

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

L'Intégration des pair-aidants

***Enjeux, impacts et perspectives pour les
cadres de santé***

Nabila TALEB

DCS@23-24

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – formation et recherche en soins.

“Alone we can do so little, together we can do so much.”

Helen Keller

« Seuls, nous pouvons faire si peu ; ensemble, nous pouvons faire tellement de choses. »

Helen Keller

Remerciements

Je tiens à témoigner mes plus sincères remerciements à Monsieur Patrick FARNAULT pour la confiance qu'il m'a accordée.

J'exprime ma profonde gratitude à ma directrice de mémoire Madame Pascale JARNOUX pour son aide précieuse, sa bienveillance, sa compréhension et sa disponibilité. J'ai été très sensible à ses encouragements tout au long de cette année.

Je tiens particulièrement à remercier toutes les personnes qui ont bien voulu m'accorder leur temps précieux pour les entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche.

Je tiens également à remercier toute l'équipe de l'ESM pour sa bonne humeur et leur soutien indéfectible.

J'exprime toute ma sympathie à l'ensemble de mes collègues de promotion, ESM et MOS1.

Je voudrai remercier mes enfants, Jade et Sammy pour leurs encouragements, leur soutien moral et leur aide précieuse.

Une énorme pensée pour Nadir que je remercie pour son aide et sa patience. J'espère qu'il saura oublier les moments difficiles.

Table des matières

Introduction	1
1 Développement du contexte ayant suscité un questionnaire	2
1.1 Situation d'appel	2
1.2 Questionnement	3
1.2.1 L'expérience du patient	4
1.2.2 Pratiques internationales.....	6
1.2.3 Le patient-expert ou pair-aidant ?.....	6
1.2.4 Question de départ.....	7
2 Cadre théorique	9
2.1 La législation française et le statut de patient-expert	9
2.2 Pair-aidance	11
2.2.1 Naissance de la Pair-aidance.....	11
2.2.2 Apparition de la Pair-aidance en santé mentale	12
2.2.3 Cadre réglementaire	13
2.3 Concept de la Pair-aidance	13
2.3.1 Le rétablissement en psychiatrie	13
2.3.2 Le savoir expérientiel	15
2.3.3 L'espoir	16
2.3.4 Professionnalisation des Pair-aidants.....	16
2.3.5 L'intégration des pair-aidants professionnels dans les équipes de soins	17
2.4 Réhabilitation psychosociale	18
2.5 Concept de la réhabilitation psychosociale	19

2.5.1	Le rétablissement.....	19
2.5.2	L' <i>empowerment</i>	20
2.5.3	<i>Case-management</i>	21
2.6	Conduite de changement	22
2.6.1	Le management et la conduite du changement.....	23
2.7	Resistance au changement	26
3	Question de recherche et hypothèses	29
4	Enquête de terrain.....	30
4.1	Méthodologie d'enquête	30
4.1.1	Le choix de l'outil.....	30
4.1.2	Le panel interrogé	30
4.1.3	Elaboration du guide d'entretien.....	31
4.1.4	Les entretiens et leur retranscription	32
4.1.5	Modalités de l'entretien	32
5	Présentation et analyse des résultats.....	33
5.1	Pair-aidance : enjeux et opportunités.....	33
5.1.1	Accueil des pair-aidants	33
5.1.2	Quelques défis.....	35
5.1.3	Impact positif.....	36
5.2	La réhabilitation psychosociale.....	36
5.2.1	Collaboration avec le patient	36
5.2.2	Alliance thérapeutique et éducation	37
5.2.3	Valorisation du patient.....	38
5.3	La conduite de changement	38
5.3.1	Importance de la communication et de la formation	38

5.3.2	Préparation et anticipation.....	39
5.3.3	Définir le rôle du pair-aidant.....	40
5.3.4	Patience, persévérance.....	40
5.4	La résistance au changement.....	41
5.4.1	Causes et manifestations.....	42
5.4.2	Manque d'information.....	42
5.4.3	Collaboration.....	43
6	Discussion.....	44
6.1	Pair aidance : Une nouvelle approche du soin.....	44
6.2	Réhabilitation psychosociale : le processus au cœur du soin.....	46
6.3	Conduite de Changement : Vers une Collaboration Patient-Soignant.....	47
6.4	Résistance au changement.....	48
6.5	Synthèse de la discussion.....	49
7	Confrontation avec notre hypothèse de départ.....	50
8	Limites de l'enquête.....	51
8.1.1	Le facteur géographique.....	51
8.1.2	Le facteur de diversité.....	51
8.1.3	Le facteur temporel.....	51
8.1.4	Le facteur de biais.....	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Table des annexes	

Introduction

Dans un contexte où la psychiatrie connaît une évolution significative depuis plusieurs décennies vers des pratiques plus inclusives et participatives, l'intégration des pair-aidants représente une avancée majeure. Ces individus, ayant eux-mêmes traversé des expériences de santé mentale, apportent une perspective unique et précieuse pour accompagner les patients dans un processus de rétablissement.

En France, des initiatives législatives et des programmes de formation pour les Médiateurs de Santé Pairs témoignent de cette volonté d'évolution. Malgré tout, l'intégration de pair-aidants au sein des équipes de soins en psychiatrie soulève des questions complexes parmi les professionnels de santé qui hésitent parfois à les intégrer dans leurs équipes.

Ce mémoire a pour objectif de mettre en lumière le rôle des cadres de santé dans la facilitation de ce processus d'intégration des pair-aidants dans les équipes de soin. Différents thèmes seront abordés, centrés principalement autour de la gestion du changement et de la réduction des hésitations et résistances.

Une enquête qualitative menée auprès de plusieurs acteurs du domaine y est présentée, examinant les perceptions et pratiques des cadres de santé en matière de pair-aidance, de réhabilitation psycho-sociale et d'*empowerment*. A travers l'analyse de cette enquête, ce mémoire permettra d'apporter des éléments de réponses quant au rôle et à la place du cadre de santé dans un contexte de changement de pratique professionnelle. Enfin, les résultats de ces analyses permettront de proposer des recommandations concrètes pour une meilleure collaboration entre soignants et pair-aidants.

1 Développement du contexte ayant suscité un questionnement

1.1 Situation d'appel

J'ai été nommée en octobre 2022, faisant fonction de cadre de santé dans un foyer d'accueil médicalisé psychiatrique, après 12 années en tant qu'infirmière.

Dans la première semaine de ma prise de fonction, j'ai assisté à une réunion plénière rassemblant l'ensemble des soignants de santé mentale du site dans une grande salle de conférence : infirmiers, aides-soignants, psychologues, éducateurs spécialisés, psychiatres...

Il s'agissait d'une réunion institutionnelle organisée et présidée par la direction. La disposition de la salle de conférence en forme de U favorisait l'interaction et la communication entre les participants. Elle reflétait visiblement la volonté de la direction de créer un espace propice à la discussion et au dialogue.

La majeure partie de la réunion était constituée d'une présentation dirigée par la direction de l'établissement. Le Directeur Général a utilisé un diaporama, pour illustrer la transition vers la réhabilitation psychosociale et l'intégration des Pairs aidants. Les objectifs de la réunion étaient d'informer l'équipe des changements à venir dans les pratiques de prise en charge des patients, d'expliquer les raisons et les avantages de cette transition et répondre aux questions des soignants.

La direction a insisté sur la nécessité de moderniser les pratiques pour mieux répondre aux besoins des patients en santé mentale. Elle a mis en exergue les évolutions récentes dans ce domaine notamment des approches centrées sur le rétablissement.

Dès le début de la réunion, certains membres de l'équipe semblaient manifester une opposition apparente à la transition vers la réhabilitation psychosociale et à l'intégration des Pairs aidants. Leurs réactions se caractérisaient par une expression ouverte de désaccord, certains exprimant clairement leurs réserves. Ces premières tensions ont généré une atmosphère de scepticisme parmi les professionnels de santé, qui remettaient en question la nécessité de changer les méthodes actuelles qu'ils estimaient efficaces et éprouvées. En effet, ces soignants étaient pour la plupart formés à la prise en charge psychanalytique. Leur opposition au changement était palpable.

Voici les points de désaccord :

- Rejet de la nouvelle approche : Le chef de service, un psychiatre expérimenté qui finalisait son dernier mois avant de partir à la retraite, s'oppose vivement à l'idée d'introduire la réhabilitation psychosociale. Il considère que les approches traditionnelles sont les seules qui ont fait leurs preuves et refuse d'envisager de nouvelles méthodes.
- Défiance envers les Pairs aidants : les infirmiers s'inquiètent de leurs rôles. Ils craignent que ces personnes ne puissent gérer les situations difficiles et mettent en danger la sécurité des patients.
- Refus de coopérer : le psychologue, fervent partisan de l'approche institutionnelle, annonce qu'il ne coopérera pas avec la réhabilitation psychosociale. Il considère cela comme un obstacle pour sa pratique existante.
- Menaces de démission : plusieurs membres de l'équipe mentionnent leur intention de quitter leur poste si ces changements sont appliqués. Ils estiment que cette évolution pourrait compromettre la stabilité de leurs interactions thérapeutiques construites initialement sur l'approche de la psychothérapie institutionnelle.

La réunion se transforme en débat animé, avec des échanges passionnés et parfois acrimonieux entre les partisans du changement et les opposants. Elle se termine avec un sentiment général de mécontentement et d'incertitude.

1.2 Questionnement

Nouvellement en poste, j'ai délibérément opté pour un rôle d'observateur lors de cette réunion. Pour autant, cela ne signifiait pas que j'étais insensible aux préoccupations qui s'exprimaient. J'ai adopté une approche d'écoute active me concentrant sur l'équipe paramédicale, essentiellement constituée d'infirmiers, d'aides-soignants et de psychologues.

J'ai noté les arguments de ces soignants, leurs expressions faciales, et leurs signaux non verbaux. Il était clair que certains étaient réticents à accepter ces changements, tandis que d'autres étaient plus ouverts à l'exploration de nouvelles approches.

Mes premières impressions étaient marquées par une curiosité teintée d'inquiétude. La découverte de la réhabilitation psychosociale et des Pairs aidants a complexifié la situation, particulièrement en raison de l'incertitude entourant mon rôle. En effet, j'avais à la fois conscience de mes lacunes dans ces approches thérapeutiques tout en étant confrontée à l'émergence dans mon esprit, de diverses questions en lien avec mon rôle de manager. Ces interrogations m'ont guidée dans ma réflexion.

Au départ, mes questionnements étaient centrés sur le comportement de l'équipe lors de la réunion. Les inquiétudes des professionnels et leurs réticences à la transition vers la réhabilitation psychosociale et à l'intégration des Pairs aidants, me laissaient perplexe :

Comment expliquer les différentes conduites des professionnels face au changement dans leurs pratiques professionnelles ? Comment mieux comprendre les préoccupations de l'équipe et favoriser leur collaboration au nouveau projet, malgré les résistances exprimées ?

Par la suite, mes préoccupations se sont portées vers l'incertitude entourant mon rôle d'encadrante tant en termes de responsabilités que de positionnement au sein de l'équipe :

Comment définir mes responsabilités dans ce nouveau contexte professionnel ? Comment puis-je contribuer de manière constructive à ces changements ?

A la suite de la réunion, j'ai ressenti le besoin de me plonger davantage dans la littérature pour approfondir ma compréhension des enjeux de cette réunion et notamment d'un point de vue des lois.

1.2.1 L'expérience du patient

Entre 2002 et 2016, le législateur français a établi certains droits des patients, tout en instaurant de nouveaux (cf. paragraphe 2.1). Cette évolution réglementaire associée aux avancées technologiques ont redéfini le statut des patients, les faisant passer d'observateurs passifs à acteurs de leur propre santé. Cette transformation les a non seulement affranchis d'un état d'ignorance totalement dépendants des médecins, mais les a également élevés à un niveau accru de connaissance. Certains ont acquis une compréhension si approfondie de leur maladie qu'ils sont devenus « savants » à l'instar des médecins. Selon Mme BOUDIER¹ universitaire, cette expertise est souvent observée chez les patients atteints de maladies chroniques, qui ont développé des connaissances pointues, notamment sur la particularité de leur propre maladie. Il est question alors du savoir profane du patient. Les différents programmes d'éducation thérapeutique ont permis de valoriser le savoir profane du patient acquis par l'expérience, en tant qu'expertise à part entière. Ce savoir expérientiel englobe une connaissance à la fois scientifique (acquises auprès des soignants ou des lectures), un savoir pratique (systèmes de soins, traitements, gestion des symptômes) ainsi qu'une compréhension de son propre corps acquise par l'expérience du vécu de sa maladie et l'expérimentation (autorégulation des traitements). La mise en valeur du savoir expérientiel des malades a conduit à l'apparition de nouveaux

¹ F. BOUDIER et al. « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante » dans : *Innovations* n°39, mars 2012, p.16.

termes tels que : le pair-aidant, le patient-expert, le patient ressources². Selon Mme TOURETTE-TURGIS³ Maître de conférences et fondatrice de l'Université des patients Sorbonne Université, il est difficile d'établir aujourd'hui une normalisation dans la dénomination de ces patients. La multiplicité des termes reflète la nécessité d'engager une réflexion avec tous les acteurs. Toujours selon cette auteure, il ne s'agit pas tant d'une typologie de patients, mais plutôt d'une classification des activités menées par ces patients au sein du système de santé. Cette évolution du rôle et de la place du patient dans le parcours de soins ne peut qu'inciter à réfléchir sur l'impact de l'expérience et de l'expertise de celui-ci⁴.

Par ailleurs, l'introduction de la certification V2020^{5,6} représente un progrès notable dans la façon dont on étudie le parcours du patient. En reconnaissant formellement les usagers qui possèdent une expertise approfondie sur leur propre santé, cette certification renforce leur rôle, en mettant en évidence la valeur de leurs connaissances. Cela contribue à renforcer la position centrale du patient, en particulier dans le contexte du « patient traceur » soulignant ainsi la qualité et la légitimité de son rôle essentiel dans le domaine de la santé : « C'est aujourd'hui l'ensemble du positionnement du patient qui a évolué [...] son positionnement en tant qu'acteur de sa prise en charge doit être largement promu comme facteur de l'efficacité du soin. Il s'agit de favoriser l'émergence d'un patient partenaire »⁷.

L'ensemble de ces facteurs, a contribué à renforcer l'autonomie des patients, favorisant ainsi le développement de leur capacité d'agir, aussi appelé *empowerment*⁸. Une avancée

² A. SARRADON-ECK. « Le patient contemporain » dans : *Cancer(s) et psy(s)*, n°4, janvier 2019, p.55

³ C. TOURETTE-TURGIS. « Patients experts : une place enfin acquise » dans : *La Revue du praticien*, n°73, novembre 2023, p.943

⁴ A. POMMERY - DE VILLENEUVE. « Une expérience de patient expert en addictologie : d'une intuition clinique à la certification de patient expert ». *Raison présente* 223-224, n° 3-4, 2022, p.133.

⁵ « Manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf ». (Consulté le 26 décembre 2023). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf

⁶ « 2021.04.01-Comptoir-Qualité-SRA-PT.pdf ». Consulté le 9 mars 2024. <https://pasqual.sante-paca.fr/wp-content/uploads/2021/04/2021.04.01-Comptoir-Qualite%CC%81-SRA-PT.pdf>.

⁷ *Ibid* p. 22.

⁸ C. DEUTSCH. « L'empowerment en santé mentale ». *Sciences & Actions Sociales* 1, n° 1, 2015, p.16.

majeure témoignant de l'évolution du statut du patient, réside dans la création de l'université des patients⁹ et de l'institut français de l'expérience patient¹⁰.

1.2.2 Pratiques internationales

Au Québec, l'intégration des patients au cœur du système de santé a rapidement pris une place prépondérante, témoignant d'un engagement fort dans cette province. L'équivalent canadien de notre système d'accréditation, appelé agrément, met un accent particulier sur la qualité des soins et la réponse aux besoins des patients¹¹.

Pour approfondir cet engagement, le Canada a élaboré le concept de « partenariat patient ». Ce nouveau paradigme, incarné par le Modèle de Montréal, valorise les connaissances issues des expériences vécues par les patients. Cette méthode promeut une collaboration en partenariat, où le savoir expérientiel du patient et les connaissances cliniques du soignant sont considérés équivalents et traités sur un pied d'égalité¹².

Le but de ce modèle est de révolutionner le système de santé, en activant la participation du patient à sa propre prise en charge et en partageant équitablement le pouvoir et les responsabilités avec les soignants. Le modèle de Montréal cherche à transformer les pratiques de soins, passant de « soigner pour à soigner avec »¹³.

Il est de plus en plus reconnu à l'échelle mondiale et en particulier en Europe, où il est apprécié comme étant une méthode durable pour améliorer des systèmes de santé¹⁴.

1.2.3 Le patient-expert ou pair-aidant ?

En France, la notion de patient-expert ne fait l'objet d'aucune définition officielle. Néanmoins, un consensus converge vers : « Le patient-expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une

⁹ C. TOURETTE-TURGIS. « L'université des patients : une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades ». *Le sujet dans la cité* 4, n° 2, 2013, p. 183.

¹⁰ Institut Français de l'Expérience Patient. « Qui sommes-nous ? · Institut Français de l'Expérience Patient ». (Consulté le 27 décembre 2023). <https://experiencepatient.fr/qui-sommes-nous>.

¹¹ P-H. BRECHAT « 3. Évaluation de la qualité des soins et agrément : prise en compte de l'utilisateur dans la province du Québec au Canada ». In *Les usagers du système de soins*, p. 31. Recherche, santé, social. Rennes : Presses de l'EHESP, 2000.

¹² M-P. POMEY et al. « Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé ». *Santé Publique* S1, n° HS, 2015, p.44.

¹³ A. BOIVIN et al. « Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du « modèle de Montréal » », thème et commentaires, éthique biomédicale et normes juridiques, édition Dalloz, 2017 p.2.

¹⁴ B. PETRE et al. « Patient partenaire : de la pratique à la recherche ». *Santé Publique* 32, n° 4, 2020, p.374.

limitation physique liée à son état. ». Il semblerait également, qu'un patient-expert est un pair-aidant qui assume d'autres responsabilités, comme la représentation des patients ou la défense de leurs intérêts. Pour devenir expert, il faut développer un savoir-être. Le patient-expert enrichit constamment ses connaissances, partage son expérience avec d'autres patients, et se met à disposition des professionnels de santé, des chercheurs, des institutions, et de ses pairs¹⁵. L'implication des patients-experts est illustrée par cette méta-analyse qui inclut 25 études portant sur un total de 12 268 patients sur l'impact que pourrait avoir des patients-experts sur la pratique des professionnels de santé¹⁶.

Dans le champ de la psychiatrie, un groupe de recherche-action composé d'usagers et ex-usagers des services de santé mentale, de soignants, d'élus et de représentants d'association de familles a travaillé sur la résilience en santé mentale. Cette étude a mis en évidence que le partenariat soignants- usagers-familles-élus est plus avantageux que des actions menées en solitaire. Le partage des expériences vécues, a permis à ce groupe de développer le concept de « co-facilitateurs de résilience », qui désigne les individus touchés par un trouble psychique et dont l'interaction mutuelle stimule leurs ressources internes¹⁷.

1.2.4 Question de départ

Ce cheminement met en évidence le bouleversement que connaît notre société depuis les trente dernières années. Les lois se sont succédé à un rythme effréné. L'utilisateur s'est affranchi de cette dépendance envers les professionnels de santé pour revendiquer haut et fort son autonomie.

L'équipe soignante a-t-elle été dépassée par les événements ?

Autrement dit :

Comment le cadre de santé peut-il contribuer à ancrer la place des pair-aidants au sein de la pratique professionnelle de l'équipe soignante ?

¹⁵ M. FRICONNEAU et al. « Le patient-expert - Un nouvel acteur clé du système de santé ». *médecine/sciences* 36, décembre 2020, p.62.

¹⁶ M.S. FØNHUS, et al. « Patient-mediated Interventions to Improve Professional Practice ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* n° 9, 2018, p.2.

¹⁷ P. LE CARDINAL et al. « Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation », *L'information psychiatrique*, n°83, octobre 2007, p. 813.

Ce qui m'amène à ma question de départ :

Quel est le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement d'une équipe soignante de psychiatrie à un changement de pratiques professionnelles intégrant les pair-aidants ?

2 Cadre théorique

En tenant compte de la description de la situation et dans le but de rendre plus claire et précise la question initiale, nous débuterons en identifiant plusieurs concepts clés. Dans ce chapitre, nous examinerons de manière approfondie la pair-aidance, la réhabilitation psychosociale, le case management et la conduite du changement. De plus, nous étudierons la législation française associée au statut de patient expert.

2.1 La législation française et le statut de patient-expert

Les évolutions législatives en France depuis les années 90, notamment la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », dite loi Kouchner¹⁸, et la loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » (HPST)¹⁹, ont joué un rôle crucial dans la reconnaissance des patients experts.

Ainsi, la loi Kouchner a marqué une évolution significative en reconnaissant le droit à l'information des patients, transformant la dynamique entre professionnels de santé et patients. En établissant des droits formels, cette législation a initié un changement majeur dans la relation entre les professionnels de santé et les patients, reconnaissant pleinement la capacité décisionnelle de ces derniers. Ce changement a créé un environnement favorable à l'émancipation du patient, lui donnant un rôle plus actif dans sa propre prise en charge. La loi HPST de 2009, en introduisant le concept d'éducation thérapeutique, a favorisé l'autonomisation des patients et la reconnaissance de leur expertise en santé. Elle a également renforcé la coordination entre les établissements de santé et médicosociaux en établissant les agences régionales de santé, en intégrant les projets médico-sociaux dans le projet régional de santé et en instaurant des contrats pluriannuels d'objectifs dans le secteur médico-social.

