

RESEARCH

Soins centrés sur la personne : les éléments clés pour mieux se concentrer sur la personne dans la pratique ostéopathique



Patrick van Dun

Les 45 dernières années ont vu le passage d'une approche centrée sur la maladie (*disease-centred* ou également *illness-orientated medicine*) à un modèle biopsychosocial des soins de santé. Le modèle biopsychosocial reconnaît la relation réciproque complexe entre le clinicien et le patient, où les décisions sont partagées et où la connaissance du « ce qu'il faut faire » est incorporée dans cette relation. L'application pratique de cette approche est le soin centré sur le patient (*patient-centred*), et prend en compte les aspects sociaux et psychologiques des plaintes, en plus du dysfonctionnement médical ou biologique.

La plupart des ostéopathes revendiquent des soins centrés sur le patient et certains vont même jusqu'à affirmer que ce concept différencie l'ostéopathie des autres professions de santé. Ce dernier point est difficile à défendre lorsque d'autres professions, telles que les kinésithérapeutes, les chiropracteurs, les infirmiers et même les pharmaciens, mènent aussi et de manière assidue des recherches sur ce que signifie le centrage sur le patient pour leurs praticiens et leurs patients. C'est une contribution de Thomson, Petty et Moore³⁰ dans un numéro spécial sur les principes ostéopathiques qui remet en question l'affirmation susmentionnée et montre la nécessité de mener davantage de recherches pour mieux comprendre le concept dans le contexte d'une ostéopathie moderne et contemporaine.

Ce qui suit est un résumé de quelques articles scientifiques et commentaires qui explorent plus en profondeur ces soins centrés sur le patient et qui, nous l'espérons, pourront aider chaque ostéopathe à les mettre en œuvre dans leur pratique quotidienne.³¹

Le terme "personne" est parfois préféré, car le terme "patient" réduirait l'individu

à un simple bénéficiaire passif de soins de santé, ou à une "personne traitée". En outre, on reconnaît peut-être mieux dans le terme "centré sur la personne" l'importance de la connaissance de la personne derrière le patient, en cherchant à impliquer la personne en tant que partenaire actif dans ses soins et son traitement.^{30,32,33} Bien que les caractéristiques des soins centrés sur le patient et ceux centrés sur la personne se recoupent clairement, il semble y avoir des différences subtiles, les objectifs ultimes des soins seraient respectivement d'atteindre une vie fonctionnelle ou d'atteindre une vie pleine de sens. C'est pourquoi Eklund et al. décrivent les deux concepts comme "same same but different".³³ Les auteurs donnent, entre autres, comme exemple la caractéristique de l'holisme pour les deux concepts. Bien que l'approche holistique soit présente dans les deux modèles, dans le modèle centré sur le patient, elle est de nature additive (ajoutant la dimension psychologique et sociale à la dimension biologique) quand le modèle centré sur la personne met l'accent sur l'interdépendance entre les dimensions plutôt que d'être additives. Toutefois, les auteurs soulignent que la pratique des soins centrés sur la personne ne signifie

pas l'abandon des objectifs des soins centrés sur le patient. Une vie fonctionnelle est souvent très importante pour l'individu et fait partie d'une vie qui a du sens. En ce sens, il n'y a pas de contradiction entre la pratique des soins centrés sur la personne et la pratique des soins centrés sur le patient. Les soins centrés sur la personne élargissent et développent la perspective des soins centrés sur le patient en considérant la vie entière du patient.

Dans les approches de soins centrés sur la personne, l'établissement de liens significatifs, la prise de décision partagée, le soutien à l'autogestion et la communication centrée sur le patient sont des éléments essentiels. L'intégration de ces principes ne semble pas toujours évidente à appliquer dans la pratique clinique. C'est précisément la raison pour laquelle nous fournissons ici quelques éléments clés destinés à permettre aux ostéopathes de renforcer le centrage sur la personne dans leur pratique.³¹

Les liens significatifs

L'établissement de liens significatifs est une composante de la relation thérapeutique, qui fait elle-même partie intégrante

Tableau 1 : les principales composantes de la prise de décision partagée (selon Elwyn et Charles dans Hutting et al., 2021)

- » Identifier et expliquer le problème
- » Identifier les solutions possibles
- » Discuter des options et des incertitudes
- » Fournir des informations sur les avantages, les inconvénients et les incertitudes potentiels de chaque option
- » Vérifier si les patients et les professionnels de la santé sont d'accord
- » Obtenir un retour d'information et des réactions
- » S'accorder sur une stratégie
- » Mise en œuvre du traitement choisi
- » Organiser le suivi
- » Évaluer les résultats et les prochaines étapes

des soins centrés sur la personne avec des relations de meilleure qualité. Celles-ci seraient également associées à de meilleurs résultats cliniques, à la satisfaction des patients et à l'adhésion au traitement.

