vision élargie des rôles sociaux et des situations d'incapacité qu'elles peuvent rencontrer.

Approche réflexive

La pratique réflexive aide la personne, la famille, l'infirmière et le professionnel de la santé à mieux se situer dans le processus d'intervention. Chacun analyse et interprète en cours d'action (dans l'action) ou de façon rétrospective (sur l'action) la situation clinique (et psychosociale ?)

dans la poursuite d'objectifs précis. Par la suite, chacun réévalue ses actions au quotidien pour en apprécier la pertinence, la qualité, la justesse et apporter les correctifs pour l'avenir.

L'approche réflexive permet à la personne et à la famille d'avoir un regard critique sur leur situation personnelle, sur leurs actions et sur leurs effets dans toutes les sphères de leur vie et sur leur projet de vie. Elle amène les professionnels à examiner leur propre pratique clinique, à évaluer leurs forces et à cerner les façons de continuellement l'améliorer afin de répondre aux besoins, de mieux comprendre les problèmes auxquels ils sont confrontés, de voir la cohérence entre ce qu'ils espèrent faire et ce qu'ils font concrètement, entre la théorie et la pratique et d'enrichir l'intentionnalité de leur pratique, qui repose davantage sur des données probantes.

Approche de partenariat

Le partenariat est l'association d'une personne vivant avec une maladie chronique ou laissant des incapacités, de sa famille et de ses proches, des professionnels de la santé, des gestionnaires et des décideurs (du système de santé ?) dans un rapport visant l'égalité. Ils reconnaissent leurs expertises et leurs ressources réciproques dans la prise de décision par consensus concernant la réalisation du projet de vie de la personne. Celui-ci s'actualise par l'appropriation de compétences nécessaires menant à l'autodétermination de chacun (Bouchard, 1999).

En contexte de partenariat, l'infirmière ou le professionnel analyse la situation avec son savoir expert, son expérience personnelle et professionnelle. Il partage son expertise avec la personne et la famille. Il est un guide, un accompagnateur pour la personne et la famille dans leur recherche de solutions, leur mise en œuvre et l'évaluation de leurs impacts.

La personne et sa famille analysent la situation à travers leurs savoirs particuliers, leurs expériences de la situation de vie et partagent leurs expertises avec celle de l'infirmière ou du professionnel afin de mieux comprendre la situation. Ainsi, les savoirs disciplinaires et les savoirs de la personne et de la famille forment un savoir commun.

Le professionnel reconnaît la capacité de la personne et de sa famille à reprendre le cours de son développement, identifie les besoins objectifs et subjectifs, les connaissances, les compétences de la personne et de sa famille, reconnaît que leurs savoirs sont vrais et valides et les considèrent comme une expertise aidante. Il les informe aussi selon leurs besoins réels et les guide pour trouver la solution la mieux adaptée à leur réalité.

Approche de résolution de problèmes non structurés centrée sur les acteurs

L'approche de résolution de problèmes non structurés est un « outil » structurant de communication pour résoudre des problèmes non structurés.

Il s'agit d'une approche qui propose de développer une intervention centrée à la fois sur la personne et sa famille (leurs besoins réels) et sur les apprentissages (Bar & Tagg, 1995; Kaufman, 2002) fondée sur les compétences et les habiletés de la personne et de sa famille à se prendre en charge en médiation avec celles des intervenants. Elle permet au professionnel de se centrer sur les besoins exprimés de la personne et de sa famille ainsi que sur les apprentissages qui lui permettront de mettre en œuvre son projet de vie. Cette approche d'accompagnement vise à soutenir l'actualisation du projet de vie des personnes et des familles, ce qui est la première source de leur motivation à s'engager dans le processus de résolution de leurs difficultés. Elle implique une pratique réflexive favorisant l'apprentissage dans la réciprocité et l'écoute des besoins réels exprimés par les personnes et les proches. Par la suite, cela demande d'adapter le

plan d'intervention en conséquence et non à la philosophie et à la pratique de soins telles que perçues par le professionnel (attention, plusieurs phrases sont très longues et contiennent plusieurs idées).