Ces changements ont été consolidés par la loi « de modernisation de notre système de santé » en 2016²⁰, contribuant au développement de l'expérience patient et à ses prémices

¹⁸ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 § (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte> (consulté le 28/01/2024)

¹⁹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009-879 § (2009) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>. (consulté le 28/01/2024)

²⁰ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 § (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte> (consulté le 28/01/2024)

de reconnaissance politique et institutionnelle. Le cadre juridique ainsi établi a largement influencé l'émergence du concept de patient expert en France.

Dans le champ de la psychiatrie, la loi du 11 février 2005²¹ « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » représente une avancée significative en reconnaissant les situations de handicap liées à la maladie psychique.

En parallèle, on constate un renforcement du processus de désinstitutionalisation, entraînant le déplacement de personnes souffrant de troubles psychiques du secteur de la santé vers les domaines médico-social et social²². Selon Botta et al., la reconnaissance légale du handicap psychique va engendrer une demande croissante de solutions sociales et médico-sociales nécessitant une coordination précise « en amont » et « en aval » du dispositif sanitaire (BOTTA et al. 2007 cités par LEPLEGE et al., 2015 p. 297)²³. Le handicap psychique, nécessitant à la fois des soins médicaux et un soutien social, se trouve à la croisée de ces deux domaines. Cela souligne l'importance de coordonner et d'assurer la complémentarité entre ces deux secteurs²⁴.

Ainsi le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015²⁵ répond à la problématique persistante des cloisonnements en soulignant la nécessité d'une approche plus large que sanitaire pour promouvoir l'inclusion sociale. Il insiste sur le renforcement des droits, l'établissement d'un soutien à la fois médical, social, et médico-social. Ce plan avait également pour but principal la réhabilitation psychosociale. Il visait à renforcer les ressources personnelles des individus par des soins de réadaptation psycho-sociale et des accompagnements spécifiques, ainsi qu'à améliorer le milieu social et les ressources communautaires pour les rendre plus propices. Ces orientations ont été élargies dans le nouveau plan santé mentale 2013-2020 de l'OMS, qui met l'accent sur la mise en place de

²¹ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005-102 § (2005). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo/texte> (consulté le 28/01/2024)

²² A. LEPLEGE et al. « Le handicap dit psychique. Enjeux conceptuels et enjeux de soins ». *Perspectives Psy* 54, n° 4, 2015, P. 297.

²³ *Ibid* p.297.

²⁴ F. AMARA et al. « La prise en charge du handicap psychique, tome 1 ». *Inspection générale des affaires sociales (IGAS), RM2011-133P*, août 2011, p.9. <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/114000570.pdf> (consulté le 28/01/2024)

²⁵ « Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf ». (Consulté le 27 janvier 2024). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf.

services de santé mentale et d'aide sociale complets ajustés aux besoins dans un cadre communautaire²⁶.

Après avoir examiné l'impact des évolutions législatives en France sur le statut des patients-experts, nous nous pencherons désormais spécifiquement sur la notion de pair-aidance et son concept.

2.2 Pair-aidance

La Pair-aidance repose sur la solidarité entre personnes confrontées à une même maladie, qu'elle soit physique ou psychique. Cette approche s'exprime à travers des groupes d'entraide. Actuellement, on observe son développement dans un contexte professionnalisé, visant à accompagner non seulement les pairs concernés, mais aussi les professionnels de santé et du travail social dédiés à cette population²⁷.

Le programme québécois Pairs Aidants Réseau décrit un pair-aidant comme un membre du personnel ayant vécu ou vivant un trouble mental. En s'appuyant sur son vécu et son cheminement vers le rétablissement, il aide ses pairs à surmonter les défis et se rétablir. Il est source de soutien et d'espoir à ceux confrontés à des expériences identiques à celles qu'il a traversées²⁸.

L'approche par les pairs repose sur la similitude entre l'intervenant (Pair-aidant) et le bénéficiaire (Pair-aidés). Cela implique que la personne intervenante partage des similarités, des expériences ou des caractéristiques communes avec celle qui bénéficie de l'intervention.²⁹

2.2.1 Naissance de la Pair-aidance

L'histoire de la Pair-aidance, qui intègre le savoir expérientiel, remonte à la fin du 18^e siècle³⁰. Jean Baptiste PUSSIN est communément reconnu comme le premier pair aidant.

²⁶ « Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 ». Organisation Mondiale pour la Santé p.12. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf. (Consulté le 27 janvier 2024),

²⁷ L. FLORA et P. BRUN « Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair ». *Pratiques en santé mentale* 66e année, n° 3, 2020, p.16.

²⁸ J. REPPER et T. CARTER « A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services ». *Journal of Mental Health* 20, n° 4, août 2011, p.394.

²⁹ C. BELLOT & J. RIVARD, 2007. L'intervention par les pairs. Un enjeu multiple de reconnaissance. in Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?

³⁰ L.DAVIDSON *et al.* « Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience ». *World Psychiatry* 11, n° 2, juin 2012, p.123.

Interné à l'Hôpital Bicêtre de Paris, il a par la suite évolué vers le rôle de "gouverneur des fous", devenant ainsi soignant des autres patients³¹.

Aux Etats-Unis dans les années 1930, la notion de *self-help* a émergé avec le mouvement des Alcooliques Anonymes. Des personnes luttant contre l'alcoolisme se réunissaient en groupes pour partager leurs expériences en dehors des dispositifs institutionnels, échappant ainsi à la culpabilisation.

Néanmoins, ce n'est qu'en 1976 que les termes « savoir expérientiel » sont apparus pour la première fois dans la littérature et plus précisément dans un article écrit par la sociologue américaine, Tomisina BORKMAN. Cette dernière le définit comme étant une « vérité tirée de l'expérience personnelle relative à un phénomène, plutôt qu'une vérité acquise par le raisonnement discursif, l'observation ou la réflexion sur des informations fournies par d'autres » (T. BORKMAN, 1976, cité par CARTRON et al, 2021, 78)³².

En 1984, des consommateurs de drogues d'origine anglo-saxonne, ont fondé les Narcotiques Anonymes inspirés du modèle précédent. Des groupes de parole basés sur l'entraide entre pairs ont été créés pour encourager l'abstinence.

Plus tard, avec l'arrivée du sida, l'entraide entre pairs a pris de l'importance, donnant lieu à des engagements sociaux et politiques au sein d'associations comme "Vaincre le Sida" (VLS) ou AIDES, suivies plus tard par *Act-Up*, qui a mis en avant des revendications identitaires homosexuelles³³.

2.2.2 Apparition de la Pair-aidance en santé mentale

Dans les années 70 aux États-Unis, le mouvement *Psychiatric Survivors* a émergé aux côtés des revendications pour les droits civiques des noirs et des homosexuels. Judi CHAMBERLIN, une militante influente, a publié *On our own* (Notre propre voix) en 1978, dénonçant les atteintes aux droits fondamentaux des personnes suivies en psychiatrie. Elle a appelé ces usagers à se regrouper et à faire entendre leur voix. Cela a donné naissance au concept de *recovery* (rétablissement) lorsque ces patients ont contesté les pronostics fatalistes de certains psychiatres avec le désir de reprendre le contrôle de leur vie³⁴.

³¹ J-P PARVEILLER « L'hôpital, reflet de l'ambivalence des professionnels ». *Pratiques en santé mentale* 68e année, n° 1, 2022, p.9.

³² E. CARTRON et al. « Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé ». *Recherche en soins infirmiers* 144, n° 1, 2021, p.78.

³³ B. DURAND « Les origines de la pair-aidance ». *Pratiques en santé mentale* 66e année, n° 3, 2020, p.8.

³⁴ *Ibid* p.9.

2.2.3 Cadre réglementaire

L'introduction du concept de Pair-aidance dans le domaine de la santé mentale en France coïncide avec la création des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), établis grâce à la loi du 11 février 2005 et à la circulaire du 29 août 2005³⁵.

2.3 Concept de la Pair-aidance

Le concept de la Pair-aidance repose essentiellement sur trois notions à savoir : le rétablissement, le savoir expérientiel et l'espoir^{36,37,38}.

2.3.1 Le rétablissement en psychiatrie

C'est un processus vers une nouvelle identité, où la personne ne se définit plus par sa maladie. Elle se fixe des objectifs personnels et se préoccupe de son propre devenir. Le rétablissement n'implique pas uniquement une reconnaissance des effets de la maladie, mais aussi une prise de distance pour mener une vie active et sociale, même en présence de défis persistants³⁹.

Cette notion est parfaitement illustrée par Patricia DEEGAN, psychologue américaine engagée dans la recherche et la promotion du rétablissement en santé mentale, ayant reçu le diagnostic de schizophrénie à l'âge de 17 ans : « Le rétablissement, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limites et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limites être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire » (P. DEEGAN, 1988, cité par B. PACHOUD, 2012, p.260)⁴⁰.

³⁵ « SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-8: Annonce N°36 » (Consulté le 28 janvier 2024)
<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-08/a0080036.htm>.

³⁶ A. BONNAMI. « La reconnaissance des savoirs expérientiels dans la formation de pairs aidants. Analyse d'un dispositif de formation au sein de l'IRTS Montrouge-Neuilly-sur-Marne ». *Vie sociale* 25-26, n° 1-2 (2019), p.230.

³⁷ G. CLOUTIER et P. Maugiron. « La pair aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française ». *L'information psychiatrique* 92, n° 9 (2016), p.755.

³⁸ A. VIGNAUD « La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 175, n° 8, octobre 2017, p. 736.

³⁹ B. PACHOUD « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes ». *L'information psychiatrique* 88, n° 4 (2012), p.258.

⁴⁰ *Ibid* p.260.

On observe la même volonté de modifier son point de vue et de se redéfinir dans la définition la plus fréquemment acceptée du processus de rétablissement, donnée par W. Anthony : « Un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale » (W A. ANTHONY, 1993, cité par B. PATCHOUD, 2012, p. 260)⁴¹.

Un modèle du rétablissement à quatre dimensions a été proposé (J. STEL, 2012 cité par E. GILLIOT, 2017, p.204-205)⁴²:

➤ Le rétablissement fonctionnel

Cette dimension vise à accroître la résilience des individus face aux défis quotidiens. En plus de traiter les symptômes, cette approche vise à minimiser l'impact des problèmes personnels sur la vie quotidienne en se concentrant notamment sur le fonctionnement cognitif.

➤ Le rétablissement dit personnel

Cette composante essentielle souligne l'aspect personnel et subjectif du rétablissement. Le sentiment de se rétablir est intimement lié à l'expérience individuelle et ne peut être pleinement appréhendé que par la personne elle-même. Cela implique de reconnaître le savoir expérientiel acquis par les individus confrontés à des troubles psychiques.

➤ Le rétablissement clinique

Cette dimension s'inscrit dans une perspective médicale, mettant l'accent sur la réduction des symptômes et la prévention des rechutes, en vue d'atteindre une rémission de la pathologie.

➤ Le rétablissement social

Cette perspective vise à améliorer divers aspects de la vie quotidienne tels que le logement, l'emploi, les revenus et les relations sociales. Cette démarche découle du mouvement de désinstitutionalisation des années 1970 en France, transformant la psychiatrie vers des soins communautaires en collaboration avec des structures associatives et médico-

⁴¹ *Ibid*, p.260.

⁴² E. GILLIOT « Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement ». *Perspectives Psy* 56, n° 3, 2017, p.204.

sociales. Les professionnels sont encouragés à adopter une vision holistique des personnes ayant des troubles psychiques.

2.3.2 Le savoir expérientiel

Selon la sociologue T. BROKMAN, le savoir expérientiel est «la vérité apprise à partir de l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt que la vérité acquise par le raisonnement discursif, l'observation ou la réflexion sur l'information fournies par les autres » (T. BROKMAN, 1976 cité par A. LINDER 2020, p.9)⁴³.

Ce savoir expérientiel des pair-aidants englobe à la fois un « savoir-faire » et un « savoir être » découlant de diverses expériences vécues au cours de la maladie. Les dimensions qui caractérisent ces expériences sont : la confrontation aux troubles de santé mentale et aux symptômes de la maladie : la compréhension du milieu psychiatrique institutionnel et des thérapeutiques, l'investigation des groupes d'entraide, la prise de conscience des répercussions sociales liées aux problèmes de santé mentale (stigmatisation, discrimination à l'emploi, toxicomanie, pauvreté, vie dans la rue, etc.), et enfin, le parcours d'un processus de rétablissement⁴⁴.

Toutefois, il est essentiel de ne pas « isoler » ou de « sacraliser » les savoirs expérientiels liés à la pathologie, car la personne malade « dispose d'autres savoirs d'expériences, il y a une idéologie, un passé social, voire professionnel antérieur à la maladie, qui sont indispensables à l'activation du savoir expérientiel »⁴⁵.

Cependant, l'expérience vécue seule ne se transforme pas automatiquement en savoir. Il est nécessaire d'effectuer un processus de réflexion approfondie, caractérisé par « un travail de digestion de ces expériences » à travers la « répétition de certaines situations qui permettent d'établir des règles d'action (savoir quoi faire ou comment se conduire dans tel ou tel cas) »⁴⁶.

Ce savoir, spécifique à chaque individu, prend une nouvelle dimension lorsqu'il est partagé avec d'autres confrontés à des problèmes similaires. Cela élargit les perspectives quant

⁴³ A. LINDER « Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale : une perspective sociologique », 7-18, 2020. Paru dans Paru dans N. Franck & C. Cellard (2020). Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée, Elsevier-Masson.

⁴⁴ B. GODRIE « Vivre n'est pas (toujours) savoir – Richesse et complexité du savoir expérientiel », *Partenaire*, 24(3), p.36.

⁴⁵ L. DEMAILLY et N. GARNOUSSI. « Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style ». *Sciences & Actions Sociales* 1, n° 1, 2015, pp.51-72.

⁴⁶ B. GODRIE « Vivre n'est pas (toujours) savoir – Richesse et complexité du savoir expérientiel », *Partenaire*, 24(3), p.37.

aux solutions (SHUBERT & BORKMAN,1994, cités par P. SOLOMON, 2004, p.394)⁴⁷. Le rôle du pair-aidant s'articule autour de l'application et de la communication de son savoir expérientiel⁴⁸.

2.3.3 L'espoir

La première composante qui influence l'engagement dans le processus de rétablissement réside dans l'espoir de voir se produire un changement⁴⁹.

De plus, le pair-aidant, est reconnu pour jouer un rôle essentiel dans la voie du rétablissement, apportant aux usagers une lueur d'espoir et les motivant à poursuivre leur quête vers une amélioration de leur qualité de vie^{50,51,52}. L'émergence de cet espoir est rendue possible par la transmission du savoir expérientiel⁵³. Bien au clair avec leur propre rétablissement, les pair-aidants deviennent source d'inspiration et d'identification⁵⁴.

La première composante qui influence l'engagement dans le processus de rétablissement réside dans l'espoir de voir se produire un changement⁵⁵.

2.3.4 Professionnalisation des Pair-aidants

En France, de plus en plus de personnes choisissent de devenir des pairs aidants professionnels. Il existe désormais une offre de plus en plus importante de formations, comme le renouvellement du programme Médiateurs de santé pairs (MSP) en partenariat avec l'université Paris 13, proposant un niveau de licence, et la création du diplôme universitaire (DU) Pair-aidance en santé mentale à l'université Lyon 1. L'expérimentation des Médiateurs de santé pairs, initiée en 2012, a conduit à la formation et à l'emploi annuel

⁴⁷ P. SOLOMON « Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. » *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, n° 4 (2004), p.394.

⁴⁸ G. CLOUTIER et P. MAUGIRON « La pair-aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française ». *L'information psychiatrique* 92, n° 9 (2016), p.756.

⁴⁹ *Ibid* p.756

⁵⁰ B. DURAND. « Concept de pair-aidance professionnelle », 172-209, 2020. Paru dans N. Franck & C. Cellard (2020). *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*, Elsevier-Masson.

⁵¹ M. ST-ONGE et al. (2020). Formation à la pair-aidance au Québec. In. N. Franck, C. Cellard & P. Mariotti (Eds.), *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée* (pp. 227-237). Elsevier

⁵² A. VIGNAUD « La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 175, n° 8 (1 octobre 2017): 736-40.

⁵³ L. DAVIDSON *et al.* « Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience ». *World Psychiatry* 11, n° 2 (1 juin 2012), p.124.

⁵⁴ M. ST-ONGE « Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois ». *Rhizome* 65-66, n° 3-4 (2017), p.31.

⁵⁵ B. DURAND. « Concept de pair-aidance professionnelle », 172-209, 2020. Paru dans N. Franck & C. Cellard (2020). *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*, Elsevier-Masson.

d'une trentaine de personnes dans divers services de santé mentale depuis 2018. En parallèle, la création du diplôme universitaire pair-aidance en santé mentale en 2019 a attiré une promotion de 36 étudiants pour l'année 2019-2020. Ainsi en 2020, on compte 180 pairs aidants professionnels en santé mentale, exerçant en France. Ils travaillent sous diverses appellations et statuts, résultant de formations universitaires, associatives ou sans avoir suivi de cursus spécifique.

De plus, trois associations francophones de pair-aidance (l' « Association Francophone des Médiateurs de Santé Pairs » (AFMSP) en France, « En Route en Belgique », et l' « Association des Mentors Pairs Aidants du Québec » (AMPAQ) au Québec) ont créé ensemble une charte définissant les normes de la pair-aidance professionnelle⁵⁶.

2.3.5 L'intégration des pair-aidants professionnels dans les équipes de soins

Depuis les années 2010, le Centre collaboratif de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) en France favorise l'intégration de pairs aidants professionnels, également désignés sous le nom de médiateurs de santé pairs, parmi les équipes de soins psychiatriques. Ces anciens usagers agissent en tant qu'intermédiaires entre les soignants et les patients⁵⁷.

Ainsi, les premiers pairs aidants professionnels ont été introduits au sein d'équipes médico-sociales travaillant avec des sans-abris souffrant de troubles psychiques graves⁵⁸, sans bénéficier d'une formation formelle. Cependant, dès son introduction en France, certains professionnels santé, notamment des psychiatres et des infirmiers, ont émis des réserves concernant la création de cette nouvelle profession^{59,60}. Ils ont jugé difficile d'intégrer des personnes ayant une expérience de maladie psychique dans des équipes déjà surchargées. En finançant cette nouvelle profession, les pouvoirs publics risqueraient de détourner des fonds qui pourraient être plus efficacement dédiés au recrutement d'infirmiers et d'aides-soignants.

⁵⁶ C. NIARD et N. FRANCK. « Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France. Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ? » *Pratiques en santé mentale* 66e année, n° 3 (2020), p.52

⁵⁷ M. SEDAN et al. « L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites ». *L'information psychiatrique* 98, n° 4 (2022), p. 286.

⁵⁸ C. LAVAL et P. ESTECAHANDY « Le modèle "Un chez-soi d'abord" au risque de sa diffusion ». *Rhizome* 71, n° 1 (2019), p.104.

⁵⁹ G. BAILLON « L'État reconnaît son erreur sur les médiateurs de santé (ou pairs-aidants) en psychiatrie ». Le Club de Mediapart, 2012. <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/230212/l-etat-reconnait-son-erreur-sur-les-mediate>. (consulté le 29/01/2024)

⁶⁰ N. DEPOIRE « Psychiatrie – Scandale du « médiateur » pour la CNI ! Infirmiers.com, 2011. <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/psychiatrie-scandale-du-mediateur-pour-la-cni.html>. (consulté le 29/01/2024)

Malgré ces réserves initiales, une nouvelle génération d'étudiants médiateurs de santé pairs est désormais en formation (cf. paragraphe 2.2.4). Pour autant, ces étudiants se questionnent constamment sur leur rôle professionnel, face à la nouveauté de cette profession et aux obstacles rencontrés lors de leur intégration au sein des équipes de soins, en particulier en raison de difficultés relationnelles avec certains soignants. La perception des médiateurs de santé pairs sur leur expérience varie en fonction de l'accueil au sein de l'équipe, soulignant ainsi l'importance de la préparation et de la sensibilisation des équipes au concept de rétablissement⁶¹.

Explorons maintenant un autre aspect clé du cadre théorique : la notion et le concept de la réhabilitation psychosociale.

2.4 Réhabilitation psychosociale

La réadaptation psychosociale peut être décrite de manière générale comme l'ensemble des démarches entreprises auprès des personnes confrontées à des troubles psychiques, dans le but de promouvoir leur autonomie et leur indépendance au sein de la communauté.

Cette approche s'intéresse à la fois à l'individu, la société et aux systèmes de prise en charge. Elle suppose donc, une collaboration entre les champs sanitaire, social et médico-social. C'est un processus dynamique, centré sur la personne, qui met l'accent sur son projet de vie⁶².

Ainsi, cette notion comprend une gamme variée d'approches pour aider les personnes souffrant de troubles psychiques sévères à trouver une adaptation satisfaisante à la communauté et à accroître leur autonomie au sein de celle-ci (CNAAN et al., 1988 cités par L.BON, 2018, p. 8)⁶³. Elle favorise le rétablissement de ces individus en mobilisant les compétences préservées afin de surmonter les difficultés liées à la pathologie. Cette approche contribue ainsi à renforcer tant l'estime de soi que la confiance en soi⁶⁴.