Il existe trois façons d'établir des liens significatifs : 1. Les ostéopathes doivent reconnaître les patients en tant qu'individus en les rencontrant sur un pied d'égalité pendant la consultation, tant verbalement que non verbalement, en validant leurs expériences et en individualisant le traitement. 2. L'utilisation du corps comme point d'appui renforce la capacité de l'ostéopathe à clarifier les problèmes et les solutions physiques, à faciliter la relation des patients à leur corps et à utiliser le toucher (*touch*) pour combler un vide. 3. Les ostéopathes s'investissent en plus en donnant d'eux-mêmes pour aider les patients quand c'est nécessaire, dans le cadre et en dehors de l'interaction clinique (par exemple, en contactant les autres prestataires de soins de santé du patient).³²

La prise de décision partagée

La prise de décision partagée implique la réciprocité, en combinant les compétences des prestataires de soins de santé et l'expérience des patients. Elle tient également compte du contexte, des connaissances, des besoins, des valeurs et des objectifs de la personne (tableau 1). Les cliniciens peuvent améliorer la prise de

décision partagée en développant la conscience de soi et en adoptant une approche axée sur les objectifs. La fixation des objectifs pourrait suivre un modèle à 3 niveaux : 1. les objectifs spécifiques aux symptômes ou à la maladie (pour obtenir un soulagement des symptômes) ; 2. les objectifs fonctionnels ; et 3. les objectifs fondamentaux (tirés des valeurs, des espoirs et des priorités d'une personne dans la vie). Il est préférable de commencer par le dernier objectif, car il oriente les discussions sur les objectifs spécifiques aux fonctions et aux symptômes, et garantit que les décisions sont réellement prises ensemble.

Le soutien à l'autogestion

Le soutien à l'autogestion peut être défini comme des interventions visant à doter les patients de compétences leur permettant de participer activement et d'assumer la responsabilité de la gestion de leurs plaintes persistantes afin de fonctionner de manière optimale (tableau 2) Dans l'autogestion, la fixation d'objectifs, la prise de décision (partagée), la résolution de problèmes, la gestion de la douleur et des émotions, la planification d'actions et la collaboration sont des compétences importantes.

La communication centrée sur la personne

En pratique, les ostéopathes doivent communiquer de manière à créer un

espace conversationnel adéquat pour capter l'attention du patient (c'est-à-dire sa compréhension, l'impact de la douleur, ses préoccupations, ses besoins et ses objectifs), ce qui guide les interactions cliniques. Cette approche crée davantage de partenariat. La communication centrée sur la personne exige de prêter attention à ce que nous communiquons et à la manière dont nous communiquons tout au long de l'interaction clinique, y compris durant la conversation, l'examen et la planification du traitement. Les ostéopathes doivent être ouverts et réfléchis, conscients et sensibles aux signaux verbaux et non verbaux, et faire preuve d'un équilibre entre l'engagement avec le patient (par exemple, le regard) et l'écriture/la prise de notes pendant la conversation.

Il est important de noter qu'une approche centrée sur la personne ne peut être appliquée de la même manière pour chaque personne car ainsi, l'ostéopathe appliquerait une approche non centrée, centrée sur la personne. Prenons l'exemple d'une personne qui choisit de ne pas prendre de responsabilité dans le processus de décision et qui ne veut pas recevoir d'informations sur son traitement. Au lieu d'essayer de forcer la "personne réticente" à prendre des responsabilités et à fournir des informations non souhaitées, une approche centrée sur la personne pourrait consister à discuter des attentes et des points de vue de chacun afin de promouvoir la compréhension mutuelle et la négociation. Dans ce cas, une approche centrée sur la personne ne signifie pas qu'il faille partager toutes les décisions et toutes les informations avec toutes les personnes. C'est l'adaptation et la flexibilité de l'ostéopathe à la personne individuelle qui est au cœur d'une approche centrée sur la personne. Paradoxalement, cela peut signifier que dans certaines situations, être centré sur la personne c'est d'adopter une approche moins centrée sur la personne.³⁰