Processus de l'approche

Le processus de l'approche de résolution de problèmes non structurés est un agencement de regards sur la situation de la personne ayant une maladie chronique ou laissant des incapacités et de sa famille en séquence systémique. Il consiste en un questionnement en divergence, c'est-à-dire d'ouverture sur un ensemble d'éléments composant la situation problématique menant à une convergence, fermeture sur l'élément prioritaire choisi par la personne et ultimement pour lequel elle pourrait décider de s'engager. La méthode de l'entonnoir est appliquée à chaque étape dans laquelle l'intervenant utilise des sous questions pour guider l'évolution du processus. Le processus peut être repris autant de fois que nécessaire lorsque qu'une situation non structurée à résoudre se présente. En cours de processus, il est possible de réorienter l'entretien vers un autre problème qui apparaît aux yeux de la personne ou de sa famille comme davantage prioritaire ou pouvant aider à solutionner le problème original. Le modèle est décrit ci-après accompagné d'exemples de questions pouvant être posées ainsi qu'au besoin d'éléments explicatifs ou de mises en garde.

Insérer tableau Approche de résolution de problèmes non structurés centrée sur les acteurs

Le processus consiste en douze étapes successives et systémiques : identification des situations problématiques, choix du problème prioritaire à résoudre; identification des perturbations dans les différents systèmes écologiques, choix de la principale perturbation à résoudre; identification des impacts possibles dans les différentes sphères de la vie de la personne et de sa famille, choix du principal impact; identification des buts possibles pour modifier le problème, choix de l'objectif précis sur lequel la personne et sa famille veulent travailler; identification du plan d'actions possibles, choix de l'action priorisée et mise en œuvre; évaluation par la personne et les proches, évaluation par les professionnels du processus et de ses résultats. Par la suite, chacun fait les ajustements nécessaires et le processus peut reprendre pour résoudre une autre difficulté.

À chacune des étapes du processus, il est impératif que le professionnel laisse le temps à la personne (et à sa famille ?) pour s'exprimer, réfléchir à ce qu'elle vit, à ce qu'elle désire et faire ses choix, car elle est dans un processus de développement qui exige du temps. Le rôle du professionnel est de profiter de chaque occasion fournie par la personne et sa famille à toutes les étapes du processus pour explorer différentes avenues en divergence et en convergence. Pour ce faire, il utilise des questions ouvertes de façon à permettre à la personne d'exprimer ses idées en entier. À l'occasion, il reformule les propos de la personne afin de valider sa compréhension. Il fait preuve d'une grande écoute, de respect du rythme de la personne et de ses idées sans poser de jugement.

Cette approche permet à la personne et à la famille de développer de nouvelles ressources pour faire face à la situation, d'acquérir un sentiment de contrôle sur sa vie, d'acquérir ou de renforcer

son sentiment de confiance et de compétence à gérer son quotidien et d'actualiser son projet de vie.

Chaque étape du processus prend le temps nécessaire pour l'exploration et le choix. Elle peut mettre en scène plusieurs acteurs dont il faut considérer le point vue, les choix et 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. Chaque étape nécessite des sous questions plus ou moins nombreuses selon ce qui est présenté par la personne ou la famille. Il est essentiel de suivre la personne et ses proches là où elles sont et vers ce qu'elles veulent devenir en sachant que ce devenir n'est peut-être pas celui qu'elles imaginent au moment présent. L'important, c'est de leur démontrer qu'elles ne sont pas seules dans leur parcours vers leur devenir. Pour ce faire, l'intervenant doit développer ses techniques de communication (par exemple : reformulation, questions ouvertes, questions en relais etc.) ou encore susciter les questionnements de la personne et de ses proches. Les questions doivent faire appel à l'expérience de la personne et vise davantage les représentations au sujet du problème, la compréhension et la projection vers l'avenir pour la réalisation du projet de vie. L'information doit aussi circuler de façon éthique à l'intérieur de l'équipe: personne, famille, professionnels.

L'intervention de soins est un projet d'éducation visant l'apprentissage et le co-apprentissage vers un nouveau projet de vie qui se co-construit au jour le jour. L'ARPNS aide l'infirmière ou le professionnel à la mettre en action de l'intérieur de l'expérience de la personne et de la famille.