En 2017, un décret a été publié, mettant l'accent sur la nécessité de prioriser le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques sévères dans le cadre des politiques de santé mentale : « Le projet territorial de santé mentale a pour priorité

⁶¹ M. SEDAN et al. « L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites ». *L'information psychiatrique* 98, n° 4 (2022), p.291.

⁶² D.LEGUAY et al. « Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. Document élaboré et validé par le congrès de Versailles (13 et 14 mars 2008) ». *L'information psychiatrique* 84, n° 10 (2008), p.890.

⁶³ L. Bon « Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin ». *PSN* 16, n° 1 (2018), p.8.

⁶⁴ *Ibid* p.8.

l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. À ce titre, il prévoit [...] les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux »⁶⁵.

Au cours des vingt dernières années, la réhabilitation s'est progressivement développée en France. À partir de 2013, des centres référents ont été mis en place pour assurer une accessibilité équitable à l'ensemble de la population. Ces établissements visent à promouvoir des soins de qualité et, grâce à leur collaboration avec des structures locales, à garantir un accès uniforme à la réhabilitation psychosociale⁶⁶.

2.5 Concept de la réhabilitation psychosociale

Ce concept s'appuie sur trois notions à savoir : le rétablissement, l'*empowerment* et le *case-management*⁶⁷.

2.5.1 Le rétablissement

Le rétablissement fonctionnel (décrit précédemment dans paragraphe 2.2.1), lié aux compétences individuelles (cognition, la compréhension de soi, aptitudes sociales...), se trouve amélioré par l'utilisation d'approches de la réhabilitation psychosociale telles que la remédiation cognitive, la psychoéducation et l'entraînement aux compétences sociales.

La remédiation cognitive en agissant sur le plan cognitif a conduit à des résultats positifs tels qu'un accès à l'emploi, des périodes d'emploi prolongées et des salaires plus élevés. En parallèle, la psychoéducation, ciblée sur les patients et leurs familles, englobe toutes les interventions éducatives liées aux troubles psychiatriques et à leurs traitements. L'utilisation de méthodes comme des groupes de compétences sociales et des dispositifs d'entraide entre pairs a permis d'atténuer l'isolement social et la précarité associés aux troubles psychiques graves. Ces approches holistiques visent à favoriser un rétablissement fonctionnel en agissant sur divers aspects, de la cognition aux compétences sociales.

⁶⁵ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. L'article 3224-6.-I du code de la santé publique « Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0176 du 29/07/2017 ». (Consulté le 1 février 2024). https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=MVnzi7XdDvWk4ZQpBsFDkyrFi06kv4uNmW1FL3_nvcg=.

⁶⁶ L. BON « Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin ». *PSN* 16, n° 1 (2018), p.8.

⁶⁷ D.LEGUAY *et al.* « Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. Document élaboré et validé par le congrès de Versailles (13 et 14 mars 2008) ». *L'information psychiatrique* 84, n° 10 (2008), p.890.

La réhabilitation peut contribuer au rétablissement individuel en guidant les personnes vers la concrétisation de leurs projets. Surmonter une maladie psychique est un parcours complexe et onéreux, que les méthodes de réhabilitation facilitent en créant un environnement favorable⁶⁸.

Dans la continuité des approches de réhabilitation psychosociale, nous allons maintenant examiner de plus près le concept d'*empowerment*.

2.5.2 L'*empowerment*

D'après l'Agence publique de santé du Canada, l'*empowerment* offre aux individus et aux groupes sociaux la possibilité de faire valoir leurs besoins et préoccupations, de concevoir des approches pour participer activement aux processus décisionnels, et d'intervenir dans les sphères politique, sociale et culturelle afin de satisfaire leurs besoins. C'est une approche par laquelle une personne renforce son contrôle sur les choix et les initiatives ayant un impact sur sa santé⁶⁹.

L'association croissante entre l'*empowerment* à la santé mentale souligne son rôle fondamental dans la recherche d'une citoyenneté complète pour les personnes confrontées à des difficultés psychiques. Ce processus se définit par la reprise de pouvoir sur sa vie, reposant sur trois principes fondamentaux : choisir, participer et comprendre. L'*empowerment* permet ainsi aux individus de devenir acteurs de leur propre existence, expriment leur fierté d'être eux-mêmes tout en obtenant la reconnaissance sociale. Cette dernière, repose sur la responsabilité, notamment sur le plan juridique. L'*empowerment* ne vise pas à éliminer les droits spécifiques des personnes en souffrance psychique, mais plutôt à assurer l'égalité des droits pour l'ensemble de la société avec une dénonciation claire de toute forme de discrimination. C'est également reconnaître qu'« Une personne en souffrance psychique, ce n'est pas une personne incapable, c'est une personne capable qui rencontre des obstacles dans la réalisation de ses projets ». Il existe alors, deux approches possibles : la mise en œuvre d'ajustements par la société et des initiatives découlant de l'entraide entre les personnes concernées. Les premières englobent des aspects tels que le revenu, l'accès aux soins et le soutien à une vie sociale ordinaire, avec une prédominance du respect des choix individuels. Les secondes mettent en avant les compétences des personnes elles-mêmes, en tant qu'expertes de leurs besoins⁷⁰.

⁶⁸ L. BON « Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin ». *PSN* 16, n° 1 (2018) p.9.

⁶⁹ Canada, Agence de la santé publique du. « Glossaire ». Éducation et sensibilisation, 21 juillet 2010. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne/glossaire.html>

⁷⁰ C. DEUTSCH. « Les usagers contribuent à refonder le social ». *VST - Vie sociale et traitements* 134, n° 2, 2017, p.47.

Après une analyse approfondie des concepts de rétablissement et d'empowerment, continuons notre exploration des fondements de la réhabilitation psychosociale en mettant l'accent sur le troisième et dernier pilier essentiel, à savoir le case management.

2.5.3 Case-management

Les avancées médicales et juridiques ont permis de développer des alternatives à l'hospitalisation, favorisant le maintien de la personne soignée dans son milieu. Cette démarche nécessite des collaborations interprofessionnelles.

Le case-management offre un modèle de prise en charge ambulatoire pour des individus souffrant de maladies chroniques. Son rôle essentiel est de maintenir un état de santé optimal malgré l'impact de la pathologie en matière de handicap. Cette approche vise à faciliter pour le bénéficiaire un accompagnement vers le rétablissement au sein de son environnement habituel, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat⁷¹.

Il permet aux personnes vulnérables de maintenir et d'améliorer leurs compétences dans leur vie quotidienne. Contrairement aux méthodes hospitalières, ce processus se distingue par sa nature multidimensionnelle, dynamique et à long terme. Il prend en considération les besoins fondamentaux propres à chaque individu (logement, travail, éducation...) dans une prise en charge globale⁷².

L'objectif principal du case-management est de promouvoir la continuité des soins et de faciliter l'accessibilité aux différents professionnels et partenaires de santé. Le procédé coordonne et garantit l'accès des usagers souffrant d'incapacités psychiatriques aux soins et aux services, cherchant à les aider à répondre de manière efficace et efficiente à leurs besoins multiples et complexes. En France, le service d'accompagnement médico-social pour jeunes adultes handicapés psychiques Samsah Prépsy adopte une approche de type case-management qui consiste à individualiser la coordination des soins et des services nécessaires pour les utilisateurs et leurs proches. Son approche repose sur des stratégies en réseau dans d'un territoire de santé déterminé, impliquant une coordination continue, dynamique et durable pour favoriser la collaboration entre les différents acteurs des soins et des services. Ce dispositif est conçu pour répondre aux besoins complexes des usagers qui nécessitent simultanément des services médicaux et sociaux à long terme.

⁷¹ C. GLASER et al. « Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées ». *L'information psychiatrique* 92, n° 7, 2016, p.542.

⁷² D. GELINAS. « Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec ». *Vie sociale* 1, n° 1, 2010, p.138.

En facilitant l'accès aux soins et en améliorant la coordination entre les intervenants, le case-management agit sur la prévention, réduisant ainsi les décompensations, améliorant l'observance et diminuant les hospitalisations⁷³.

Après avoir examiné les concepts de pair-aidance et de la réhabilitation psycho-sociale, il apparaît qu'introduire ces pratiques au sein de structures de soins existantes incite à une réflexion approfondie sur la conduite de changement et les résistances qui peuvent en découler.

2.6 Conduite de changement

Depuis l'antiquité, la notion de changement questionne, à l'image de la réflexion du philosophe Héraclite (541-480 av. J.-C.) : « On ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve ». Cette phrase célèbre souligne l'idée d'un monde dynamique en constante évolution⁷⁴.

Depuis diverses définitions du changement ont été proposées, nous avons choisi de retenir celle d'AUTISSIER et MOUTOT : « Le changement est une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès ». Autrement dit, un changement implique une rupture dans notre manière de fonctionner, nous obligeant à fournir des efforts pour nous adapter⁷⁵.

Cependant, c'est dans les années 1940/1950 que la conduite du changement a véritablement pris son essor grâce aux travaux du psychologue Karl Lewin. Selon ce dernier, comprendre le changement nécessite d'observer le comportement des individus dans les groupes. Ses travaux montrent l'efficacité d'une bonne préparation pour surmonter les résistances, notamment à travers des réunions sur les modalités de mise en place du changement. Ce sociologue montre que l'effet de groupe et le besoin de s'y conformer encouragent les individus à ajuster leur comportement pour s'adapter aux attentes sociales.

Selon le modèle de Karl Lewin, le processus du changement comprend trois phases : la prise de conscience de la nécessité de changer (ou dégel), l'action pour transformer

⁷³ C. GLASER et al. « Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées ». *L'information psychiatrique* 92, n° 7 (2016), p.544 et 545.

⁷⁴ D. AUTISSIER et E. METAIS-WIERSCH « Du Changement à la Transformation ». *Question(s) de management* 21, n° 2 (2018), p.46.

⁷⁵ D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT « Introduction ». In *Méthode de conduite du changement*, 5e éd. P. 13. Stratégie d'entreprise. Paris : Dunod, 2023.

l'organisation (ou mouvement) et la consolidation de la nouvelle organisation (ou regel). La conduite de changement selon Lewin est « une tactique de persuasion ». Elle consiste à démontrer les avantages du changement aux personnes concernées afin de réduire leurs résistances sans les forcer. (K. LEWIN cité par D. AUTISSIER et E. METAIS-WIERSCH 2018 p.46 et 47)⁷⁶.



Figure 1: Diagramme du modèle de Karl Lewis

Pendant les années 1980 et 1990, face aux fluctuations économiques, les entreprises ont dû ajuster leurs stratégies. De multiples initiatives ont été lancées, encourageant les organisations à se concentrer sur l'engagement des acteurs et le changement des pratiques, afin d'assurer le succès des initiatives tout en respectant les échéances fixées. Ainsi a émergé le concept de conduite du changement⁷⁷ qui se divise en trois étapes ⁷⁸ :

- La phase de diagnostic consiste à délimiter le champ du changement en examinant les processus, les structures, les acteurs et la nature de la transformation.
- La phase de leviers planifie et met en œuvre des actions de communication, de formation et d'accompagnement.
- La phase de pilotage évalue les résultats des actions de la phase précédente en mesurant l'engagement au projet, la participation des bénéficiaires, la diffusion de l'information...

2.6.1 Le management et la conduite du changement

Les managers jouent un rôle essentiel dans la conduite du changement dans les entreprises. Ils l'initient et veillent à son application sur le terrain. Sans leur engagement, le

⁷⁶ D. AUTISSIER et E. METAIS-WIERSCH « Du Changement à la Transformation ». *Question(s) de management* 21, n° 2 (2018), p.46-47.

⁷⁷ D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT. *Méthode de conduite du changement. Diagnostic, Accompagnement, Performance*. Vol. 5e éd. Stratégie d'entreprise. Paris : Dunod, 2023, p.5.

⁷⁸ *Ibid* p.26.

changement ne peut être envisagé. Ils doivent non seulement le faciliter mais aussi l'adopter dans leur façon de travailler et dans leurs relations avec les autres, que ce soient leurs équipes, leurs pairs ou leurs supérieurs. Comprendre comment les individus intègrent psychologiquement le changement exige un véritable effort d'apprentissage pour qu'il puisse être mis en pratique. Ces compétences peuvent être développées à travers des formations au management⁷⁹.

Selon AUTISSIER et MOUTOT⁸⁰, pour une conduite du changement efficace, le manager dès sa prise de fonction devra mettre l'accent sur trois actions essentielles :

- Comprendre la dynamique de groupe de son équipe : en élaborant un dossier sociologique. Il pourra ainsi appréhender les valeurs qui guident le fonctionnement de son équipe.
- Faciliter la circulation de l'information en mettant en place un plan détaillé. Cette action évitera les malentendus liés à une communication jugée insuffisante.
- Instaurer des indicateurs de suivi des changements au sein des activités et des ressources, ce qui permettra d'évaluer l'impact des changements mis en place.

L'éminent professeur John KOTTER est considéré comme l'un des premiers à souligner l'importance du rôle des managers dans la réussite de la conduite du changement à travers son modèle de déploiement du changement en huit étapes (J. KOTTER cité par D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT 2023 p. 47-50)⁸¹ :

- « Etape 1- Créer l'urgence » : Pour KOTTER il est indispensable de créer un sentiment d'urgence autour du changement en faisant appel à des arguments qui poussent à l'action.
- « Etape 2- Former une coalition puissante » : Les managers doivent motiver, guider leurs équipes et se forger des alliés pour mener le changement.
- « Etape 3- Créer une vision du futur » : pour réduire le sentiment de peur et d'anxiété qui accompagnent le changement.
- « Etape 4- Communiquer la vision du futur » : en soulignant les objectifs et l'urgence d'agir.
- « Etape 5- Inciter à l'action » : Les managers doivent motiver leurs équipes à s'engager dans le changement et à surmonter les obstacles.

⁷⁹ *Ibid* p. 44.

⁸⁰ *Ibid* p.48.

⁸¹ *Ibid* p.47-50.

- « Etape 6- Générer des victoires à court terme » : Valoriser les premiers succès pour motiver.
- « Etape 7- Consolider les succès » : Etendre les premières réussites plus largement au domaine concerné par le changement.
- « Etape 8- Ancrer le changement » : S'assurer que les nouvelles pratiques restent en place sur le long terme.



Figure 2: Diagramme du cycle de Kotter

Le modèle de KOTTER offre un cadre méthodique pour le changement, soulignant l'importance de la préparation et du suivi. Cependant, avec l'évolution vers le télétravail et les progrès numériques, le changement est devenu une série continue d'événements qui maintient l'organisation en mouvement constant. Dans cet environnement en mutation permanente, « le changement agile » devient la stratégie idéale. Il s'agit d'une approche flexible et collaborative qui encourage l'implication active des employés dans le processus de changement. Ils passent ainsi d'un rôle passif à un rôle actif, en expérimentant le changement de manière concrète. Dans le cadre du « changement agile », les managers sont amenés à encourager la collaboration des agents en les impliquant dans plusieurs ateliers interactifs, favorisant ainsi une construction conjointe du changement⁸².

⁸² Ibid p. 302-310.

Dans le contexte de la santé, le cadre veille quotidiennement, à la résolution des problèmes urgents et à l'adaptation des ressources pour assurer le bon déroulement des activités. En parallèle, il élabore une planification stratégique pour la gestion des projets et la conduite de changement⁸³. Le partage de l'expérience-patient, malgré les obstacles, impacte favorablement la qualité des soins. Ce qui souligne l'importance de la mobilisation de tous les acteurs du système de santé⁸⁴.

2.7 Résistance au changement

Selon AUTISSIER et MOUTOT⁸⁵ : « Changer c'est perdre un existant connu pour un avenir incertain. Changer fait peur car cela oblige les individus à faire l'apprentissage d'une nouvelle situation. En fonction de leurs aspirations, de leurs habitudes et de leurs personnalités, un projet de changement entraîne différentes formes de résistances ».

Le changement joue un rôle très important dans le processus managérial. Ce dernier repose essentiellement sur la mobilisation des collaborateurs autour de nouveaux projets, et de leur conviction quant à la pertinence du changement, tant pour eux- que pour l'entreprise.

Instaurer le changement implique de convaincre les individus d'accepter l'incertitude liée à la perte de ce qu'elles connaissent pour un avenir inconnu. Le changement, souvent perçu comme synonyme de progrès dans le milieu professionnel, rend par conséquent, la résistance difficile à justifier. Certains salariés peuvent faire appel à des stratégies d'évitement, en retardant délibérément les projets sous prétexte d'un manque de ressources ou l'incompatibilité du changement avec les besoins de l'entreprise. Ce comportement empêche généralement les projets d'avancer.

Malgré la reconnaissance théorique de la résistance, dans la pratique, elle est souvent négligée par les chefs de projet qui restent focalisés sur les objectifs de production et les échéances. En effet, il est difficile de considérer le comportement comme étant un facteur sur lequel il est possible d'agir dans une conduite du changement. Dans ce contexte, les salariés doivent non seulement faire face à la perte de ce qu'ils connaissent, mais aussi

⁸³ P-P. DUJARDIN et al. « La conduite de projets organisationnels portée par les cadres de santé : étude qualitative à partir d'un dispositif pédagogique ». *Recherche en soins infirmiers* 130, n° 3 (2017), p.32.

⁸⁴ Institut Français de l'Expérience Patient. « Encourager les usagers à partager leur expérience » Consulté le 11 avril 2024. https://experiencepatient.fr/wp-content/uploads/2023/07/20230705_Partage_experience_diffusion_IFEP28.pdf.

⁸⁵ D. AUTISSIER et J-M. MOUTOT. *Méthode de conduite du changement. Diagnostic, Accompagnement, Performance*. Vol. 5e éd. Stratégie d'entreprise. Paris : Dunod, 2023, p.206.

s'engager dans un processus d'apprentissage pour adopter le changement. Ces deux éléments expliquent pourquoi la résistance au changement se produit et que face à une telle situation, tous les acteurs ne sont pas nécessairement prêts à prendre ce risque.

Dans le cadre d'un projet de changement, le manager est confronté à trois sortes d'acteurs :

- « Les décideurs » qui acceptent le changement et sa mise en place.
- « L'équipe projet » englobe ceux qui planifient et réalisent les modifications.
- « Les utilisateurs/bénéficiaires incluent tous les acteurs affectés par le changement.

La résistance au changement se trouve principalement parmi les utilisateurs/bénéficiaires dans lequel apparait les plus souvent trois sortes de comportement :

- « Les proactifs » : Constituant 10% des personnes impliquées, ces individus sont généralement favorables au changement, voire qualifiés de prescripteurs.
- « Les passifs » : 80% des acteurs, qui adoptent une position neutre à l'égard du changement, préférant attendre les résultats pour avoir une vision plus claire de la situation.
- « Les opposants », représentant 10% des personnes concernés, s'opposent ouvertement au changement, à l'inverse des proactifs.

Un projet est considéré comme réussi lorsque 70 % des bénéficiaires y adhèrent⁸⁶. Cependant, il est important de ne pas interpréter systématiquement la résistance de manière négative⁸⁷. Certains chercheurs, tels que FORD et D'AMELIO, soulignent son rôle crucial en milieu professionnel, permettant d'éviter les changements inutiles et d'éliminer les éléments non productifs du processus (FORD et D'AMELIO, 2008 cités par R. SOPARNOT, 2013 p.26)⁸⁸.

Dans le domaine de la santé, un changement notable se manifeste dans la dynamique de pouvoir entre professionnels de santé et patients, marqué par une étude récente qui identifie des obstacles, incluant la peur du jugement et la perte de pouvoir ressenties par les soignants. Cette même étude souligne l'importance de favoriser la coopération entre soignants et patients. Pour y parvenir, il est essentiel de former les professionnels à

⁸⁶ *Ibid* p. 211-238

⁸⁷ D. WADDELL et A.S. SOHAL. « Resistance : a constructive tool for change management ». *Management Decision* 36, n° 8, janvier 1998, p. 543.

⁸⁸ R. SOPARNOT « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus ». *Recherches en Sciences de Gestion* 97, n° 4 (2013), p.26.

collaborer avec les patients partenaires. Les cadres de santé jouent un rôle clé, dans la mise en place de ces programmes de formation atténuant ainsi les résistances des soignants au changement⁸⁹.

⁸⁹ A. DE CARVALHO et al. « Le cadre de santé et l'émergence du "nous" inclusif du patient ». *Soins Cadres* 31, n° 139 novembre 2022, p.46-51.

3 Question de recherche et hypothèses

Il apparaît à travers ce cadre théorique que le domaine de la psychiatrie est en constante évolution, mettant de plus en plus l'accent sur l'intégration des pair-aidants au sein des équipes soignantes. Cette transformation s'inscrit dans un contexte plus large de changements de pratiques professionnelles, où des notions telles que la pair-aidance, la réhabilitation psychosociale et le case management interagissent, le tout réglementé par un cadre législatif clairement défini.

Cependant, cette transition n'est pas simple. La conduite de changement implique non seulement l'adoption de nouvelles pratiques mais aussi la gestion de la résistance au changement. Nous l'avons vu, cette dernière peut apparaître en raison de divers facteurs, tels que l'incertitude, la peur, ou le sentiment de menace que peuvent ressentir les professionnels de santé qu'en à la perte de leur pouvoir. Comprendre ces mécanismes est crucial pour développer des stratégies efficaces de conduite du changement, qui ne se limitent pas au seul cadre de la psychiatrie mais s'étendent à divers domaines professionnels.