On sait aussi que les ostéopathes peuvent être flexibles dans leur raisonnement clinique dans différents aspects de leur approche des patients. Ils peuvent opter pour une approche centrée sur le corps (*body-centred*) ou sur la personne, en fonction de leur relation avec le patient. Parfois, la prise de décision

partagée est respectée, mais à d'autres moments, le raisonnement clinique est moins collaboratif et principalement déterminé par leur propre interprétation de la situation clinique plutôt que par les expériences et les points de vue du patient. Il arrive également que les ostéopathes semblent adopter une approche plus biomédicale, axée sur la maladie, dans leur raisonnement et leur pratique cliniques, alors qu'à d'autres moments, le même ostéopathe peut avoir une orientation biopsychosociale, valorisant l'unicité et l'individualité de la personne. Ces résultats suggèrent que le centrage sur la personne en ostéopathie est un processus relationnel et dynamique, et forment une base pour des recherches ultérieures.^{30,34}

En ce qui concerne la recherche ostéopathique en général, l'accent est encore trop mis sur la compréhension réductionniste, centrée sur le corps et basée sur la biomécanique (chaînes de cause à effet) de ce qu'implique l'ostéopathie et le traitement ostéopathique, ce qui conduit à des conclusions erronées tant dans la méthodologie de la recherche

clinique que dans l'interprétation de ses résultats.³² C'est bien sûr du pain béni pour les critiques qui avancent précisément ces études réductrices pour donner une évaluation unilatérale ou carrément erronée de notre profession. C'est également de cette manière que nous sommes mis à mal en tant que profession dans un article récent sur le site de l'Université McGill.³⁵ Le message en lui-même est très valable mais très peu nuancé en raison d'un biais de publications. Des interventions ostéopathiques plus pragmatiques et individualisées dans la recherche clinique pourraient conduire à des résultats différents, ce qui est effectivement le cas.³²

Après les appels répétés à se détacher des modèles biomécaniques-posturaux de l'ostéopathie, il est également temps de changer la façon dont la recherche en ostéopathie est conçue et menée afin d'éviter de gaspiller du temps et des ressources dans la poursuite de résultats prévisibles.^{32,36} De la même manière, le travail des associations professionnelles et de chaque ostéopathe individuel, qui devrait être un ambassadeur de sa

profession, devrait moins se concentrer sur le modèle centré sur le corps (body-centred) et la biomécanique, la chasse aux dysfonctionnements somatiques supposant un modèle des soins ostéopathiques simple de cause à effet. La pratique clinique ostéopathique se caractérise généralement par sa complexité. Nombre de nos patients présentent un éventail de symptômes physiques qui, souvent, ne correspondent pas à un état clinique particulier ou à un modèle de soins ostéopathiques basé sur la biomécanique. Par conséquent, l'accent devrait être mis davantage sur une approche centrée sur la personne et biopsychosociale de l'ostéopathie. Elle offre une occasion unique de développer et de diffuser des modèles de soins ostéopathiques fondés sur des données probantes, de promouvoir une identité professionnelle plus forte et de reconnaître l'ostéopathie comme une discipline de soins de santé courante.³⁶

Tableau 2 : recommandations pour l'utilisation du soutien à l'autogestion chez les personnes souffrant de troubles musculo-squelettiques (Hutting et al, 2021)

Therapeutic alliance

- » Se concentrer sur l'alliance thérapeutique, qui consiste à fixer conjointement des objectifs, à prendre des décisions communes et à établir une relation thérapeutique solide
- » Soutenir les patients dans la définition de leurs objectifs, en fonction de leurs valeurs et de leurs préférences

Coaching

- » Utiliser le coaching pour promouvoir le changement de comportement, les modes de vie sains et le renforcement de l'autonomie

Compétences générales en matière d'autogestion

- » Soutenir les patients dans l'acquisition de compétences générales d'autogestion axées sur la résolution des problèmes, la prise de décision, l'utilisation des ressources, la planification des actions, l'auto-adaptation, l'auto-contrôle et la création de relations de collaboration

Connaissances, compétences et outils spécifiques

- » Offrir un soutien (connaissances, compétences, outils) concernant les obstacles (biopsychosociaux), les besoins et la réalisation des objectifs du patient
- » Les sujets peuvent inclure : l'adaptation et l'acceptation de la douleur, du handicap, de la détérioration, des émotions, de la fatigue et du stress ; les obstacles physiques à la récupération (c'est-à-dire la gestion de la charge et le programme d'exercices gradués à dose adéquate), les facteurs liés au mode de vie (c'est-à-dire l'activité physique, le sommeil, la gestion du poids, la nutrition, la relaxation) ; les cognitions non aidantes et les idées fausses ; la participation (au travail) (notamment la communication, l'ergonomie, l'affirmation de soi, le soutien social)