Critères de réussite et contraintes

Réussir cette approche nécessite le respect d'un certain nombre de critères concernant les professionnels, les personnes et les familles, les organisations de soins, l'équipe interprofessionnelle et les attitudes des acteurs. Dans certains contextes, ces critères peuvent devenir contraignant lorsque par exemple, les ressources nécessaires à la réalisation du projet ne sont pas disponibles, que l'intervenant ou la personne famille ont de la difficulté à communiquer leurs intentions ou encore lorsque le problème est mal cerné ou irréaliste. Cela implique que parfois que le professionnel doive accompagner la personne dans une solution qui lui paraît inappropriée mais à laquelle la personne croit. Par exemple, le retour au même emploi qu'avant la maladie peut s'avérer une expérience difficile et pénible lorsque la personne ayant le problème de santé n'a plus les capacités pour l'occuper. Cependant, le professionnel permettra à cette personne de faire cette expérience en étant soutenue dans sa déception. Le rôle du professionnel est alors d'amener la personne à travers cette expérience à dévier de ce projet pour en choisir un autre, et non de l'abandonner à son projet parce que son savoir professionnel lui dicte que c'est irréaliste.

Insérer Tableau Critères de réussite

Au plan pratique, cela signifie de valider une perception ou une information, explorer un thème, favoriser l'expression des sentiments, renforcer les croyances aidantes, les habiletés ou les forces, et ébranler les croyances contraignantes. La personne, le proche (des fois c'est la famille, le proche, les proches ou la famille et les proches) et l'équipe de soins détiennent un pouvoir égalitaire dans lequel chacun contrôle sa part de la relation, où il connaît et respecte le rôle de l'autre, et où il est confiant qu'il possède en lui les compétences pour répondre aux objectifs fixés.

Validation du processus de l' ARPNS

L'ARPNS a été présentée à un groupe de 15 professionnels de disciplines différentes (infirmières, travailleurs sociaux, neuropsychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes) oeuvrant auprès de clientèles présentant des troubles graves de comportement lors d'un atelier de formation. À cette occasion, les participants ont vécu l'approche à partir d'une problématique reliée au milieu du travail. Le problème proposé pour expérimenter l'approche était le fait de travailler avec personnes atteintes de troubles graves du comportement posant des difficultés importantes au long court. Suite à cette expérimentation guidée par les formateurs, l'approche a été expliquée. Par la suite, une application à un cas concret a été réalisée. Le but de cet atelier était, outre la présentation de l'approche, de vérifier si les étapes proposées sont suffisantes, justifiées, nécessaires; si les cadres théoriques décrits plus haut sont justifiés, pertinents, utiles et opérationnalisés et de vérifier si cette approche est applicable de façon réaliste sur le terrain.

Ce qui ressort de la discussion avec les participants est que l'approche semble facile d'utilisation, permet d'éviter les escalades d'incompréhensions dans la communication car leur clientèle présente des caractéristiques particulières qui avivent les émotions et mettent en conflit les valeurs et les croyances. Elle permet de travailler dans l'univers de la personne et de la famille sans nier leur expertise professionnelle. Aux dires des participants, même s'il peut être tentant de sauter une étape pour arriver à la solution rapidement, chaque étape en séquence est essentielle et ne doit pas être amputée au profit de proposer une solution experte rapide à la situation mais d'accompagner, d'orienter la personne et la famille vers la meilleure solution pour elles-mêmes. Le processus n'étant pas linéaire mais systémique, il est possible de revenir en arrière, de

réorienter le processus vers une autre problématique qui émerge et qui semble, aux yeux des acteurs, importante à aborder.

La prochaine phase du développement de cette approche, consiste à développer une grille basée sur les cadres théoriques permettant de vérifier la convivialité de l'approche et son efficacité.

Conclusion

L'ARPNS donne un moyen concret aux intervenants pour aplanir les obstacles à la communication et actualiser une intervention centrée sur la personne et les apprentissages à faire pour mettre en route et soutenir le projet de vie de la personne. Il positionne l'infirmière ou le professionnel comme complice à l'intérieur de la situation problématique et la personne (et ses proches ?) deviennent des sujets actifs de la recherche de solution. Ainsi, ni l'infirmière ou le professionnel, ni la personne ou sa famille ne peuvent plus être spectateurs, mais sont désormais devenu les acteurs du projet éducatif qu'est l'intervention.

Références

Lacroix, A. & Assal,JP. (1998). *L'Éducation thérapeutique des patients.* Vigot. Paris.

Côté, L., Hudon, E. (2005). L'approche centre sur le patient:diverses manières d'offrir des soins de qualité. Dans Claude Richard & Marie-Thérèse Lussier, La communication professionnelle en santé. ERPI. Ch.6. 145-164

Whittetmore, R., Grey, M. (2002) The systematic Development of Nursing Interventions. *Journal of Nursing Scolarshi*p. 32(2). 115-120.