Dans cette dynamique, une problématique émerge de manière naturelle :

En quoi le rôle du cadre de santé est-il essentiel dans la conduite du changement vers une collaboration soignants-patient pour améliorer les soins ?

Une hypothèse pourrait répondre à cette problématique :

Le succès de la collaboration entre soignants et patients repose largement sur la capacité des cadres de santé à surmonter la résistance au changement de la part des professionnels de santé.

Afin de répondre à notre problématique et de confronter nos idées à la réalité du terrain, une enquête sera menée auprès de cadres de santé de divers services de soins. Cette investigation portera sur les managers ayant déjà initié des conduites du changement : certains pour favoriser le partenariat entre soignants et patients, et d'autres non. Cette approche nous permettra de mieux comprendre le rôle du cadre de santé comme facilitateur de cette importante collaboration.

4 Enquête de terrain

La méthodologie de l'enquête sera détaillée dans ce chapitre. Celle-ci comprend le choix de l'outil utilisé ainsi que le déroulement de l'enquête.

4.1 Méthodologie d'enquête

4.1.1 Le choix de l'outil

Pour mener cette enquête sur la collaboration entre patients et soignants, une approche qualitative a été privilégiée. En effet, comme le soulignent COTE et TURGEON (2002, p. 85), lorsque l'objectif de la recherche est de comprendre la signification d'un phénomène en s'appuyant sur le vécu des personnes concernées⁹⁰, la méthode qualitative est particulièrement efficace. Appliquée à notre contexte, cette approche permet de saisir en profondeur l'expérience des cadres de santé dans la mise en œuvre de ce partenariat. Pour notre enquête, le style d'entretien semi-directif a été privilégié, permettant d'aborder des thèmes prédéfinis sans influencer les réponses des participants. Deux grilles d'entretien ont ainsi été conçues pour s'adapter à deux profils de cadres de santé différents. Chaque grille, légèrement différente l'une de l'autre, est composée de huit questions semi-ouvertes. Ces grilles sont adaptées à l'expérience managériale spécifique de chaque groupe de managers interrogé. Ces outils ont été validés par ma directrice de mémoire avant leur utilisation et présentées en annexe⁹¹.

4.1.2 Le panel interrogé

Six entretiens avaient initialement été planifiés pour cette enquête. Cependant, afin d'approfondir cette recherche et d'obtenir davantage de renseignements, un septième échange a été ajouté. Les entrevues ont été menées auprès de sept cadres de santé répartis en deux groupes. Le premier était composé de quatre cadres familiarisés avec la promotion du partenariat soignant-patient. Le second regroupait trois managers compétents dans la conduite du changement, mais sans expérience dans la collaboration soignant-patient. L'étude a été réalisée auprès de responsables de différents services (psychiatrie intra et extrahospitalière, gérontopsychiatrie, médecine et diabétologie) dans cinq établissements distincts en Île-de-France incluant deux structures de soins publiques et un établissement de santé privé d'intérêt collectif. Le panel choisi dans cette étude est composé de cadres de santé responsables d'unités de soins traitant des maladies

⁹⁰ L. COTE et J. TURGEON. « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ». *Pédagogie Médicale* 3, n° 2, 2002, p. 85.

⁹¹ Annexes I & II : Grilles d'entretien

chroniques. Ces services, avec des durées moyennes de séjour relativement longues, permettent l'instauration de collaborations entre patients et soignants. La composition de cet échantillon de personnes interrogées répond aux recommandations de COTE et TURGEON (2002, p. 85) pour les enquêtes qualitatives. Cependant, en raison du panel restreint, il n'est pas possible de généraliser les résultats obtenus.

Pour garantir l'anonymat, des noms d'emprunt ont été attribués aux cadres de santé interrogés. Le tableau ci-dessous présente un récapitulatif des différents profils des professionnels interrogés :

Nom d'emprunt	Fonction	Particularité	Ancienneté de diplôme	Service
Alice	Cadre de santé	Situation vécue en tant qu'infirmière	1 an	Gérontopsychiatrie
Beth	Cadre de santé		7 ans	Psychiatrie extrahospitalière
Claire	Cadre de santé	Situation vécue en dehors de son service	7 ans	Psychiatrie intra hospitalière
Diane	Cadre de santé	A mis en place des actions en diabétologie	3 ans	Psychiatrie extrahospitalière
Eva	Cadre de santé	A quitté l'établissement depuis 1 an	14 ans	Psychiatrie secteur extrahospitalier
Franck	Cadre paramédical Département Médico-Universitaire	Cadre de santé par intérim	23 ans	Médecine/Diabétologie
Fiona	Cadre de santé		6 ans	Diabétologie

Figure 3: Profils Professionnels Interrogés

4.1.3 Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été construit pour souligner les expériences des cadres de santé sur le partenariat soignant-patient, avec des parties spécifiques pour ceux ayant ou non une expérience dans ce domaine. Il combine à la fois des questions ouvertes et fermées, qui

abordent quatre thèmes ont été abordés lors des entretiens menés : la pair-aidance, la réhabilitation psychosociale, la conduite de changement et la résistance au changement. Ces thèmes correspondent aux concepts étudiés dans le cadre théorique de ce mémoire. La répartition des questions en fonction des thématiques étudiées est présentée en annexe⁹².

4.1.4 Les entretiens et leur retranscription

Avant chaque entretien, l'objet de l'enquête et le principe d'anonymat ont été systématiquement présentés, afin de garantir la confidentialité des réponses et de favoriser des échanges authentiques. La durée de chaque entrevue a été de 30 à 45 min.

Les entretiens se sont déroulés en personne ou par visioconférence selon le choix des participants. Ils ont tous été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées. Ces enregistrements ont été supprimés une fois les analyses terminées.

Six des personnes interrogées ont été questionnées en suivant scrupuleusement le questionnaire initial. Le septième cadre de santé s'est vu poser deux questions supplémentaires non prévues, à la suite des réponses obtenues lors de l'entretien précédent. L'idée sous-jacente était d'explorer un sujet pertinent et d'apporter un éclairage plus approfondi à notre objet de recherche. Tous les *verbatim* ont été intégralement retranscrits, et deux d'entre eux, dont celui de cette septième personne, ont été ajoutés en annexe⁹³.

4.1.5 Modalités de l'entretien

Les participants à l'enquête ont été contactés par téléphone ou par courriel. Après avoir donné leur accord, une date, un horaire et le mode de l'entretien individuel (en personne ou visioconférence) ont été fixés. Les entrevues en personne ont eu lieu dans le bureau des cadres permettant de garantir la confidentialité et de favoriser un environnement détendu qui encourage des réponses libres. Il n'était pas rare que les cadres de santé rencontrés me proposent une boisson chaude en début d'entretien.

⁹² Annexe I & II : questionnaires

⁹³ Annexe V : Verbatim

5 Présentation et analyse des résultats

Les verbatims des participants ont été codés en attribuant une couleur à chaque segment de texte correspondant aux concepts étudiés dans le cadre théorique : vert pour la pair-aidance, jaune pour la réhabilitation psychosociale, bleu pour la conduite du changement et rose pour la résistance au changement⁹⁴. Mis dans un tableau⁹⁵ où chaque ligne représente une personne interrogée, ces codes permettent de visualiser clairement les relations entre les verbatims, de comparer les réponses et de les associer aux concepts théoriques, facilitant ainsi une analyse approfondie. Cette méthode, conforme aux recommandations de VOYNNET-FOURBOUL (2011), a permis d'explorer en détail les thèmes de la pair-aidance, de la réhabilitation psychosociale, de la conduite du changement et de la résistance au changement.

5.1 Pair-aidance : enjeux et opportunités

5.1.1 Accueil des pair-aidants

Plusieurs verbatim montrent que les pair-aidants sont intégrés comme membres à part entière de l'équipe.

Alice se dit ravie d'avoir rencontré un pair-aidant lorsqu'elle était infirmière, le décrivant comme : « **un membre à part entière de l'équipe avec qui on pouvait échanger, qui était soumis au secret professionnel aussi et qui donnait son avis lors des réunions pluriprofessionnelles** ». Elle note également : « **Étonnamment, le pair-aidant n'a pas eu de souci pour s'intégrer dans l'équipe, très ouvert d'esprit** ».

Claire précise qu'à sa prise de poste en psychiatrie intra hospitalière, elle a rencontré : « **la pair-aidante qui se trouvait sur l'extra hospitalier** ». Cette notion de recrutement en psychiatrie extrahospitalière est également évoquée par **Alice** : « **un recrutement d'un pair-aidant formé. Et ce professionnel a été intégré plutôt en extrahospitalier** ». De même que pour **Diane** qui travaille à mettre en place : « **la pair-aidance sur une des structures extrahospitalières du pôle, donc, avec un pair-aidant bénévole [...] on est en train de travailler pour une 2e pair-aidante qui voudrait être salariée** » (ligne 36). Alors que **Beth** remarque : « **c'est plus pour les structures de l'extra où le patient sont plutôt souvent plutôt stabilisés. Pour éviter que le pair-aidant décompense... et il ne faut pas aussi mettre l'équipe de soins en difficulté, qu'elle soit obligée aussi de prendre soin du pair-aidant** ».

⁹⁴ Annexes III & IV : retranscription des entretiens

⁹⁵ Annexe V : Verbatim

A l'inverse, **Diane** précise concernant la place des pair-aidants : « *je ne vois aucune situation, aucun service qui pourrait être rédhibitoire. A partir du moment où on traite des patients, les patients ont leur place dans la réflexion* ». (ligne 147)

Par ailleurs, **Alice** revient sur l'expérience du pair-aidant : « *qui était passé par tout ce parcours psychiatrique, le **rétablissement**, donc là aujourd'hui il était vraiment en rémission* ». De même, **Eva** mentionne dans ce même registre : « *certains patients qui étaient dans **un processus de rétablissement** et qui étaient **stabilisés** et qui allaient sortir de l'unité d'hospitalisation. Ils ont eu envie à un moment donné de **transmettre leur expérience** dans un premier temps, et d'entamer même une réflexion vers une professionnalisation et de faire **une formation de pair-aidant pour devenir des professionnels** ». (ligne 190) Elle souligne : « *le pair-aidant est quelque chose d'important puisque lui-même en général est **réhabilité**, donc **il apporte ce savoir-là au patient*** » (ligne 172).*

Beth souligne : « *on voit des **patients qui s'appuient sur le savoir d'un patient**, par exemple quand les patients font la queue pour prendre leur traitement...et le patient dit "il faut le prendre parce que ça marche" ou quand il dit "il faut prendre le traitement, sinon tu vas finir dans la chambre d'isolement"* ». **Fiona** explique que dans un atelier de son service : « *il y a des **patients qui expliquent** à ceux qui ont des difficultés* ». **Diane** confirme que : « *les mettre entre eux, ça a toujours un effet positif, d'abord parce qu'il y a de la **reconnaissance** avec des personnes qui vivent la chose qu'eux. Puisque nous les blouses blanches, on ne peut pas comprendre* » (ligne 201). Elle insiste parlant des patients : « *qu'ils iront vers des associations [...] C'est qu'il y a un besoin quand même de partager ça a un **impact sur la qualité des soins**, ne serait-ce que dans le fait de se rassurer qu'on ne soit pas seul. Ensuite il y a des astuces et des trucs qui sont partagés* » (ligne 170).

En outre, les détails concernant l'emploi du temps des pair-aidants ont été abordés. Par exemple, **Claire** mentionne : « *elle est à temps partiel. Elle vient 4 jours par semaine* ». **Diane** renforce cette idée : « *ça dépend de sa capacité physique et psychique... s'il ne peut pas travailler plus de 2 heures par jour, ben on fera des trucs de 2 heures. Si pour lui, travailler 7 heures 30 ce n'est pas un sujet, bah on peut faire une journée après là pour le coup, je crois qu'il n'y a pas de règles, si ce n'est bien sûr les règles du temps de travail[...]On a beaucoup de professionnels qui ont des difficultés somatiques ou psychiques hein, les soignants ne sont pas immunisés contre la maladie quelle qu'elle soit. Eh Ben des fois on adapte leur temps de travail en fonction de leurs capacités, donc ça revient au même* » (ligne 310). Ainsi, les ajustements semblent possibles.

5.1.2 Quelques défis...

Beth insiste sur la complexité de la collaboration en psychiatrie : « *Ils lui font **confiance** et c'est très bien... mais après en **psychiatrie**, le rôle du patient pair-aidant et de la **collaboration patient-soignant**, ça me paraît très compliqué* ». **Diane** rétorque à ce sujet : « *on n'est pas sur des patients en plein délire, complètement déséquilibrés, on a une forme... Voilà, y a quand même un **rétablissement*** » (ligne 299).

Parallèlement, **Eva** évoque l'intervention d'un pair-aidant professionnel au sein d'une réunion institutionnelle, mais déplore l'absence d'échanges véritables avec les équipes : « *On a pu simplement faire intervenir un **pair-aidant professionnel** au sein d'une **grande réunion institutionnelle**, avec plutôt l'apport de **témoignages** et de transmission d'un certain **savoir expérientiel** [...] Mais il n'y a pas eu de véritable échange avec les équipes* » (ligne 74).

Franck précise que dans son établissement : « *On n'a pas vraiment de démarche au sein des services pour mettre en place des patients experts* ». **Fiona** souligne que malgré le soutien du médecin, trouver des pair-aidants reste compliqué : « *Chef de service, lui est très favorable à ce genre d'initiative, mais trouver un patient expert ou un pair-aidant, ce n'est pas forcément évident non plus* ». Elle explique qu' : « *Il avait quelques patients intéressés, mais voilà ça va très vite dans les services aigus comme ça et honnêtement c'est un petit peu difficile, à mon sens de mettre en place. On n'est pas sur les secteurs de psychiatrie où on a du temps entre guillemets, je vous disais, on reçoit une quarantaine de patients en HDJ, ce n'est pas que pour diabétologie... c'est on va dire 18 suivis pour le diabète, 8 à 10 plaies du pied, des diabètes gestationnels. Enfin c'est ça va très vite et intégrer un patient-expert que ça soit en hospitalisation conventionnelle ou autre, c'est vraiment compliqué* ».

Alice ajoute : « *pour trouver un pair-aidant, c'est compliqué [...] il nous l'a dit, la formation, elle est quand même assez poussée* ». Notion partagée également par **Beth** : « *on n'a pas beaucoup de pair-aidants. Déjà parce qu'ils n'arrivent pas à suivre la formation demandée* ».

Claire émet des réserves sur la pair-aidance : « *Ça m'a semblé un peu particulier comme démarche d'avoir une pair-aidante dans l'équipe* » ou bien « *j'ai du mal à définir sa pathologie... J'ai des doutes* ».

Dans un autre registre, **Diane** évoque l'existence selon elle d'une : « *confusion entre partenaires patients et par exemple représentant des usagers* » (ligne 63). **Franck** semble lui donner raison lorsqu'il dit : « *On n'a pas vraiment de démarche au sein des*

services pour **mettre en place des patients-experts**, il y a une démarche au sein de l'institution **puisque'on a des représentants des usagers qui sont très présents** ».

5.1.3 Impact positif

Les verbatim montrent également les bénéfices de la pair-aidance. **Alice** compare le pair-aidant à « **une mine d'informations** » précieuses pour l'équipe. **Diane** répète les paroles du pair-aidant de son équipe qui se qualifie de « **facilitateur d'espoir** » et précise « *c'est à dire quelqu'un qui a fait de son expérience avec la maladie des compétences et qu'il les met au profit d'autres patients* » (ligne 183). **Eva** souligne que les pair-aidants contribuent à la réhabilitation psychosociale des patients : « **le pair-aidant va aider et accompagner et soutenir en tout cas le projet de réhabilitation psychosociale** » (ligne 182). **Claire** insiste même en parlant du pair-aidant accueilli dans son service : « *C'était une ressource pour la cheffe de pôle le médecin chef elle se servait de ses retours... Elle était très impliquée, elle animait des ateliers* ». **Alice** constate : « *Les patients se sentaient en confiance avec lui car il avait l'expérience de ce qu'ils vivaient* ».

En résumé, il semble que toutes les interviewés connaissent dans une certaine mesure le concept de pair-aidant. Toutefois, seuls trois sur sept attestent avoir accueilli ces professionnels, avec un impact positif sur les patients et certains collègues. Trois cadres signalent des difficultés de recrutement, en raison de la complexité de la formation ou de l'incompatibilité des services. Ce dernier point est fermement contesté par l'un des autres cadres. De plus, une confusion semble exister quant au rôle du pair-aidant, notamment avec celui des commissions des usagers.

5.2 La réhabilitation psychosociale

5.2.1 Collaboration avec le patient

Beth met en avant que « **le patient a son mot à dire sinon il ne fera pas... il faut qu'il se sente impliqué** ». Cette idée est renforcée par **Claire**, qui note que l'écoute et l'implication des pair-aidants ont rendu les patients « **vraiment contents** ». **Eva** souligne également que « **le patient était au même niveau que le soignant** » (ligne 26), et que cette collaboration va : « **permettre de travailler en transversalité et en horizontalité entre les patients et les infirmiers ou les éducateurs spécialisés pour accompagner au mieux dans leur projet de rétablissement des patients** » (ligne 22). Elle précise : « *les professionnels partent du besoin identifié et des projets de vie de ces patients et qu'ensuite ils puissent aider et accompagner au mieux les patients dans leur devenir quel que soit le projet établi par le patient* » (ligne 24), ce qui mène selon **Eva** à ce que : « *le patient, lui, puisse se réhabiliter au mieux dans la vie sociale* » (ligne 40). Elle accentue son propos en ajoutant : « *après*

un passage et une rupture de parcours de vie traversés par la maladie, la personne est considérée comme un patient et là l'idée générale c'est de retrouver bien son identité de personne » (ligne 42).

Fiona rappelle que son équipe est : « *vraiment dans le partenariat patient soignant donc on ne va pas essayer de tout contrôler justement* ».

Franck renchérit en mentionnant qu'il faut : « *rappeler aux gens qu'il faut un peu d'humanité dans les rapports humains parce que ça commence comme ça, hein ? Enfin je veux dire le partenariat patient...C'est considéré que le patient, il est acteur* ». De même, **Diane** pense : « *qu'il n'y a pas que les pair-aidants qu'il est intéressant d'inclure, c'est aussi d'inclure les patients en tant qu'acteurs voire auteurs de notre organisation* » (ligne 328).

Alice et **Eva** expriment qu'une collaboration avec le patient est importante pour améliorer la qualité des soins. **Claire**, **Diane**, **Franck**, **Beth** et **Fiona** la trouve même essentielle. **Fiona** précise : « *Pour moi, la qualité des soins passe par la qualité de la relation entre le professionnel et le patient* ». **Franck** estime : « *que le partenariat avec le patient, c'est pour le soignant, c'est se confronter à la qualité de la prise en charge* ». Cependant **Beth** ajoute : « *il y a une limite aussi à ça...parce que le patient ne peut pas toujours décider* ». Elle précise : « *C'est toujours la négociation je pense avec les patients, et la qualité des soins est là pour lui* ».

En parlant du pair aidant, **Eva** précise que : « *pour avoir vu aboutir des projets de réhabilitation psychosociale pour des patients sans la présence de ce professionnel-là, je dirais que l'émulsion collective, en tout cas des patients entre eux, accompagné par le support du projet thérapeutique, des outils thérapeutiques qui sont employés dans ce type de structure-là aident aussi à la réhabilitation psychosociale du patient. Le tout, c'est d'aller au rythme du patient. On est vraiment sur du projet individualisé et l'idée sous-tendue, c'est vraiment d'aller au rythme du patient* ». (ligne 192)

5.2.2 Alliance thérapeutique et éducation

Eva insiste sur l'importance de cette alliance pour « *apporter une certaine qualité des soins* » (ligne 113) et pour « *accompagner au mieux celui-ci dans son parcours de soins* ». (ligne125) **Diane** parle de : « *la mise en place [...] de programmes d'éducation thérapeutique* » (ligne 31). Elle mentionne qu'elle encourage : « *la coécriture d'un livre d'expériences entre soignants et patients* » (ligne 45). Cette collaboration étroite semble contribuer à renforcer l'alliance thérapeutique, essentielle pour une prise en soins de qualité.

5.2.3 Valorisation du patient

Diane note que « *les mettre entre eux, ça a toujours un effet positif, d'abord parce qu'il y a la reconnaissance avec des personnes qui vivent la même chose qu'eux. Puisque nous les blouses blanches, on ne peut pas comprendre* » (ligne 165). **Eva** souligne la nécessité de « *valoriser le patient au mieux et pour pouvoir lui permettre de se réapproprier son pouvoir d'agir* » (ligne 35). **Diane** ajoute également avoir : « *mis en place en collaboration avec le chef de service de mon précédent service qui est de la diabétologie, une équipe de patients partenaires sur le modèle de Montréal* ». (ligne 33).

En résumé, il semblerait que les témoignages illustrent l'importance de la collaboration patient-soignant pour améliorer la qualité des soins. Apparemment, l'implication active des patients favorise une meilleure prise en charge et une aide plus adaptée à leurs besoins individuels. Cela leur permettrait de retrouver leur pouvoir d'agir et de se réhabiliter dans la vie sociale après un parcours de vie difficile marqué par la maladie. Seule une cadre précise que le patient ne peut pas toujours décider, et une autre mentionne que la présence d'un pair aidant n'est pas indispensable pour réussir l'utilisation de la réhabilitation psychosociale dans les services. Toutefois, la notion de réhabilitation psychosociale n'est explicitement mentionnée que par deux personnes sur les sept interrogées.

5.3 La conduite de changement

5.3.1 Importance de la communication et de la formation

Alice souligne l'importance de la « **communication** » et de « *transmettre des informations concernant la fonction du pair-aidant au sein de l'équipe, la définir déjà avant son arrivée, pour anticiper cette arrivée* ». Elle ajoute « *le cadre doit encore une fois communiquer le plus possible en expliquant... Il faut qu'il passe du temps avec les professionnels, qu'il les écoute vraiment...qu'il explique, un vrai échange parce que c'est là que les idées arrivent et impliquer son équipe dans les projets de collaboration. ça va motiver les professionnels de travailler sur un projet commun* ». **Beth** déclare : « *J'ai fait beaucoup de réunions avec les soignants, mettre les choses au clair* » elle ajoute : « *c'est important de communiquer avec les soignants et les patients aussi, de bien les écouter, d'essayer de comprendre* ». **Claire** évoque également « **la communication** ». **Diane** précise que « *c'est de la pédagogie, c'est du partage d'expérience, c'est aussi beaucoup de débriefing avec le pair-aidant* » (ligne 78), et qu'il est essentiel de « *recentrer les soignants sur le sens de tout ça, c'est-à-dire que c'est pour le patient à la fin* » (ligne 113). **Franck** met en avant que « *le cadre doit lui-même être ouvert à la communication* ».

» ajoutant que « le cadre, il a aussi cette espèce **d'obligation d'information**. C'est à dire qu'il faut **se tenir informé** pour avoir connaissance de toutes ces expériences ». **Eva** insiste sur « une capacité à avoir une **vision globale** des choses pour pouvoir au mieux **driver l'équipe** et faire des **allers-retours** avec eux » (ligne 91) et qu'il doit y avoir « façon régulière un **échange** avec les soignants » (ligne 121). Enfin, **Fiona** rappelle qu'il « faut **écouter** le patient, voir quel est son besoin, **évaluer** son besoin. Et puis voir avec l'équipe quelle difficulté elle rencontre avec ce patient ».

En complément de la communication les cadres évoquent la formation des équipes. **Alice** explique qu'il faille « bien **expliquer** ce que c'est qu'un pair-aidant, quel est son travail, comment il est formé, qu'est-ce qu'il peut faire au quotidien, etc. ». **Beth** partage son expérience en disant : « J'ai dû **revoir l'organisation**... j'ai fait des entretiens individuels [...] **formations** sur la maltraitance, les soins en psychiatrie ». **Claire** souligne : « La **formation**, c'est pas mal hein, ça ouvre des perspectives, ça **croise les regards**, les expériences des uns et des autres, ça **remotive** un petit peu ». **Diane** ajoute simplement : « **accompagner plus plus, pédagogie plus plus, formation, discussion, réflexion, retour éthique** sur tout ça, et puis surtout, c'est vraiment de montrer que la **plus-value** sur les patients » (ligne 139). Enfin, **Eva** insiste sur la nécessité de « **faire mûrir la réflexion pour travailler sur les représentations**. Très souvent, en réunion, je faisais travailler un petit peu les équipes sur les représentations qu'ils pouvaient avoir pour les pousser dans leurs retranchements et puis dans leur **réflexion**, au sein de réunions » (ligne 71).

5.3.2 Préparation et anticipation

Alice met l'accent sur l'importance de « bien préparer le projet **en amont** ». **Beth** souligne : « je me suis mise des **objectifs**, on ne peut pas arriver et tout changer c'est impossible. D'un côté il faut leur montrer votre **légitimité**. j'ai commencé par exemple à accéder à certaines de leurs demandes ». Par ailleurs, **Diane** remarque : « ce que je reproche beaucoup au partenariat patient aujourd'hui dans certains systèmes, c'est **d'imposer un patient pair-aidant formé** et tout à fait légitime, sans préparer le travail d'équipe avec l'équipe » (ligne 86) et insiste : « il faut **personnaliser** l'accompagnement et l'inclusion du patient partenaire, pair-aidant, expert » (ligne 90) enfin, elle pointe la nécessité « **d'accompagner les cadres** » (ligne 220).

Eva insiste sur le questionnement au moment des transmissions : « sur quelle est la **place du soignant** ? Quelle est la place **du patient** dans la pratique des soins au quotidien ? Je pense que le cadre doit être en capacité d'amener cette réflexion et qu'elle devienne quelque chose de quotidien » (ligne 127) et « surtout questionner aussi la posture du professionnel » (ligne 138). **Franck** complète en ajoutant que « on n'impose pas aux gens

de faire de l'éducation thérapeutique, on n'impose pas aux patients de devenir patients experts. Ça reste des démarches à chaque fois volontaires et je pense que le travail du cadre c'est **de favoriser l'émergence et la détection de ce volontariat et après d'aider à la mise en place** » et il ajoute « **il faut bien connaître son équipe** ».

5.3.3 Définir le rôle du pair-aidant

Alice suggère de « **Recevoir en amont le pair-aidant pour nous expliquer ses fonctions** ». **Beth** précise : « **il faut que les missions soient très clairement définies [...] La fiche de poste par exemple peut être définie avec l'équipe et en réflexion... pour ne pas que la personne soit en difficulté et... pas mettre l'équipe en difficulté parce que c'est quand même très complexe en psychiatrie les pair-aidants. Autant en diabète c'est facile...dans les autres pathologies c'est facile...la psychiatrie c'est quand même à part pour les pair-aidants, ce n'est pas du tout pareil [...]** Le pair-aidant doit **savoir où s'arrêtent ses fonctions** ». Cette cadre ajoute : « **quelqu'un qui ne reste pas tout le temps avec l'équipe [...] parfois on dit les choses que on veut pas que ça soit entendu, parce que on peut dire des choses sans prendre de gants... "fait gaffe, là elle est en train de cliver vraiment..." ou "tu sais pourquoi ? parce que sa mère a été violée, son père est..."**, est-ce qu'on doit parler de tout ça avec le pair-aidant ? Est-ce que **la formation de je ne sais pas combien d'heures, va permettre au pair-aidant de ne pas parler de toutes ces informations ?** »

Diane affirme que « Il faut aussi faire avec leurs capacités [...] ça se personnalise et que devoir calquer, transposer un modèle à chaque fois, bah pour moi c'est pas l'idéal » (ligne 93). **Eva** propose de « **Requestionner systématiquement la posture du soignant par rapport au soigné pour éviter justement le sachant-sachez, le soignant qui sait tout, le soignant qui sait les choses et le soigné qui subit les choses** » (ligne 139).

5.3.4 Patience, persévérance...

Alice explique qu'il faille « **faire preuve de patience pour arriver à convaincre l'équipe, car c'est beaucoup de changement d'un coup** » (ligne 96). **Diane** affirme : « **j'avais été un peu vite dans le partenariat patient parce que j'étais convaincue, je pensais être convaincante** » (ligne 66) elle ajoute : « **il faut prendre le temps avec les équipes [...] pour accompagner cette peur du jugement, ce sentiment de perte de pouvoir dans un système de soins qui est quand même en tension [...]** » (ligne 67) et précise : « **accepter, pour le manager en tout cas, que ça va résister** » (ligne 82). **Eva** souligne l'importance de « **beaucoup de bienveillance** » (ligne 93) elle explique : « **on ne peut pas de toute façon imposer des choses, ça ne fonctionne pas. Ça crée des distorsions, ça crée de la frustration et ça ne fait pas avancer l'objectif. L'idée est de faire travailler en bonne entente**

les professionnels et les pair-aidants. Ce serait plutôt ça, de faire **travailler ensemble**, dans la bonne entente, pour que chacun respecte la place de l'autre et comprenne le sens de ce que peut apporter l'autre à un moment donné dans le travail, mais, toujours dans un intérêt commun. Il ne faut jamais perdre cet objectif, c'est la personne qui est au centre de la préoccupation primordiale et donc ce patient qu'on **accompagne vers une phase de rétablissement** et de **réinsertion**, qu'elle soit sociale, professionnelle ou dans son parcours de vie » (ligne 94).

Franck déplore : « moi je regrette les cadres qui ne sont plus dans les chambres. On donne tellement de missions aux cadres qu'on l'éloigne des soins, qu'on l'éloigne des chambres, et malheureusement la **connaissance de l'équipe** et la **connaissance des patients**, c'est la première des nécessités pour un cadre et quand on n'est plus dans les chambres. Ce n'est plus possible, voilà..., si on ne connaît pas les patients, si on n'a pas de contact avec la famille, si on ne voit pas ses équipes à l'œuvre... C'est compliqué ».

Dans un autre registre, **Beth** explique qu'elle « s'est **s'appuyée sur les bons professionnels** avec qui ça se passait bien ». **Diane** conseille « de **recenser d'abord les acteurs susceptibles d'avoir une forme d'ouverture d'esprit** pour démarrer le projet [...] de repérer les professionnels à qui ça pourrait parler. Suffisamment ouverts à l'idée de changement, suffisamment ouverts à l'idée d'un **soin différent** » (ligne 104). Elle suggère de s'appuyer sur l'expérience d'autres équipes pour dire « ça se passe comme ça à tel endroit, ça se passe très bien » (ligne 135). **Eva** propose aussi de « **s'appuyer sur l'expérience des autres**, de faire venir peut-être même des équipes de professionnels qui ont déjà mis en place ce genre de réflexion » (ligne 157).

En résumé, il semblerait que la conduite de changement en matière de pair-aidance repose sur une communication efficace, une formation adaptée, et une préparation minutieuse des équipes. Les témoignages semblent indiquer l'importance de définir clairement le rôle des pair-aidants et d'adopter une approche patiente et persévérante. Cependant, des défis pourraient persister, notamment en ce qui concerne l'intégration et la légitimité des pair-aidants au sein des équipes.

5.4 La résistance au changement

L'analyse des verbatims recueillis auprès des sept cadres met en lumière la résistance au changement face à la collaboration patient-soignant, voire l'intégration des pair-aidants dans les équipes. Ainsi, **Alice** mentionne la : « **résistance de l'équipe par rapport au pair-aidant** ». Elle a également noté que : « **intégrer le patient au projet [...] c'est beaucoup plus facile qu'intégrer un pair-aidant et donc un ancien patient dans une équipe de soins** ».

De même, **Claire** précise parlant d'une pair-aidante: « *elle n'était pas intégrée dans l'équipe* ». De plus, **Diane** souligne : « *j'ai senti de la résistance lorsque j'ai soumis de partager le repas avec une infirmière et avec les patients [...] j'ai senti que ce n'était pas si simple que ça, que d'être dans une **relation complètement horizontale**, lorsque j'ai mis les patients partenaires en place* » (ligne 52).

5.4.1 Causes et manifestations

Diane et **Franck** pensent que la résistance de certains professionnels de santé est due à leur peur de perdre leur autorité vis-à-vis des pair-aidants et d'être jugés par eux. **Franck** mentionne une : « *résistance à la mise en place de l'ETP plutôt médicale liée à la **perte de pouvoir et vis-à-vis des patients et des soignants*** ». Il décrit une « *résistance qui **n'est pas frontale**, qui **n'est jamais argumentée**, mais qui est plutôt sous-jacente... **insidieuse**... Qui est beaucoup dans le **non-dit**... et qui est très **informelle** de la part de certains médecins face à la formation IPA..., face à l'éducation thérapeutique* ». Ressenti partagé par **Diane** qui parle du « *sentiment de **perte de pouvoir**, en tout cas celui du sachant "Mais c'est bon, c'est quand même nous les soignants", voilà... "Oui, il sait tout sous prétexte qu'il est diabétique depuis 20 ans" » et ajoute : « **une peur du jugement** » (ligne 59). Par ailleurs, **Claire** pense qu'il y a eu des réticences : « *mais elle **n'était pas ouvertement rejetée**, mais en même temps, **personne ne travaillait avec elle*** ». De son côté, **Eva** évoque : « *Certains soignants partent du principe qu'ils sont **soignants**, donc **une position haute**, je dirais, **par rapport aux soignés*** » (ligne 53). De plus, **Claire** remarque : « *une patiente qui a dit le lendemain, "Oh, ça m'a fait bizarre, quand j'ai vu l'infirmière qui se brosse les dents", tu vois, parce que **ça désacralisait un petit peu la fonction*** ».*

5.4.2 Manque d'information...

Alice et Claire soulignent que la méconnaissance du rôle des pair-aidants et le manque d'information contribuent à la résistance. Ainsi, **Alice** évoque : « ***on ne savait pas ce qu'il faisait**. Il a été intégré aux échanges, aux entretiens... Mais on n'avait pas plus d'informations, c'est nous qui sommes allés les chercher. là-dessus ça a pêché un petit peu selon moi* ». De son côté, **Claire** cite : « *les autres personnes qu'on me disait "oui Madame ... elle est pair-aidante, tu sais ce que c'est ?" enfin tu vois, c'était pas **très naturel on va dire dans l'équipe*** ». En outre, **Beth** ajoute : « *On n'a pas été prévenu que cette patiente pair-aidante allait venir et elle n'a pas été présentée* ». De plus, elle précise : « *j'aimerais pas être avec un **pair-aidant** qui va être encore mal et qu'il **faudra s'en s'occuper**, parce que parfois il y a des soignants qui ne vont pas bien. Et donc la position de cadre c'est très compliqué. Je sais qu'avec elle (soignante) il faut parler autrement parce qu'elle est en*

dépression, l'autre...et en plus il y a un pair-aidant à gérer au quotidien. Je ne sais pas si ça sera facile ». **Claire** affirme également : « Elle était quand même malade. J'avais aussi appris que la cheffe de pôle la recevait quand ça n'allait pas, elle la recevait et elle la stabilisait ».

5.4.3 Collaboration...

Par ailleurs, **Claire** précise : « Enfin je sais pas... **communiquer** oui.... **Échanger**..., je sais pas, **je trouve que collaborer ça met trop au même au niveau** [...] il y a... ce qu'on appelle, tu verras aussi avec des équipes, **la juste distance** que tu dois avoir **avec tes patients** ».

De son côté, **Diane** évoque : « la difficulté c'est d'accompagner les équipes à appréhender la **collaboration professionnelle** avec un patient formé sans, **le considérer comme leur propre patient**. Donc d'être au-delà de la relation de soins, ce qui n'est pas facile puisqu'un soignant par principe il soigne » (ligne 75). Elle ajoute : « ce n'est pas facile parce qu'un pair-aidant en général il arrive tout seul. Il n'arrive pas en équipe. donc l'équipe, elle, elle est en force » (ligne 80). Elle souligne : « ça permet aux soignants d'avoir un "collègue", alors je mets entre guillemets, parce que ce **n'est pas encore acquis hein, qu'un pair-aidant est un collègue** » (ligne 203). Elle précise : « ce n'est pas culturellement ancré **qu'une voix de patient compte comme une voix de soignant** » (ligne 297).

Beth exprime des préoccupations spécifiques concernant l'intégration des pair-aidants avec certains patients : « On ne peut pas mettre un pair-aidant avec le patient hystérique d'aujourd'hui, il décompense en sortant d'ici. Donc **la collaboration est difficile** pour moi ».

Eva déplore : « Je n'ai pas pu faire aboutir, en tant que cadre, parce qu'il n'y avait pas de portage institutionnel au sein de l'unité et même au sein de l'établissement » (ligne 62). A l'inverse **Diane** dit : « je n'ai pas eu de frein particulier avec la direction, ni avec ma cadre sup, ni avec ma direction [...] Parce qu'eux-mêmes s'ils avaient imposé ça au même titre que moi, je vous dis ce n'est pas possible d'imposer ça aux équipes et ils seraient très embêtés parce que y aurait cette résistance à gérer et elle n'est pas simple » (ligne 300). Toutefois, cette cadre souligne que : « Aujourd'hui, la première difficulté pour un cadre serait la gestion du personnel et le turnover des professionnels » (ligne 160), ce que confirme **Fiona** : « Faut du personnel et...l'infirmière, c'est une denrée rare en ce moment hein ? c'est chronophage et frustrant ».

En résumé, il semblerait que certains cadres rencontrent des résistances dans leur équipe lorsqu'ils essaient de faire collaborer patients et soignants ou d'intégrer des pair-aidants. Les soignants craindraient de perdre leur autorité, d'être jugés par les pair-aidants, et

manqueraient d'informations sur le rôle exact des pair-aidants. Cependant, cette résistance ne serait pas systématique, et il apparaîtrait que certains soignants parviennent à travailler efficacement avec les pair-aidants, surtout lorsqu'ils bénéficient d'un bon soutien institutionnel.

6 Discussion

À l'origine, cette recherche visait à répondre à la question suivante :

En quoi le rôle du cadre de santé est-il essentiel dans la conduite du changement vers une collaboration soignants-patient pour améliorer les soins ?

Pour aborder cette question, l'hypothèse formulée suggère que **Le succès de la collaboration entre soignants et patients repose largement sur la capacité des cadres de santé à surmonter la résistance au changement de la part des professionnels de santé.**

Pour répondre au mieux à cette question de recherche, j'ai procédé à une enquête qualitative auprès de sept cadres de santé. À travers des questions semi-ouvertes, quatre thèmes abordés dans le cadre théorique ont été explorés, à savoir : la pair-aidance, qui repose sur trois piliers : le rétablissement, le savoir expérientiel et l'espoir, la réhabilitation psychosociale, définie à travers le rétablissement, l'empowerment et le case-management, la conduite du changement, et ses stratégies pour encourager l'adoption de nouvelles pratiques et la résistance au changement, qui peut être due à divers raisons... L'ensemble est bordé par un cadre législatif bien défini sur le statut du patient-expert. Pour garantir la compréhension, j'ai choisi d'utiliser les termes de pair-aidant et de patient-expert lors de l'enquête.

6.1 Pair aidance : Une nouvelle approche du soin

L'analyse des verbatims recueillis montre un intérêt croissant pour l'intégration des pair-aidants dans les unités de soins, avec six personnes sur sept connaissant cette approche, bien qu'elle semble insuffisamment appliquée. De plus, cette initiative semble être plus développée en psychiatrie que dans les unités somatiques. Ainsi, seuls les cinq cadres travaillant en psychiatrie avaient une expérience directe ou indirecte avec les pair-aidants. En effet, le sixième cadre considérait cette intégration inadaptée dans un service de diabétologie, bien que le diabète soit une maladie chronique. Le dernier cadre avouait être peu sensibilisé à cette nouvelle approche du soin mettant en exergue l'intégration des pair-

aidants, malgré qu'il soit responsable d'un département de soins comprenant des services de pathologies chroniques. Le champ de la psychiatrie semble particulièrement actif pour promouvoir ce type de collaboration entre soignant et patient. Sans être généralisé, ce constat semble en adéquation avec les articles cités dans le cadre théorique qui documentent cette pratique.

De plus, l'intégration des pair-aidants est plus couramment acceptée en psychiatrie extrahospitalière où les patients sont stabilisés contrairement à l'intra-hospitalière. La raison évoquée est le risque de décompensation de travailleur pair qui obligerait l'équipe à le prendre en charge, comme indiqué dans l'analyse. Pour autant, une étude qualitative de l'intégration d'un pair-aidant dans une structure de soins intensifs psychiatriques a montré que cette inclusion est considérée comme une « valeur ajoutée dans la prévention des comportements agressifs »⁹⁶. Cette expérience semble corroborer les propos de Diane qui affirme qu'il n'existe aucune situation ou service où la présence de pair-aidants serait inadaptée.

Par ailleurs, la synthèse des verbatims souligne les pairs aidants accueillis dans certaines unités de soins sont perçus comme des membres à part entière de l'équipe. Ils apportent un point de vue précieux aux soignants grâce à leur savoir expérientiel. De plus, ils semblent jouer un rôle clé dans l'amélioration de la qualité des soins, facilitant les échanges entre les patients et les soignants. Ces témoignages sont en accord avec l'article de CLOUTIER et MAUGIRON (2016) qui mentionne l'apport positif de cette collaboration.

En outre, les rôles et missions dévolus aux pair-aidants semblent assez clairs et surtout variés dans certaines structures d'accueil. Ainsi, des témoignages en lien avec leur présence dans des réunions pluridisciplinaires, leur animation d'ateliers de patients ou bien leur devoir envers le secret professionnel, ont été spécifiquement rapportés. Ces différentes tâches qui leur sont attribuées sont différentes d'une structure à une autre, même qu'il s'agit des mêmes types d'unités de soins, en l'occurrence des services de psychiatrie extrahospitaliers. Cette diversité de missions et cette personnalisation du poste sont décrites par SEDAN et al. (2022) dans leur article. Le profil de poste n'est pas prédéfini mais se construit dans le service même en fonction du pair-aidant.

Dans un autre registre, il est intéressant de noter que parmi les cadres interrogées, Diane avait réussi à mettre en place un partenariat patient-soignant selon le modèle de Montréal dans son ancien service de diabétologie. Alors même que Fiona, cadre de diabétologie

⁹⁶ M-H. GOULET et al. « Contribution d'un pair aidant au retour post-isolement en santé mentale : une étude qualitative exploratoire ». *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière* 4, n° 1 (1 mars 2018): 39-50.

interrogée dans le cadre de cette enquête juge l'intégration d'un pair, difficile en arguant qu'il est plus simple de procéder à cette démarche dans un service de psychiatrie. A contrario, Beth, cadre de psychiatrie, estime que faire appel à un pair aidant est compliqué. Ces discours assez contradictoires soulignent à la fois l'acculturation de certains cadres de santé quant au rôle d'un pair-aidant. Ils mettent en évidence également, les préjugés liés aux services.