Pelchat, D., **Lefebvre, H.,** Proulx, M., & Reidy, M. (2004). Parental satisfaction with an early Family Intervention Program. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 18(2),* 128-144.

Pelchat, D., & **Lefebvre, H.** (2004). A Holistic Intervention Program for families with a child with a disability. *The Journal of Advanced Nursing, 48(2),* 1-8.

Lefebvre, H., Pelchat, D., & Héroux, M.C. (2003). Partenariat familles, professionnels, gestionnaires: vers une continuité des soins et services. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 9(2),* 6-20.

Pelchat, D., & **Lefebvre, H**. (2001). Annonce de la déficience motrice cérébrale : une relation de confiance à construire entre les parents, les professionnels et les médecins. *Paediatrics & Child Health, 6(6),* 365-374.

Lefebvre, H., & Levert, M.J. (2006). Breaking the news of traumatic brain injury and incapacities. *Brain Injury20*.711-718.

Lefebvre, H., Levert, J.M., Banville, F., & Gélinas, I. (to be published October 2006) Portrait des besoins de la clientèle ayant un traumatisme craniocérébral léger avec des incapacités persistantes et des services**.** *Journal de Réadaptation médicale.*

Lefebvre, H., Pelchat, D., Swaine, B., Gélinas, I., & Levert, M.-J. (2005) Traumatic Brain Injury Resulting from a Road Accident: Observations of Individuals, Families, Physicians and Health Professionals. *Brain Injury, 19(8),* 585-597.

Lefebvre, H., Levert, M.J. (2005). Traumatisme crâniocérébral. De la souffrance a la résilience. Frontières.17(2). 77-85.

Lefebvre, H., Pelchat, D., Swaine, B., Gélinas, I, & Levert, M-J. (2004). Le traumatisme crâniocérébral suite à un accident de la route: les mots des personnes, des familles, des médecins et des professionnels. Recherche en soins infirmiers, 18, 14-34.

Lefebvre, H., Pelchat, D., Kalubi, J.C., & Michallet, B. (2002). 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, B. Michallet (Eds), Famille et situation de handicap. Comprendre pour mieux intervenir (pp.27-48). Sherbrooke: Éditions du CRP.

Lefebvre, H., Pelchat, D., Swaine, B., Gélinas, I, & Levert, M-J. (2004). Le traumatisme crâniocérébral suite à un accident de la route: les mots des personnes, des familles, des médecins et des professionnels. *Recherche en soins infirmiers, 18*, 14-34.

Pelchat, D., & **Lefebvre, H**. (2001). Annonce de la déficience motrice cérébrale : une relation de confiance à construire entre les parents, les professionnels et les médecins. *Paediatrics & Child Health, 6(6)*, 365-374.

Lefebvre, H., Pelchat, D., Kalubi, J.C., & Michallet, B. (2002). 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, B. Michallet (Eds), *Famille et situation de handicap. Comprendre pour mieux intervenir* (pp.27-48). Sherbrooke: Éditions du CRP.

Pelchat, D., & **Lefebvre, H**. (2002). Deuil-Appropriation de compétences-Transformation. L'apport du PRIFAM au soutien de la résilience des familles. *Pratiques Psychologiques, 1*, 41-52.

Pelchat, D., **Lefebvre, H.,** Kalubi, J.C., & Michallet, B (2002). Quoi de neuf à propos de l'annonce de la déficience motrice cérébrale ? In S. Tétreault, P. Beaupré, J.-C. Kalubi, B. Michallet (Eds), *Famille et situation de handicap. Comprendre pour mieux intervenir* (pp.13-26). Sherbrooke: Éditions du CRP.

Pelchat, D., & **Lefebvre, H**. (2003). Appropriation des savoirs parentaux dans la continuité des services pour les familles ayant un enfant atteint d'une déficience motrice cérébrale [On-line]. *Éducation et Francophonie, 31 (1)*. Available (2006-01-17): http://www.acelf.ca/revue/31-1/articles/09-pelchat.html

Ministère de la Santé et de la Solidarité. (2001). Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique. Retrieved 25 avril, 2006, from http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/index.htm

Pelchat, D., & Lefebvre, H. (2002). Deuil-Appropriation de compétences. Transformation. L'apport du PRIFAM au soutien de la résilience des familles. *Pratiques Psychologiques*, 1, 41-52.