Ajoutons que les verbatims mettent en lumière des mots tels que rétablissement, espoir et savoir expérientiel qui sont fréquemment évoqués. Alice et Eva ont souligné l'importance du processus de rétablissement pour les pair-aidants, qui, ayant traversé eux-mêmes ce parcours, apportent une compréhension et un modèle pour les patients. Beth a illustré comment le savoir expérientiel des pair-aidants enrichit les échanges et soutient les patients dans leur traitement quotidien. Diane et Fiona ont mis en avant l'espoir qu'apportent les pair-aidants, en montrant aux patients qu'une vie épanouie est possible même après un diagnostic de trouble mental.

Ces notions de rétablissement, espoir et savoir expérientiel sont au cœur du concept de pair-aidance tel qu'il a été développé dans le cadre théorique de ce mémoire et notamment à travers les articles de CLOUTIER et MAUGIRON (2016), BONNAMI (2019), et VIGNAUD (2017).

6.2 Réhabilitation psychosociale : le processus au cœur du soin

L'examen des verbatims issus de l'enquête de terrain révèle l'importance de la réhabilitation psychosociale dans les services de soins. Les témoignages montrent qu'il est nécessaire que les patients se sentent écoutés et impliqués, pour qu'ils s'engagent pleinement dans leurs soins. Les pair-aidants jouent un rôle crucial en facilitant cette implication, ce qui augmente la satisfaction et l'engagement des patients dans leur rétablissement.

La collaboration entre patients et soignants permet de travailler de manière transversale et horizontale, ce qui est crucial pour soutenir efficacement les projets de rétablissement des patients. Les professionnels basent leur intervention sur les besoins identifiés et les projets de vie des patients, les aidant ainsi à se réhabiliter socialement de manière optimale.

L'alliance thérapeutique et l'éducation sont également des éléments essentiels de cette approche. Une alliance thérapeutique solide garantit une qualité optimale des soins et un soutien adéquat des patients. La mise en place de programmes d'éducation thérapeutique renforce cette alliance.

La valorisation des patients est un autre aspect central de la réhabilitation psychosociale. Regrouper les patients et notamment en faisant appel à des pair-aidants favorise la

reconnaissance mutuelle et la compréhension, ce qui leur permet de se réapproprier leur pouvoir d'agir et de retrouver leur identité après une rupture de parcours de vie due à la maladie.

Ces deux notions de rétablissement et de pouvoir d'agir ou empowerment sont, avec le case-management, essentielles à la réhabilitation psychosociale évoquée dans le cadre théorique de ce mémoire. Dans cette enquête, le case management n'a pu être documenté dans la mesure où l'étude s'est concentrée sur des structures hospitalières. Ainsi, les notions abordées restent toutefois en adéquation avec la recherche bibliographique et notamment avec l'article de LEGUAY (2008) et celui de BON (2018)

Cependant, des défis persistent. Bien que la collaboration patient-soignant soit considérée comme essentielle par la majorité des cadres, certaines limitations sont notées, telles que la capacité des patients à toujours prendre des décisions. Diane a également noté que l'absence de pair-aidants n'est pas toujours perçue comme un obstacle insurmontable pour la réhabilitation psychosociale, bien que leur présence soit largement bénéfique.

Ces constatations sont en accord avec les concepts théoriques et les recherches documentées dans la littérature. CLOUTIER et MAUGIRON (2016) montrent que la pair-aidance favorise l'autonomisation et l'autodétermination des patients, éléments clés de leur réhabilitation psychosociale.

De plus, BON (2018) et, DEMAILLY et GARNOUSSI (2015) indiquent que la reconnaissance des savoirs expérientiels des pair-aidants enrichit les pratiques de soins et réduit la stigmatisation, créant ainsi un environnement de soins plus inclusif et efficace. Ces auteurs soulignent également l'importance de l'alliance thérapeutique et de l'éducation, des éléments mis en avant par les verbatims.

6.3 Conduite de Changement : Vers une Collaboration Patient-Soignant

L'analyse des verbatims recueillis met en exergue plusieurs points essentiels pour la conduite de changement en termes de collaboration entre soignants et patients. Il apparaît clairement que la communication et la formation sont les éléments clés selon les cadres de santé consultés. Ils insistent sur l'importance de définir les rôles et de transmettre des informations claires avant l'arrivée des pair-aidants pour faciliter la collaboration avec ces intervenants. Une communication ouverte et continue est indispensable pour motiver les équipes et les impliquer dans les projets collaboratifs. Ces résultats sont en accord avec AUTISSIER et MOUTOT (2023).

Les cadres estiment également que la formation des équipes est indispensable. Il est crucial d'expliquer le rôle des pair-aidants, leur travail quotidien et en quoi consiste leur propre formation. Sensibiliser les soignants à cette approche, permet d'ouvrir des perspectives, de croiser les regards et les expériences, et de remobiliser les équipes autour de nouvelles pratiques. Cela inclut des sessions pédagogiques, des discussions et des réflexions éthiques afin de souligner la valeur ajoutée pour les patients. Cette notion de formation est également préconisée par AUTISSIER et MOUTOT (2023).

De plus, un autre point a été évoqué : l'importance de bien préparer les projets en amont, de fixer des objectifs réalistes et de montrer sa légitimité en répondant progressivement aux demandes de l'équipe. Une bonne préparation inclut également la personnalisation de l'accompagnement des pair-aidants, ainsi que le soutien aux cadres dans leur rôle de facilitateurs de ce changement. Cela implique une réflexion continue sur la place du soignant et du patient dans les soins quotidiens et la promotion d'une réflexion constante sur la posture professionnelle. Cette idée est soutenue par AUTISSIER et METAIS-WIERSCH (2018).

Les entretiens ont également mis en lumière un autre aspect essentiel de cette conduite de changement : la nécessité de définir clairement le rôle des pair-aidants. Les tâches attribuées doivent être adaptées aux capacités des pair-aidants et évoluer en fonction des besoins spécifiques des patients et des structures. Cela garantit une collaboration efficace et respectueuse entre tous les acteurs du soin. Cette approche est mentionnée par DEMAILLY et GARNOUSSI (2015).

Les cadres interviewés préconisent de s'appuyer sur les professionnels ouverts au changement et de ne pas hésiter à avoir recours aux expériences réussies d'autres équipes pour réussir l'intégration des pair-aidants au sein des équipes.

Par ailleurs, les personnes interrogées insistent sur l'importance de la patience et de la persévérance pour convaincre les équipes et surmonter les résistances et les peurs liées à la perte de pouvoir ou au jugement. Il est crucial d'aborder ces résistances avec compréhension et soutien, en veillant à toujours maintenir l'objectif commun de l'amélioration des soins pour le patient. Cette manière d'appréhender la résistance est également préconisée par WADDELL et SOHAL (1998).

6.4 Résistance au changement

L'analyse des témoignages des cadres de santé révèle des éléments cruciaux pour comprendre la résistance au changement dans le contexte de la collaboration patient-

soignant et l'intégration des pair-aidants dans les équipes. Cette résistance se manifeste sous diverses formes et est influencée par plusieurs facteurs.

Les cadres ont souligné que la résistance au changement est souvent liée à une méconnaissance du rôle des pair-aidants et à un manque d'informations claires avant leur arrivée. Cette absence de préparation peut créer des malentendus et des réticences, nuisant à une intégration harmonieuse des pair-aidants.

La peur de la perte du pouvoir des soignants et le sentiment d'être jugé par les pair-aidants sont des préoccupations récurrentes. Cette résistance est parfois exacerbée par des préjugés sur la capacité des pair-aidants à jouer un rôle professionnel au sein de l'équipe de soins.

La résistance est aussi un problème de culture professionnelle. Diane a souligné la difficulté pour les soignants de voir les pair-aidants comme des collègues et de dépasser la relation traditionnelle de soins. Cette difficulté trouve ses origines dans une culture où la voix des patients n'a pas encore acquis le même poids que celle des soignants et que certains soignants maintiennent une position haute par rapport aux soignés, ce qui empêche une véritable collaboration.

Une autre difficulté est liée à la gestion du personnel et au turnover. Cette situation rend l'intégration des pair-aidants encore plus complexe.

Malgré ces défis, certains cadres ont réussi à intégrer des pair-aidants de manière efficace, en bénéficiant d'un soutien institutionnel fort. Ce dernier est crucial pour surmonter les résistances et créer un environnement propice à la collaboration.

La plupart de ces observations sont en adéquation avec les théories de la conduite de changement de AUTISSIER et MOUTOT (2023).

6.5 Synthèse de la discussion

L'analyse des verbatims montre que pour surmonter la résistance au changement et favoriser la collaboration entre soignants et patients, la communication, la formation continue, et la définition claire des rôles des pair-aidants sont essentielles. Les cadres de santé jouent un rôle crucial en facilitant ces processus. La gestion des résistances, souvent liées à des enjeux de pouvoir et de préjugés, est essentielle pour intégrer efficacement les pair-aidants dans les équipes de soins. Ces résultats s'alignent avec les théories existantes sur la pair-aidance, la réhabilitation psychosociale, et la conduite du changement.

Ces éléments ont permis de dégager deux concepts émergents, tels que la posture phénoménologique en psychiatrie selon HUSSERL Edmund où le soignant va se

concentrer sur les expériences vécues des patients et le concept de transversalité notion associée à Jean OURY et qui désigne une approche où divers soignants collaborent pour apporter des soins complets aux patients.

7 Confrontation avec notre hypothèse de départ

Nous allons maintenant revenir à notre question de recherche :

En quoi le rôle du cadre de santé est-il essentiel dans la conduite du changement vers une collaboration soignants-patient pour améliorer les soins ?

L'hypothèse formulée proposait que le succès de la collaboration entre soignants et patients repose largement sur la capacité des cadres de santé à surmonter la résistance au changement de la part des professionnels de santé.

Les résultats de cette étude montrent clairement que le rôle des cadres de santé est déterminant pour franchir ces résistances et favoriser une collaboration fructueuse entre soignants et patients. Ces cadres facilitent la communication, assurent une formation adéquate, préparent et anticipent les projets, et soutiennent leur équipe tout au long du processus de changement.

Les observations et recommandations de cette recherche s'accordent bien avec les concepts théoriques et les études existantes, confirmant la pertinence de cette approche pour améliorer la qualité des soins. Toutefois, il est important de reconnaître que les cadres de santé, bien qu'ils jouent un rôle clé dans la conduite du changement, ne peuvent pas porter seuls tout le projet d'inclusion de pair-aidants dans les structures de soins. Une culture institutionnelle de soutien est essentielle pour permettre une véritable collaboration entre les soignants et les soignés. Ainsi, les cadres deviennent des facilitateurs essentiels dans ce processus de changement. Il serait également bénéfique de prévoir des sessions de formation en lien avec le service formation pour accompagner les soignants dans cette nouvelle approche collaborative.

En conclusion, notre hypothèse est partiellement validée. Bien que les cadres de santé jouent un rôle crucial dans la conduite du changement et la gestion des résistances, ils ne peuvent réussir seuls. Un soutien institutionnel fort et l'engagement de l'ensemble des équipes sont indispensables pour instaurer une collaboration efficace entre soignants et patients et améliorer durablement la qualité des soins.

8 Limites de l'enquête

Le temps limité pour faire cette enquête, nous a forcé à réduire le nombre de cadres interrogés. Dans un autre contexte, il aurait été intéressant de prendre le temps d'étudier la qualité de l'échantillon, en particulier la diversité de celui-ci. Dans le cadre d'une étude, il est important que l'échantillon représente bien la population étudiée. Ainsi, des recherches plus approfondies auraient permis de choisir plus efficacement notre échantillon en prenant en compte différents facteurs présentés ci-après.

8.1.1 Le facteur géographique

Le facteur géographique peut jouer un rôle important dans la gestion d'une équipe de soins les règles de travail pouvant grandement différer d'un lieu à l'autre. Il est donc important de prendre en compte ce facteur en interrogeant des personnes venant de lieux géographiques éloignés, en mesurant l'impact de cet éloignement sur les résultats de l'enquête.

8.1.2 Le facteur de diversité

Dans une telle enquête, il est intéressant de maintenir un certain niveau de diversification des métiers des personnes interrogées. En effet, analyser les pensées des cadres est une chose, mais croiser ces informations avec celles d'autres acteurs d'une équipe de soins renforce la qualité générale d'une étude. Ainsi, élargir le spectre des personnes interrogées en incluant des infirmiers, aides-soignants, éducateurs spécialisés, médecins, patients, pair-aidants contribuerait largement à l'amélioration de la qualité de l'analyse résultant de l'enquête.

8.1.3 Le facteur temporel

Les répondants de l'enquêtes ayant été interrogés dans un intervalle de temps restreint, il serait intéressant d'espacer ces enquêtes, limitant ainsi le risque d'impact d'un facteur temporel potentiel. En effet, des événements spécifiques connus ou non peuvent impacter la qualité et le contenu des réponses des personnes interrogées.

8.1.4 Le facteur de biais

Les répondants peuvent être influencés par divers biais, tels que le biais de désirabilité sociale (répondre ce qui est attendu, plutôt que ce qui est pensé), de mémoire (ne pas se souvenir précisément de certaines informations), ... Ces biais pouvant affecter la fiabilité des données recueillies, ils doivent être pris en compte tant dans la création de l'échantillon interrogé que dans l'analyse des réponses obtenues.

Conclusion

Au travers des résultats de l'analyse d'une enquête qualitative, de rappels législatifs et d'études bibliographiques, ce mémoire a mis en lumière les enjeux et l'impact bénéfique de l'intégration des pair-aidants dans les équipes de soins en psychiatrie. Les résultats montrent que les cadres de santé jouent un rôle déterminant dans ce processus d'intégration, malgré les réticences et les hésitations qui peuvent se manifester. Les retours des cadres interrogés indiquent que la pair-aidance apporte une valeur ajoutée significative en favorisant des approches plus humaines et collaboratives, ainsi qu'en adoptant des stratégies de communication efficaces.

Bien que les cadres de santé jouent un rôle crucial en facilitant ces processus, ils nécessitent le soutien institutionnel pour réussir pleinement. Cette étude, malgré ses limitations, notamment en termes de diversité de contextes étudiés, ouvre des perspectives intéressantes pour des recherches futures, pouvant explorer l'impact à moyen et long terme de la pair-aidance dans plusieurs situations et contextes de soins.

Réfléchissant à ma situation de départ, qui a motivé ce mémoire, et à tous les apprentissages de cette année de formation, je suis particulièrement sensible, en tant que future cadre de santé, à cette nouvelle approche de prise en soins des patients en psychiatrie. Le concept d'horizontalité, bien que présent depuis quelques années, reste relativement jeune et peu appliqué dans les structures de soins. La législation concernant les patients-experts a évolué plus rapidement que les mentalités des soignants, ce qui crée une dichotomie entre cette horizontalité et la notion de responsabilité inhérente aux soignants. Ces derniers, responsables de leurs actes professionnels, peuvent trouver difficile d'adopter cette nouvelle posture collaborative.

Une question de recherche future pourrait être : **En quoi le cadre de santé peut-il promouvoir l'intégration des pair-aidants dans les équipes de soins en milieu médicosocial afin d'améliorer la qualité des soins et de favoriser le case-management ?** Une telle étude pourrait apporter des éclairages supplémentaires sur des notions comme le case-management, que nous n'avons pas pu explorer en profondeur dans notre enquête en milieu hospitalier.

En conclusion, l'intégration des pair-aidants représente une avancée significative vers une approche plus inclusive et centrée sur le patient en psychiatrie. Les bénéfices globaux pour le système de santé et pour les patients ne peuvent être ignorés, et il est impératif de continuer à promouvoir et à développer cette pratique pour améliorer la qualité des soins.

Bibliographie

Ouvrages

AUTISSIER, David, Isabelle VANDANGEON-DERUMEZ, et Alain VAS. *Conduite du changement : concepts clés 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs*. 2e éd. Stratégies et management. Paris : Dunod, 2014.

AUTISSIER, David, et Jean-Michel MOUTOT. *Méthode de conduite du changement. Diagnostic, Accompagnement, Performance*. Vol. 5e éd. Stratégie d'entreprise. Paris : Dunod, 2023.

BAILLERGEAU, Evelyne, et Céline BELLOT, éd. *Transformations de l'intervention sociale : Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* 1^{re} éd. Presses de l'Université du Québec, 2007.

BRECHAT, Pierre-Henri. « 3. Évaluation de la qualité des soins et agrément : prise en compte de l'usager dans la province du Québec au Canada ». In *Les usagers du système de soins*, 31-36. Recherche, santé, social. Rennes : Presses de l'EHESP, 2000.

Articles

AUTISSIER, David, et Emily METAIS-WIERSCH. « Du Changement à la Transformation ». *Question(s) de management* 21, n° 2, 2018, pp. 45-54.

ARVEILLER, Jean-Paul. « L'hôpital, reflet de l'ambivalence des professionnels ». *Pratiques en santé mentale* 68e année, n° 1, 2022, pp. 7-14.

BOIVIN, Antoine, Luigi FLORA, Vincent DUMEZ, Audrey L'ESPERANCE, Alexandre BERKESSE, et François-Pierre GAUVIN. « Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du « modèle de Montréal » », s. d.

BON, Laura. « Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin ». *PSN* 16, n° 1, 2018, pp. 7-16.

BONNAMI, Alain. « La reconnaissance des savoirs expérientiels dans la formation de pairs aidants. Analyse d'un dispositif de formation au sein de l'IRTS Montrouge–Neuilly-sur-Marne ». *Vie sociale* 25-26, n° 1-2, 2019, pp.225-42.

BOUDIER, Fabienne, Faouzi BENSEBAA, et Adrienne JABLANCZY. « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante ». *Innovations* 39, n° 3, 2012, pp. 13-25.

CARTRON, Emmanuelle, Sandrine LEFEBVRE, et Ljiljana JOVIC. « Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé ». *Recherche en soins infirmiers* 144, n° 1, 2021, pp. 76-86.

CLOUTIER, Guylaine, et Philippe MAUGIRON. « La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française ». *Information psychiatrique* 92, n° 9, 2016, : pp. 55-60.

COTE, Luc, et Jean TURGEON. « Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ». *Pédagogie Médicale* 3, n° 2, 2002, pp. 81-90.

DAVIDSON, Larry, CHYRELL BELLAMY, Kimberly GUY, et Rebecca MILLER. « Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience ». *World Psychiatry* 11, n° 2, juin 2012, pp. 123-28.

DE CARVALHO, Arlette, Samantha GOUWY, et Claudie PALLUD. « Le cadre de santé et l'émergence du "nous" inclusif du patient ». *Soins Cadres* 31, n° 139, novembre 2022, pp. 46-51.

DEMAILLY, Lise, et Nadia GARNOUSSI. « Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style ». *Sciences & Actions Sociales* 1, n° 1, 2015, pp. 51-72.

DEUTSCH, Claude. « Les usagers contribuent à refonder le social ». *VST - Vie sociale et traitements* 134, n° 2, 2017, pp. 43-49.

DUJARDIN, Pierre-Philippe, Thomas REVERDY, Annick VALETTE, et Patrice FRANÇOIS. « La conduite de projets organisationnels portée par les cadres de santé : étude qualitative à partir d'un dispositif pédagogique ». *Recherche en soins infirmiers* 130, n° 3, 2017, pp. 31-52.

DURAND, Bernard. « Les origines de la pair-aideance ». *Pratiques en santé mentale* 66e année, n° 3, 2020, pp. 6-13.

FØNHUS, Marita S., Therese K. DALSBØ, Marit JOHANSEN, Atle FRETHEIM, Helge SKIRBEKK, et Signe A. FLOTTORP. « Patient-mediated Interventions to Improve Professional Practice ». *Cochrane Database of Systematic Reviews* n° 9, 2018, pp.1-125.

FRICONNEAU, Marguerite, Annie ARCHER, Jeanne MALATERRE, Françoise SALAMA, et Marie-Christine OUILLADE. « Le patient-expert - Un nouvel acteur clé du système de santé ». *médecine/sciences* 36, décembre 2020, pp. 62-64.

FLORA, Luigi, et Philippe BRUN. « Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair ». *Pratiques en santé mentale* 66e année, n° 3, 2020, pp. 14-19.

GELINAS, Daniel. « Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec ». *Vie sociale* 1, n° 1, 2010, pp. 129-150.

GILLIOT, Élodie. « Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement ». *Perspectives Psy* 56, n° 3, 2017, pp. 203-210.

GLASER, Cécile, Olivier CANCEIL, et Guy GOZLAN. « Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées ». *L'information psychiatrique* 92, n° 7, 2016, pp. 539-545.

GODRIE, Baptiste. « Vivre n'est pas (toujours) savoir – Richesse et complexité du savoir expérientiel », s. d.

GREACEN, Tim, et Emmanuelle Jouet. « 9. L'empowerment en santé mentale ». In *Santé mentale : guérison et rétablissement*. L'Offre de soins en psychiatrie. Montrouge : John LIBBEY Eurotext, 2015, pp. 91-100.

LAVAL, Christian, et Pascale ESTECAHANDY. « Le modèle "Un chez-soi d'abord" au risque de sa diffusion ». *Rhizome* 71, n° 1, 2019, pp.101-110.

LE CARDINAL, Patrick, Claude ETHUIN, et Marie-Christine THIBAUT. « Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation ». *L'information psychiatrique* 83, n° 10, 2007, pp. 807-814.

LEGUAY, Denis, Élisabeth GIRAUD-BARO, B. LIEVRE, Jacques DUBUIS, Alain COCHET, C. ROUSSEL, Mathieu DUPREZ, Patrick BANTMAN, Jean-Luc ROELANDT, et Gilles VIDON. « Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. Document élaboré et validé par le congrès de Versailles (13 et 14 mars 2008) ». *L'information psychiatrique* 84, n° 10, 2008, pp. 885-893.

LEPLEGE, Alain, Gérard BRUNEAU, et Julie BOUDVIN. « Le handicap dit psychique. Enjeux conceptuels et enjeux de soins ». *Perspectives Psy* 54, n° 4, 2015, pp. 296-308.

LINDER, Audrey. « Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale : une perspective sociologique », 2020, pp. 7-18.

NIARD, Camille, et Nicolas FRANCK. « Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France. Quelles formes de pair-aidance pour quels objectifs ? » *Pratiques en santé mentale* 66e année, n° 3, 2020, pp. 50-57.

PACHOUD, Bernard. « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes ». *L'information psychiatrique* 88, n° 4, 2012, pp. 257-266.

PETRE, Benoît, Gilles LOUIS, Bernard VOZ, Alexandre BERKESSE, et Luigi FLORA. « Patient partenaire : de la pratique à la recherche ». *Santé Publique* 32, n° 4, 2020, pp. 371-374.

POMEY, Marie-Pascale, Luigi FLORA, Philippe KARAZIVAN, Vincent DUMEZ, Paule LEBEL, Marie-Claude VANIER, Béatrice DEBARGES, Nathalie CLAVEL, et Emmanuelle JOUET. « Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé ». *Santé Publique* S1, n° HS, 2015, pp. 41-50.

POMMERY - DE VILLENEUVE, Ariane. « Une expérience de patient expert en addictologie : d'une intuition clinique à la certification de patient expert ». *Raison présente* 223-224, n° 3-4, 2022, pp. 133-143.

REPPER, Julie, et Tim CARTER. « A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services ». *Journal of Mental Health* 20, n° 4, août 2011, pp. 392-411.

SARRADON-ECK, Aline. « Le patient contemporain ». *Cancer(s) et psy(s)* 4, n° 1, 2019, pp. 51-60.

SEDAN, Marie, Julien GRARD, et Carine VASSY. « L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites ». *L'information psychiatrique* 98, n° 4, 2022, pp. 286-292.

SOPARNOT, Richard. « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus ». *Recherches en Sciences de Gestion* 97, n° 4, 2013, pp. 23-43.

ST-ONGE, Myreille. « Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois ». *Rhizome* 65-66, n° 3-4, 2017, pp. 31-32.

SOLOMON, Phyllis. « Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. » *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, n° 4, 2004, pp. 392-401.

TOURETTE-TURGIS, Catherine. « L'université des patients : une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades ». *Le sujet dans la cité* 4, n° 2, 2013, pp. 173-185.

TOURETTE-TURGIS, Catherine. « Patients experts : une place enfin acquise ». *La Revue du praticien* 73, novembre 2023, pp. 943-945.

VIGNAUD, Alice. « La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 175, n° 8, octobre 2017, pp. 736-740.

VOYNNET FOURBOUL, Catherine. « Ce que “analyse de données qualitatives” veut dire ». *Revue internationale de psychosociologie* XVIII, n° 44, 2012, pp. 71-88.

WADDELL, Dianne, et Amrik S. SOHAL. « Resistance: a constructive tool for change management ». *Management Decision* 36, n° 8, janvier 1998, pp. 543-548.

Webographie

« 2021.04.01-Comptoir-Qualité-SRA-PT.pdf ». <https://pasqual.sante-paca.fr/wp-content/uploads/2021/04/2021.04.01-Comptoir-Qualite%CC%81-SRA-PT.pdf>.

« La prise en charge du handicap psychique ».

<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/114000570.pdf>.

« manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf »

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf.

« Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 ».

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf.

« Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf ».

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf.

BAILLON, Guy. « L'Etat reconnaît son erreur sur les médiateurs de santé (ou pairs-aidants) en psychiatrie ». Mediapart. <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/230212/l-etat-reconnait-son-erreur-sur-les-mediate>.

Canada, Agence de la santé publique du « Glossaire ». Éducation et sensibilisation, juillet 2010. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne/glossaire.html>.

AMARA Fadéla, Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Myriam MESCLON-RAVAUD... [et al] ». IGAS, 2011, France, Inspection générale des affaires sociales. « La prise en charge du handicap psychique. Tome 1.

<https://documentation.insp.gouv.fr/insp/doc/SYRACUSE/144810/la-prise-en-charge-du-handicap-psychique-tome-1-rapport-etabli-par-fadela-amara-daniele-jourdain-men>.

« Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0176 du 29/07/2017 ».

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=MVnzi7XdDvkw4ZQpBsFDkyrFi06kv4uNmW1FL3_nvcg=.

Infirmiers.com. « Psychiatrie - Scandale du « médiateur » pour la CNI ! »

<https://www.infirmiers.com/profession-ide/psychiatrie-scandale-du-mediateur-pour-la-cni>.

Institut Français de l'Expérience Patient. « Qui sommes-nous ? · Institut Français de l'Expérience Patient ». <https://experiencepatient.fr/qui-sommes-nous>.

Institut Français de l'Expérience Patient. « Encourager les usagers à partager leur expérience »

https://experiencepatient.fr/wp-content/uploads/2023/07/20230705_Partage_experience_diffusion_IFEP28.pdf

« SANT4 - Bulletin Officiel N°2006-8: Annonce N°36 ».

<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-08/a0080036.htm>.

Règlementations

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 §, 2002.

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005-102 §, 2005.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 §, 2009.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 §, 2016.

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017-1200 §, 2017.

Annexes

Table des annexes

Annexe I : Questionnaire pour cadres de santé ayant de l'expérience dans la promotion du partenariat soignant-patient

Annexe II : Questionnaire pour cadres de santé n'ayant pas d'expérience dans la promotion du partenariat soignant-patient

Annexe III : Transcription entretien Diane

Annexe IV : Transcription entretien Eva

Annexe V : Verbatim

Annexe I : Questionnaire pour cadres de santé ayant de l'expérience dans la promotion du partenariat soignant-patient

- 1- Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que cadre de santé ?
- 2- Pourriez-vous décrire brièvement votre fonction au sein de l'établissement ? (Services occupés, principales responsabilités)
- 3- Avez-vous travaillé à des projets pour mettre en place une collaboration entre professionnels de santé et patients ? Si oui, pourriez-vous en dire plus ? (Décrivez brièvement)
- 4- Avez-vous rencontré des résistances lors de la mise en place du partenariat patient-soignant, et comment les avez-vous gérées ?
- 5- Quelles compétences un cadre de santé doit-il avoir pour gérer ce type de résistance ?
- 6- Sur une échelle de 1 à 5, pourriez-vous évaluer l'impact du partenariat patient-soignant sur la qualité des soins ? (1 moins important et 5 le plus important) :

1= pas important, 2= peu important, 3= moyennement important, 4= important, 5= très important
- 7- Selon vous, quelles actions concrètes doit mener un cadre de santé pour promouvoir une collaboration entre patients et soignants ?

Annexe II : Questionnaire pour cadres de santé n'ayant pas d'expérience dans la promotion du partenariat soignant-patient

- 1- Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que cadre de santé ?
- 2- Pourriez-vous décrire brièvement votre fonction au sein de l'établissement ? (services occupés, principales responsabilités)
- 3- Avez-vous participé à des projets visant à améliorer la relation entre les professionnels de santé et les patients ? Si oui, pourriez-vous en dire plus ?
- 4- Pouvez-vous partager des situations où vous avez été confronté à des difficultés dans la communication entre soignants et patients ? Comment avez-vous géré ces situations ?
- 5- Selon vous, quelles compétences un cadre de santé doit-il avoir pour gérer ces difficultés ?
- 6- Sur une échelle de 1 à 5, pouvez-vous évaluer l'importance d'une relation de partenariat entre les soignants et les patients pour la qualité des soins ?

Annexe III : Transcription entretien Diane

1 Transcription entretien Diane

2 Bonjour je m'appelle Nabila, je réalise une recherche sur l'impact de la collaboration patient- soignant dans le cadre
3 de mon mémoire de fin d'études. Je m'intéresse à différentes formes de cette collaboration, y compris avec des
4 pair- aidants si cela vous est familier. Je vous remercie d'avoir accepté de vous entretenir avec moi. Cet entretien
5 va durer environ 45 Min. Il sera enregistré pour assurer l'exactitude de la transcription, mais restera totalement
6 anonyme. J'effacerai l'enregistrement après avoir retranscrit et analysé celui-ci. Je tiens à préciser qu'il n'y a pas
7 de bonne ou de mauvaise réponse ; ce qui est important pour moi, c'est de recueillir votre avis de professionnel du
8 terrain sur ce sujet.

9 **1- Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que cadre de santé ?**

10 J'ai été faisant fonction à partir de 2017, donc ça fait 7 ans. Je suis diplômée depuis 2021 donc ça fait 3
11 ans.

12 **2- Pourriez-vous décrire brièvement votre fonction au sein de l'établissement ? (services occupés,**
13 **principales responsabilités, Fonctions transversales)**

14 Alors aujourd'hui je suis cadre de santé, donc sur les structures extrahospitalières d'un pôle de psychiatrie
15 donc à l'hôpital donc j'ai j'accompagne 7 équipes extrahospitalières donc 3 CMP, 3 hôpitaux de jour et un
16 centre « imagine » donc un centre d'addicto. Donc voilà... essentiellement...ça fera 2 ans cette année sur
17 ce poste.

18 **Et vous avez des fonctions transversales à part vos fonctions de de cadre de proximité ?**

19 Ah oui, j'ai des fonctions transversales, je fais partie de ce qu'on appelle ici la « team recherche » qui est un
20 groupe de travail institutionnel sur la recherche. Je fais partie en tant que membre élu de la commission de
21 soins ainsi que de la commission de soins de territoire. Je fais partie du comité de Bienveillance, j'ai été
22 également élue à ce qu'on appelle ici « le cercle des transformations » qui est un groupe de travail qui
23 ressemble plus à un incubateur avec différents acteurs élus également dans l'hôpital, de différents corps de
24 métiers, différents cercles. Qu'est-ce que j'oublie ? Et puis, parallèlement à ça, j'ai aussi un statut de
25 doctorante puisque j'ai commencé un doctorat cette année avec l'université de Lille.

26 **3- Avez-vous travaillé à des projets pour mettre en place une collaboration entre professionnels de**
27 **santé et patients ? si oui, pourriez-vous m'en dire plus ?**

28 Oui. Comment on va commencer par... chronologiquement. J'ai travaillé d'abord en tant que diététicienne
29 dans le champ de l'éducation thérapeutique puisque je suis diététicienne de formation. J'ai donc été
30 diplômée d'un master un et 2 en santé publique, spécialité éducation thérapeutique et donc j'ai œuvré avant
31 et après à la mise en place et à la pérennisation de programmes d'éducation thérapeutique validée par
32 l'ARS, ce qui est déjà un partenariat avec le patient dans le soin. Ensuite, j'ai mis en place, en collaboration
33 avec le chef de service de mon précédent service qui est de la diabétologie, **une équipe de patients**
34 **partenaires sur le modèle de Montréal.** Ça a duré un an puisque c'était juste avant que j'aie à l'école,
35 ensuite, bah départ à l'école et et retour ensuite. Plus récemment, ça va faire bientôt 2 ans puisque j'ai
36 démarré ici à ma prise de poste, on a mis en place la pair-aidance sur une des structures extrahospitalières
37 du pôle, donc, avec un **pair-aidant bénévole** qui intervient toutes les semaines sur une structure. Et donc
38 là on travaille le projet pour **une 2e pair-aidante qui voudrait être salariée.** En termes de partenariat
39 patient, j'ai aussi beaucoup travaillé sur la satisfaction des usagers, sur les modalités de recueil de cette
40 satisfaction et de leur inclusion au plan d'action d'amélioration de la qualité. Qu'est-ce que j'oublie ? Et puis

41 l'éducation thérapeutique, je continue toujours bien sûr en tant que cadre de santé, puisqu'on a mis en place
42 par exemple en septembre 2023 un programme d'éducation thérapeutique sur la bipolarité sur un des CMP.
43 Voilà et puis... il y a différents projets au sein des services que je n'initie pas mais que j'encourage fortement,
44 qui implique le partenariat avec les patients, dont un projet qui a été lauréat sur un appel à candidature de
45 l'hôpital qui est la coécriture d'un livre d'expériences entre soignants et patients. Donc je n'y intervins pas,
46 mais j'encourage et j'accompagne notamment à candidater lorsqu'il y a un appel à projet.

47 **4- Avez-vous rencontré des résistances lors de la mise en place du partenariat patient-soignant et**
48 **comment les avez-vous gérées ?**

49 Oui. Les premières résistances que j'ai pu percevoir sont très anciennes puisqu'elles datent de ma
50 découverte du monde du travail. Parce qu'avec l'éducation thérapeutique, en tant que diète, j'ai mis en place
51 des repas thérapeutiques. Et dans le somatique comme on dit maintenant, les repas thérapeutiques ce n'est
52 pas encore culturellement bien ancré et à l'époque encore moins. Et déjà j'ai senti de la résistance lorsque
53 j'ai soumis de partager le repas avec une infirmière et avec les patients... Voilà c'était déjà à l'époque où
54 j'étais bien loin de toutes ces considérations de partenariat patient, j'ai senti que ce n'était pas si simple que
55 ça, que d'être dans **une relation complètement horizontale**. Ensuite, lorsque j'ai mis les patients
56 partenaires en place, ça a été l'objet de mon mémoire d'étude de l'école de cadres parce que j'ai retrouvé
57 de la résistance. Et... et donc j'ai fait ce mémoire autour de ça, que j'ai publié et les résultats confirmaient
58 évidemment mes perceptions, c'est à dire qu'il y avait **2 grands sujets pour la résistance**, c'était d'abord :
59 **le sentiment de perte de pouvoir**, en tout cas celui du sachant. Voilà, avec des petites phrases, des
60 choses : « Mais c'est bon, c'est quand même nous les soignants », voilà... « Oui, il sait tout sous prétexte
61 qu'il est diabétique depuis 20 ans »..., etc. Donc voilà donc des résistants de cet ordre-là. Et puis aussi **une**
62 **peur du jugement**, le fait d'inclure des patients dans le champ de la relation professionnelle et puis de
63 soins, c'est un aspect qui est à prendre en compte parce qu'on fait souvent la confusion entre partenaires
64 patients et par exemple représentant des usagers qui sont là pour défendre des droits et c'est nécessaire...
65 Mais ce n'est pas que ça le partenariat patient. Et donc lorsque j'ai fait ce mémoire d'étude, j'ai réalisé que
66 j'avais été un peu vite dans le partenariat patient parce que j'étais convaincue, je pensais être convaincante,
67 mais je crois qu'il faut prendre le temps avec les équipes, qu'elles puissent elles-mêmes s'approprier et être
68 autonomes vis-à-vis de ce concept-là et qu'on puisse faire avec la résistance et donc rouler avec la
69 résistance pour accompagner cette peur du jugement, ce sentiment de perte de pouvoir dans un système
70 de soins qui est quand même en tension... voilà. Ce n'est pas évident. Sinon les autres formes de résistance
71 plus récentes, parce qu'évidemment y a toujours y en aura toujours je pense hein... Je crois que c'est un
72 leurre de penser il n'y en aura pas... Peut-être dans 1000 ans quand ce sera un acquis. Euh...Aujourd'hui...
73 inclure un patient donc un pair-aidant donc dans le champ de la psychiatrie hein d'autant plus... c'est :
74 « oui... mais... et s'il ne prend pas bien son traitement...et s'il va mal, comment on fait en fait... ? ». En fait,
75 la difficulté c'est d'accompagner les équipes à appréhender la collaboration professionnelle avec un patient
76 formé sans, le considérer comme leur propre patient. Donc d'être au-delà de la relation de soins, ce qui n'est
77 pas facile puisqu'un soignant par principe il soigne. Donc voilà... donc c'est ça les résistances.... Mais alors
78 comment je fais au quotidien ? Bah c'est de la pédagogie, c'est du partage d'expérience, c'est aussi
79 beaucoup de débriefing avec le pair-aidant on a régulièrement des temps de débriefing avec ou sans lui
80 d'ailleurs, ou qu'avec lui aussi sans l'équipe pour voir un petit peu ce que... ce n'est pas facile parce qu'un
81 pair-aidant en général il arrive tout seul. Il n'arrive pas en équipe. donc l'équipe, elle, elle est en force. Donc
82 c'est pas simple ? mais ça suppose aussi d'accepter, pour le manager en tout cas, que ça va résister. Du
83 coup c'est beaucoup plus facile à gérer parce qu'on sait qu'à un moment donné ça va être compliqué. C'est
84 ça le cadre doit être à la fois cadrant et très très très évolutif, très dynamique en fonction de l'intervenant.

85 Parce que le pair-aidant que j'ai...Eh Ben la 2e avec qui j'envisage de travailler, elle est pas du tout pareil
86 donc on ne pourra pas travailler de la même façon. Et ce que je reproche beaucoup au partenariat patient
87 aujourd'hui dans certains systèmes, c'est d'imposer un patient pair-aidant formé et tout à fait légitime, sans
88 préparer le travail d'équipe avec l'équipe. Un pair-aidant n'est pas le même qu'un autre pair-aidant, donc du
89 coup on est obligé d'adapter, d'autant qu'il a cette pathologie mentale qui fait que comme dans le soin, on
90 s'adapte et on personnalise. Donc moi je pense qu'il faut personnaliser l'accompagnement et l'inclusion du
91 patient partenaire, pair-aidant, expert, etc..., parce que je pense que même dans le somatique, quelle que
92 soit la pathologie, type diabète, eux ils sont tous différents, ils ont aussi leur parcours de vie différent, leur
93 parcours professionnel, ils ne sont pas tous ingénieur etc. Donc il faut aussi faire avec leurs capacités, donc
94 je pense que ça se personnalise et que devoir calquer, transposer un modèle à chaque fois, bah pour moi
95 c'est pas l'idéal, d'autant que les équipes sont elles-mêmes différentes. Moi j'ai 7 équipes, elles sont toutes
96 différentes et pourtant elles font la même chose. Elles accompagnent les patients en hôpital de jour ou en
97 CMP. Donc sur le papier, même format, mais quand on y va, ça peut être du tout la même ambiance, pas
98 du tout la même organisation, pas du tout les mêmes profils de patients, enfin... Donc ça prouve qu'on ne
99 peut pas tout calquer.

100 4-1 Comment peut-on accompagner ces équipes ?