Sandrin Berthon, B. (2004). À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation thérapeutique du patient?. Actes du Séminaire *Développer les offres régionales de formation en éducation du patient*. La Grande Motte, 30 septembre au 3 octobre. 35-40.

Labelle, J.M. (1998). Réciprocité éducatrice et conduite épistémique développementale de la personne. Dans Claudia Danis et Claudie Solar, Apprentissage et développement des adultes. Éditions Logiques. Montréal.103-122.

Rodgers, C. (1961). On Becoming a person. Boston, MA:Houghton Mifflin

Rodgers, C. (1969). Freedom to learn. Columbus,OH: Charles E Merrill.

Mezirow, J. (1981). A critical Theory of Self-Directed Learning. In S. Brookfield (dir.), *Self Directed Learning: From Theory to Practice* (p. 17-39). San Francisco, CA: Jossey-Bass. Inc.

Mezirow, J. (1990). Fostering Critical Theory of Adult Learning and Education. *Adult Education.* 32(1), 3-24.

Bar, R.B. & Tagg, J. (1995) From Teaching to earning. *Change. 27*. 13-25

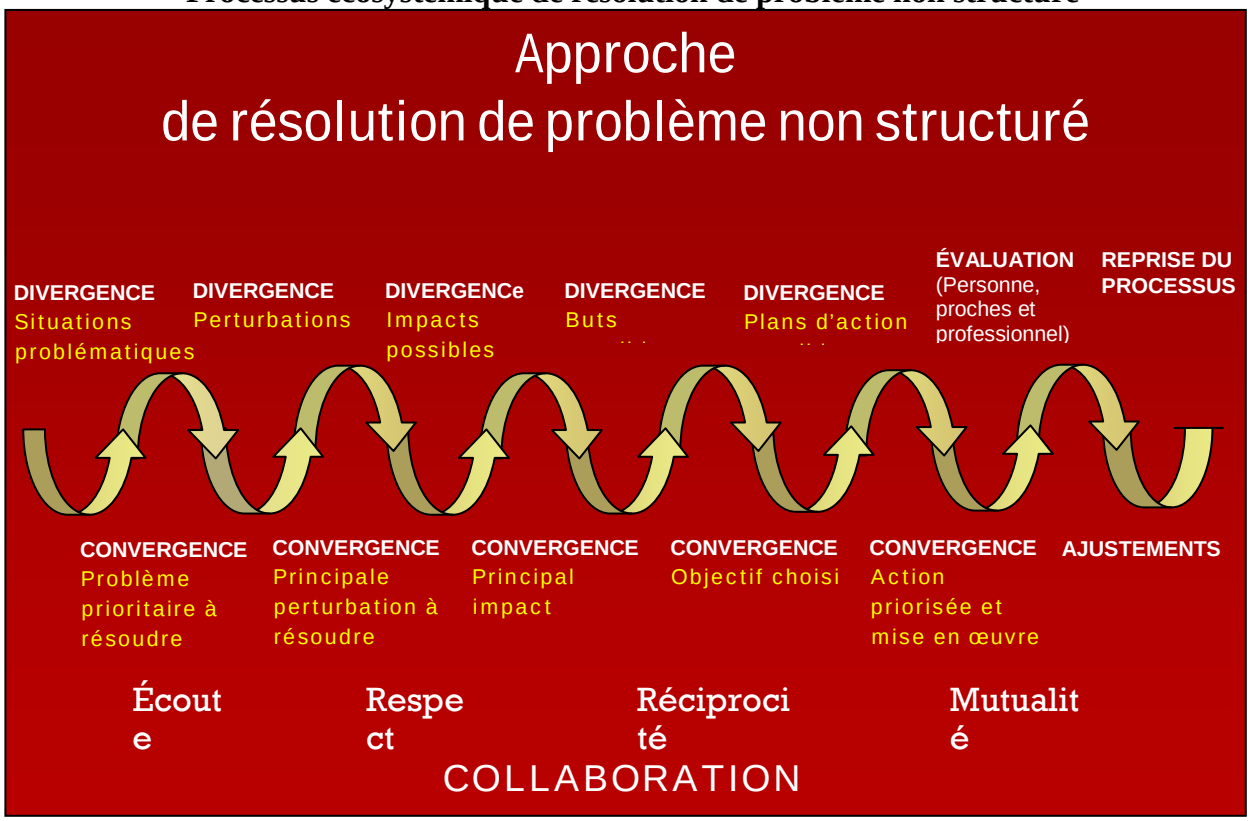
Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge (MA): Harvard University Press.

Schön, D.A. (1983). *The Reflective Practionner. How Professionals Think in Action*. Basic Books Inc. United States.

Higgs, J., Jones, M. (2004). *Clinical reasoning in the health professions, in Clinical Reasoning in the Health Professions.* Second edition. P. 3-14. Elsevier.

Bouchard, J.M. (1999). Famille et savoirs à partager : des intentions à l'action. *Apprentissage et socialisation, 19*(2), 47-58.

Processus écosystémique de résolution de problème non structuré



Processus de résolution de problèmes non structurés centré sur les acteurs
(exemples de questions et de sous questions permettant la méthode de l'entonnoir)

Divergence	**Convergence**
1. Inventaire de ce qui fait problème du point de vue de la personne et des proches • 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? **ATTENTION** ✓ Laisser la personne et les 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 de voir le jour	2. Parmi les éléments mentionnés, lequel représente actuellement le problème le plus important (du point de vue de la personne et des proches)? • Quelles sont vos principales préoccupations? • Qu'est-ce qui vous importe le plus? **ATTENTION** ✓ Respecter le choix de la personne et des proches
3. En quoi cette situation perturbe-t-elle votre vie? • En quoi cette situation vous nuit? • Dans quelles sphères de votre vie cette situation vous dérange–elle ?	4. Quelles sont les principales perturbations que cette situation apporte dans votre vie? • Parmi les éléments énoncés lequel est le plus dérangeant?
5. Quels impacts cette perturbation a-t-elle dans votre vie? ATTENTION ✓ Amener la personne à exprimer ce qu'elle peut difficilement faire, ne peut plus rêver de faire ✓ Il est possible que le professionnel doive passer en premier par ce que la personne espérait pouvoir continuer de faire comme travail, activité, relation	6. Quels sont les principaux impacts de cette situation dans votre vie? • Parmi les impacts énoncés lequel est le plus dérangeant? ATTENTION ✓ Amener la personne à identifier ce qu'elle vit le plus difficilement en lien avec le problème (vie familiale, conjugale, au travail, avec les amis) ✓ Faire preuve d'une grande écoute

7. Quels objectifs ou buts la personne et les proches veulent-ils atteindre en solutionnant ce problème? • But visé: faire l'inventaire des objectifs dans les différents sous-systèmes.	8. Quels sont les objectifs possibles à mettre en œuvre? • Parmi les objectifs possibles lequel semble le plus susceptible d'être atteint en résolvant la situation? Contribution des savoirs de la personne, des proches et des professionnels vers une décision commune et éclairée ATTENTION ✓ Guider la réflexion de la personne et des proches dans le choix des objectifs qui de leur point de vue sont les plus prometteurs, réaliste et pour lesquels elles sont prêtes à s'engager
9. Planification:Quels seraient les éléments d'un plan d'actions possible à réaliser? • 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'actions? • Dans d'autres situations de votre vie, quelles stratégies ont déjà été satisfaisantes pour vous? Quelles sont vos forces? • Par quoi voudriez-vous commencer? • Par quoi voudriez-vous commencer?	10. Quels sont les éléments du plan d'actions que vous voulez mettre en oeuvre? • Quelles sont les actions précises que vous voulez faire pour régler la situation? • Quoi? Comment? Pourquoi? Où? Avec qui? Avec quoi? Quand? ATTENTION ✓ 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

11. Évaluation de l'impact du plan d'actions sur la personne et les proches
 	
• Soutenir la réflexivité de la personne et des proches
  • Quelles étaient vos intentions?
  • Qu'avez-vous réussi à solutionner?
  • Que pensez-vous des effets de votre plan d'actions?
  • Quelles difficultés avez-vous rencontrées?
  • Parlez-moi de votre situation actuelle…
	12. Évaluation de l'impact sur l'équipe de soins et l'intervenant
	
	• Pratique réflexive du professionnel
	  ▪ 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'autres?
	  ▪ Qu'est-ce qui me met à l'aise ou mal à l'aise?
	  ▪ Quelles façons de faire puis-je partager avec les autres?

13. Reprise du processus Pour une analyse plus poussée ou pour identifier une nouvelle situation problématique reprenez le processus **divergence convergence**	

Critères de réussite

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