101 Alors bon, il y a le classique, la formation. Je pense que c'est important qu'il y ait de la formation, mais ça
102 c'est assez bateau dans tous les sujets hein. Quand il y a un problème, on dit qu'est-ce qu'on peut faire, on
103 peut envoyer en formation. Moi je pense que ça suppose aussi d'abord de recenser. En tout cas c'est ce
104 que j'ai fait. Alors je ne dis pas que c'est la bonne idée, mais en tout cas de recenser d'abord les acteurs
105 susceptibles d'avoir une forme d'ouverture d'esprit pour démarrer le projet. Parce qu'il faut bien un début.
106 Donc moi j'ai essayé, je crois que ça n'a pas trop mal marché de repérer les professionnels à qui ça pourrait
107 parler. Suffisamment ouverts à l'idée de changement, suffisamment ouverts à l'idée d'un soin différent. Et
108 ensuite, pour les plus résistants et les plus difficiles on va dire à convaincre, non pas parce qu'ils pensent
109 que le patient n'a pas son mot à dire, parce qu'en fait ça les chamboule dans leur représentation et ça les
110 ça les décale de trop. Et donc là, de se servir d'expérience avec ceux qu'on a identifiés un peu plus ouverts
111 pour ensuite les rassurer. On leur dit : ça se passe comme ça à tel endroit, ça se passe très bien, ça fait 2
112 ans, voilà quels sont nos résultats, voilà le retour des patients qui est extrêmement positif parce que ça aussi
113 faut les recentrer les soignants sur le sens de tout ça, c'est à dire que c'est pour le patient à la fin. Ce n'est
114 pas juste pour être à la mode d'avoir des pair-aidants, c'est pour le patient. Et comme moi mes équipes, et
115 j'espère une majorité des équipes à l'hôpital sont quand même motivées par cette quête de sens de faire
116 pour le patient, bah recentrer l'intérêt du partenaire patient dans le but d'accompagner leurs propres patients
117 vers un mieux-être, je sais pas... vers un développement de compétences d'autres soins ou en tout cas tout
118 simplement de qualité de vie ou de satisfaction vis-à-vis de l'offre de soins proposée, d'autant que nos
119 patients reviennent régulièrement. Ce n'est pas des patients qu'on voit une fois par an hein, c'est des
120 patients très très récurrents. Donc voilà comment on accompagne selon moi, mais j'apprends encore tous
121 les jours au contact de ces professionnels qui résistent, parfois de manière plus ou moins importante. Donc
122 je dois être créative, innovante, extrêmement... on va dire faire preuve d'empathie, parce que moi qui suis
123 intimement convaincue de l'intérêt, c'est parfois si je réagis... immédiatement, un peu difficile parfois à
124 entendre que ça ne convient pas parce que pour moi je c'est évident. Du coup, je dois faire preuve de recul
125 à accepter et apprécier aussi la difficulté que ça implique chez le soignant que de faire avec ce projet, parce
126 que ce n'est pas un projet qu'on impose, je pense. Aujourd'hui, je pourrais très bien dire, allez, dorénavant
127 2024 un pair-aidant par équipe ! on y va, on fait tourner, on met un planning et un atelier, etc !! Je crois que
128 ça ne marcherait pas, ça me ferait plaisir qu'à moi. Et moi ce qui me plaît, c'est d'entendre des soignants

129 dire : « ouais, je n'étais pas très très chaude, mais j'avoue que c'est sympa. J'avoue que ça nous fait voir
130 les choses différemment. J'avoue que les patients, je les ai pas reconnus à l'issue des ateliers avec untel
131 etc », et moi c'est ça ma plus grande satisfaction c'est de voir des soignants évoluer dans leur représentation
132 de ce qu'est la pair-aidance. D'autant que comme je disais tout à l'heure, un partenariat patient, il est
133 dépendant du patient partenaire avec qui on le fait. et des fois ça peut ne pas coller avec la personne. Et
134 j'essaye aussi de leur dire que là c'est une relation avec untel, mais que ça veut pas dire que la pair-aidance
135 sur le partenariat patient forcément c'est ça, c'est différent comme on peut avoir un collègue infirmier avec
136 qui on s'entend bien, avec qui on s'entend moins bien, ça fait partie de la vie, on a tous des personnalités
137 différentes et que c'est pas parce qu'il est patient que ça l'agace, c'est peut-être parce que il est ce qu'il est
138 et que s'il avait été infirmier, médecin, psychologue, sa personnalité n'aurait peut-être pas convenu à tel ou
139 tel soignant. Donc... accompagner plus plus, pédagogie plus plus, formation, discussion, réflexion, retour
140 éthique sur tout ça, et puis surtout, c'est vraiment de montrer que la plus-value sur les patients. Parce que
141 finalement c'est ça qu'ils cherchent, « mais qu'est-ce que ça apporte aux patients en fait ? »

142 **Pensez-vous qu'un pair-aidant puisse intervenir aussi bien en intra qu'en extra hospitalier en**
143 **psychiatrie ?**

144 Alors je donne mon avis avec ce que je sais, c'est à dire que je n'ai pas d'expérience en intra mais je crois
145 que oui. Enfin je crois qu'un patient quelle que soit la pathologie, a sa place dans un service. Voilà. Que ce
146 soit ponctuellement dans une réunion de réflexion sur un sujet, que ce soit sur le quotidien, dans
147 l'accompagnement, animation de certains ateliers, je ne vois pas un service où le patient n'aurait pas son
148 mot à dire et sa part de réflexion. Voilà donc après ça dépend la forme évidemment. En extra, on a des
149 patients plus stabilisés donc il est plus facile de les imaginer animer un atelier régulier sur l'année. En intra
150 on est beaucoup plus précaire en termes de stabilité donc, mais peut être que le pair-aidant peut intervenir
151 dans d'autres situations, je sais pas... mais en tout cas je ne vois aucune situation, aucun service qui pourrait
152 être rédhibitoire. A partir du moment où on traite des patients, les patients ont leur place dans la réflexion.

153 **5- Quelles compétences un cadre de santé doit-il avoir pour gérer ce type de résistance ?**

154 La créativité, la patience, l'empathie. Et la persévérance.

155 **6- Sur une échelle de 1 à 5, pourriez-vous évaluer l'impact du partenariat patient-soignant sur la qualité des**
156 **soins ? (1 moins important et 5 le plus important)**

157 5 sans aucun doute, toujours.

158 **6-1- Pourriez-vous m'en dire un peu plus ?**

159 Sur les patients, parce qu'autant sur la perception des soignants, c'est quand on l'a dit tout à l'heure,
160 beaucoup de résistance, quelques a priori, parfois des doutes. Pour les patients, Eh Ben en fait être entre
161 pairs, mais on le voit toujours... Moi je le vois en éducation thérapeutique lorsque j'animais des ateliers
162 collectifs, les choses qui se passaient dans du collectif n'étaient pas du tout les mêmes que ce qui se pouvait
163 se passer en entretien individuel. Je ne dis pas que c'était mieux, mais c'est complémentaire et l'entretien
164 individuel en soignant on en fait tous : en consultation, en accompagnement, etc. Par contre, les mettre
165 entre eux, ça a toujours un effet positif, d'abord parce qu'il y a la reconnaissance avec des personnes qui
166 vivent la chose qu'eux. Puisque nous les blouses blanches, on ne peut pas comprendre... voilà la phrase
167 qui ressort tout le temps. Alors qu'ils ne connaissent pas notre CV pathologique mais en tout cas les patients
168 sont persuadés que nous les soignants, on ne peut pas comprendre. Et donc ça c'est un fait pour la majorité
169 des patients et c'est pour ça qu'ils iront vers des associations, qu'ils créent des associations lorsqu'il en

170 manque, etc. C'est qu'il y a un besoin quand même de partager. Donc pour moi ça a un impact sur la qualité
171 des soins, ne serait-ce que dans le fait de se rassurer qu'on n'est pas seul. Ensuite il y a des astuces et des
172 trucs qui sont partagés. De toute façon, même si on ne fait pas de pair-aidance, ils partagent entre eux, ils
173 vont se croiser dans le couloir, ils vont voir qu'ils ont la même la même pathologie parce que certaines sont
174 visibles et ils vont partager. Donc de toute façon on n'empêchera pas et tant mieux qu'ils partagent, autant
175 **l'accompagner et soutenir** pour s'assurer des modalités de ce partage-là. Donc moi je ne vois pas de
176 points négatifs pour le patient hein, je vois pas de points négatifs à partir du moment où il est d'accord hein.
177 Encore une fois hein, il pourrait très bien vouloir rester seul dans son coin hein. Dans ce cas-là c'est un autre
178 sujet et il a besoin d'autres soins, mais non, je vois aucun enfin... Pourquoi je ne serais pas à 5 sur 5 ? Je ne
179 vois pas. Donc... et puis au quotidien, là notre pair-aidant, il a été absent pendant quelques mois à un
180 moment donné pour des raisons de santé, et les patients le réclamaient : « et quand est ce qu'il revient ?
181 etc. » au même titre qu'un infirmier qui est arrêté, enfin je veux dire, il faisait partie de l'équipe et alors,
182 évidemment, en plus de... je, trouve qu'un pair-aidant, un patient expert, c'est un facilitateur d'espoir et ça
183 ce n'est pas de moi, c'est mon pair-aidant qui dit ça de lui. Il dit, je m'estime être un facilitateur d'espoir, c'est
184 à dire que quelqu'un qui a fait de son expérience avec la maladie des compétences et qu'il les met au profit
185 d'autres patients, pour moi, c'est plutôt encourageant.

186 **Et en termes de qualité de soins ?**

187 Eh bien bah c'est déjà un soin que de les faire intervenir. Donc du coup moi ça permet d'inclure aussi ce
188 regard-là dans ma démarche d'amélioration continue. Pour la satisfaction des patients, là j'étais en train
189 d'étudier notre campagne. d'évaluation, ça nous permet de proposer des actions auxquelles on n'aurait pas
190 pensé. Parce que qui mieux que le patient sait ce dont il a besoin pour améliorer ses soins. En termes de
191 qualité des soins, bah par exemple, notre pair-aidant, lorsqu'il a fallu que je fasse un petit sujet sur la douleur
192 et l'évaluation de la douleur parce que vous savez que l'un des critères de HAS, c'est l'évaluation de la
193 douleur somatique et en extra hospitalier c'est un petit sujet quand même, parce qu'a priori ils ne se pas
194 pour de la douleur, donc évaluer leur douleur, etc. Donc on a fait une petite campagne de sensibilisation sur
195 le fait de ne pas hésiter à solliciter l'équipe en cas de moindre douleur d'informer, qu'on peut aussi soulager
196 cette douleur-là. Eh Ben on a travaillé cet affichage avec le pair-aidant et du coup, il nous a apporté un
197 éclairage super intéressant avec notamment le choix des mots qu'on utilisait. Parce que très souvent la
198 douleur en santé mentale c'est différent et ben là, ça nous a permis de proposer une action qui a été réfléchie
199 en collaboration avec un pair-aidant. Voilà ben l'affiche que j'avais fait moi toute seule et celle que j'ai fait
200 après avec lui n'était pas la même. Donc forcément si elle n'est pas la même quand un patient travaille avec,
201 c'est que la mienne au départ n'était pas satisfaisante. En tout cas moins satisfaisante. Je ne dis pas que la
202 sienne est parfaite, mais en tout cas elle répond plus visiblement à ce que lui comprend. Donc en termes
203 de qualité des soins, ça permet aux soignants d'avoir un « collègue », alors je mets entre guillemets, parce
204 que ce n'est pas encore acquis hein, qu'un pair-aidant est un collègue...C'est un peu compliqué, mais
205 j'espère qu'un jour ça le sera... Du coup c'est pour ça que **je voudrais salarier un pair-aidant parce que**
206 **ça permettrait de légitimer un peu plus sa présence.** Mais au-delà de ça, le fait qu'un professionnel qui
207 a bien intégré le partenariat patient eh ben il peut se rapprocher du pair-aidant pour voir si ce que lui propose,
208 en termes d'atelier ou ce genre de choses, s'il a une idée pour améliorer ça. Donc ça permet d'avoir **une**
209 **ressource pour le cadre et pour les équipes,** d'avoir un regard...en fait un métier différent comme
210 n'importe quel autre nouveau métier qui arrive, on a intégré 1IPA il y a 2 ans, bah voilà, c'est un autre métier,
211 ça nous apporte un autre regard et ça nous enrichit quoi qu'il arrive, ça améliore la qualité des soins d'avoir
212 une pluriprofessionnalité et plus elle sera diversifiée je trouve, mieux on répondra aux besoins des patients

213 qui sont eux, un être global et systémique avec différents aspects et on n'est pas tous multi compétents et
214 multi spécialistes.

215 **7- Et selon vous, quels actions concrètes doit mener un cadre de santé pour promouvoir cette**
216 **collaboration entre patients et soignants ?**

217 C'est d'être provocateur, mais je dirais qu'il faut déjà que le cadre de santé lui-même en soit convaincu. Moi,
218 quand j'ai fait ma mon étude pendant l'école de cadres, j'ai aussi interrogé des cadres qui étaient assez
219 sceptiques. Et alors, impossible d'être convaincant quand on n'est pas convaincu. Donc je crois que le point
220 de départ **c'est d'accompagner les cadres** parce que je ne crois pas qu'ils aient le sentiment que ça ne
221 sert à rien ou que bref, qu'ils ne sont pas légitimes. Les cadres de santé se disent parfois : « qu'on en est à
222 réfléchir à ça, déjà c'est que on n'a pas de problème quoi. Et qu'il y a trop de sujets pour le cadre de santé,
223 en termes de tension, les lits, RH etc pour eux ». Pas tous hein...Je ne dis pas tous attention, mais je dis
224 juste que déjà, pour que le cadre de santé s'investisse dans ce sujet, il faut qu'il soit quand même sacrément
225 convaincu. Comme tous les sujets hein, qu'on accompagne en tant que manager. Si on n'est pas, on a tous
226 notre petit truc, notre petit dada, voilà. Et bon bah ça n'a pas l'air d'être le dada de beaucoup de cadres en
227 ce moment je trouve. Mais ça va changer parce qu'à un moment donné, ça fait partie des critères et c'est
228 des choses qu'on va devoir investir. On est un petit peu en retard par rapport à d'autres pays mais c'est pas
229 grave, on a déjà rattrapé ces retards sur d'autres sujets donc...sinon concrètement, en admettant que le
230 cadre soit hyper convaincu, eh bien, comme actions concrètes je dirai des groupes de travail avec des pair-
231 aidants, on fait de la rencontre. Dans mon article et après dans mon chapitre d'ouvrage je parlais de la
232 rencontre parce que je pense que c'est un préalable à la confiance. On ne peut pas juste parler de pair-
233 aidant, s'ils n'ont pas vu, discuté avec quelqu'un dont c'est le métier. Parce que c'est abstrait. Ils imaginent
234 leurs propres patients devenir leurs propres collègues, enfin ça fantasme. Donc je crois qu'il faut les faire se
235 rencontrer et après on déroule : groupe de travail, réflexion collective, co-construction, intelligence collective,
236 etc. Mais d'abord, pour moi, **l'action concrète, c'est de les faire se rencontrer, pas forcément avec le**
237 **pair-aidant qui interviendrait potentiellement dans leurs soins avec un pair-aidant ou un patient**
238 **expert ou un patient partenaire.** Parce que ça aussi, on a une **foultitude de mots qui veulent dire la**
239 **même chose.** Pour qu'ils puissent avoir concrètement un visage, un échange. La dernière rencontre que
240 j'ai fait faire à un médecin, une infirmière pour justement aborder le projet et imaginer le projet dans leur
241 unité. Eh Ben c'est très intéressant parce que moi j'avais déjà vu la pair-aidante avant, donc parce que je
242 rencontre quand même les pair-aidants et on essaie de voir un petit peu quels sont leurs attentes, leurs
243 besoins, etc, et après je les ai fait se rencontrer avant que je leur fasse rencontrer, y avait énormément
244 d'appréhension : « ah bon elle est schizophrène, alors peut être que na na na etc. », et quand ils sont sortis
245 de là : « Ah ouais on dirait pas qu'elle est schizophrène ». Bah oui, parce qu'évidemment on n'est pas sur
246 des patients en plein délire, complètement déséquilibrés, on a une forme... Voilà, y a quand même un
247 **rétablissement** ça forcément ils sont dans le soin donc ils voient des gens qui vont mal. Donc je pense
248 qu'il faut les faire se rencontrer, et je parle de la psy parce que je suis un psy, mais en somatique c'est pareil.
249 Les faire se rencontrer avec des patients qui ont eu suffisamment de recul pour développer des
250 connaissances, des compétences, une expertise sur un sujet et avec une volonté d'accompagner les
251 patients et pas d'être dans leurs propres soins de patients. Donc la rencontre, concrètement, la rencontre et
252 puis la formation, encore et toujours, mais il n'en existe pas tant que ça en fait, à part certains DU, master
253 et autres. Mais tout le monde n'a pas envie de faire un master pour un projet dans le service. Donc je dirais,
254 rencontre plus plus, et puis réflexion collective, toujours en tenant compte de la résistance en l'acceptant.
255 Parce que si on se braque : « c'est bon ils n'ont pas envie.. » bah on fait plus rien hein surtout sur ce sujet-
256 là. Il faut partir du principe qu'ils n'auront pas tous envie et ils n'auront pas tous confiance en ce projet, en

257 tout cas au début. Et puis on va en perdre un ou 2 peut-être qui qu'on n'arrivera pas forcément à convaincre.
258 L'idée c'est d'en de perdre personne. Mais si on arrive à amener gentiment et chacun à son rythme... Il y en
259 a pour qui ça va prendre 2 jours en disant, « c'est bon, c'est génial, super, j'ai trop envie de mettre ça en
260 place », c'est arrivée avec certains de mes infirmières, puis d'autres ça met plusieurs mois. Voilà, ça peut
261 mettre un an. Bon mais ça se cultive en fait. C'est vraiment de la pédagogie du quotidien et à chaque fois
262 c'est : « ah bah tiens, c'est intéressant. On pourra demander à notre pair-aidant. Ah oui, c'est vrai. Ah Ben
263 le patient, les patients ils ont dit Ça, ça ça Ben super. On va mettre une action en place en lien avec ce que
264 les patients ont proposé. Ah ouais c'est possible ? Bah carrément » bah si c'est eux qui le font remonter, si
265 même si ce n'est pas nous, on peut très bien remonter à qui de droit que nos patients proposent telle ou
266 telle action et après c'est faisable, c'est pas faisable, mais on en tient compte et en fait, et on y accorde
267 autant de valeur que si ça avait été une observation professionnelle. Et progressivement, d'ailleurs
268 maintenant du coup c'est eux qui me disent : « non mais du coup les patients pensent que ceux-ci pensent
269 que cela » voilà, même si ce n'est pas le pair-aidant, c'est les patients. Parce qu'il n'y a pas que les pair-
270 aidants qu'il est intéressant d'inclure, c'est aussi **d'inclure les patients en tant qu'acteurs voire auteurs**
271 **de notre organisation.**

272 **Et ça a été facile de d'inclure la direction dans ce projet-là. Et les médecins ?**

273 Pour le coup, en tout cas, ici je trouve assez. Parce qu'autant, pour les équipes que j'accompagne, il a fallu
274 pédagogie et autres, autant pour la direction si on démontre par A plus B avec nos références, nos études,
275 etc, c'est quand même plus facile à convaincre parce qu'il y a des faits, c'est voilà, c'est référencé, c'est
276 sourcé. Moi si je donne 12 pages de bibliographie à mes équipes pour leur dire c'est super, ils s'en fichent
277 hein, ça ne va pas forcément les convaincre eux, c'est concrètement comment je fais, alors que c'est un peu
278 le contraire vers le haut, j'ai envie de dire, ce n'est pas que le concret ne les intéresse pas, c'est que : « ça
279 répond à quel objectif ? Ça répond à quelle attente institutionnelle ? Ça répond à quels critères HAS ? ça
280 apporte quoi à l'hôpital ? » Et ça bon bah quand on est cadre de santé et qu'on a un petit peu appris à écrire,
281 voilà on peut proposer des choses. Ce qui pourrait être plus difficile, même si je n'ai pas eu ce genre de
282 résistance institutionnellement, c'est le temps que prend tout ça. Parce que c'est l'hôpital, c'est toujours très
283 lent pour certains processus. Donc effectivement, le temps de... on peut perdre notre candidature de pair-
284 aidant qui va se lasser d'attendre que l'hôpital se mette à jour sur comment on fait pour l'accueillir, etc, les
285 conventions de partenariat, si c'est une association, etc, c'est plus la lenteur du système qui peut être
286 compliqué. Sinon, là par exemple, dans le cercle des transformations dans lequel je participe, un des sujets
287 dont on a traité c'est l'inclusion des usagers. Et en fait, ce qui est sorti de tout ça, c'est que tout le monde
288 est d'accord sur le fait que ce serait tellement bien d'inclure les usagers sur toutes nos réflexions, sur tous
289 nos sujets, ça fait bien en plus, mais et globalement ils en sont tous intimement convaincus. Mais la question
290 qui sort c'est : « ouais mais comment faire en fait ? En fait c'est bien beau, mais comment, comment on
291 fait ? » Et donc là aujourd'hui, en tout cas chez nous, on est dans cette phase où on se dit OK on est
292 d'accord, maintenant faut réfléchir à comment on fait. Donc du coup ça facilite moi mes projets puisque moi
293 je propose des actions concrètes pour répondre à ça. Parce que je crois que dans ce sujet-là **faut oser ce**
294 **que je disais, créativité** et ce n'est pas simple de se dire Bah Ouais moi ma table de réunion, j'invite des
295 patients. Ce n'est pas simple pour certaines personnes, moi c'est hyper simple parce que pour moi c'est
296 évident, mais je comprends que ça ne soit pas simple pour d'autres personnes pour qui ce n'est pas
297 culturellement ancré qu'une voix de patient compte comme une voix de soignant par exemple sur certains
298 sujets hein ? Bah bah tous les sujets peut-être. Et encore que là comme ça je n'en vois pas mais sur un
299 sujet de réflexion, sur des actions à mener à partir du moment où ils sont volontaires à participer, je ne vois
300 pas pourquoi ça compterait moins. Donc non je n'ai pas eu de frein particulier avec la direction, ni avec ma

301 cadre sup, ni avec ma direction, mais quel que soit le service d'ailleurs hein, au contraire je pense qu'ils sont
302 très contents qu'on s'engage dans ce genre de sujet parce que c'est des sujets pas simples, donc si
303 quelqu'un peut s'en saisir tant mieux et voilà. Parce qu'eux-mêmes s'ils avaient imposé ça au même titre
304 que moi, je vous dis ce n'est pas possible **d'imposer ça aux équipes et ils seraient très embêtés parce**
305 **que y aurait cette résistance à gérer et elle est pas simple.** Donc autant valoriser les initiatives locales,
306 même à la marge, pour espérer ensuite pouvoir transposer quelque chose un jour, en tout cas l'envie. Est
307 ça pour le coup c'est transposable de donner envie et de stimuler l'intérêt mon sens.

308 **Comment voyez-vous le rôle du pair-aidant : travaille-t-il comme un soignant en journées de 7 heures**
309 **ou intervient-il uniquement lors d'ateliers ponctuels ?**

310 Ça dépend du patient, de l'intervenant en fait, ça dépend de sa capacité physique et psychique...s'il ne
311 peut pas travailler plus de 02h00 par jour, ben on fera des trucs de 02h00. Si pour lui, travailler 07h30 ce
312 n'est pas un sujet, bah on peut faire une journée. après là pour le coup, je crois qu'il n'y a pas de règles, si
313 ce n'est bien sûr les règles du temps de travail hein, il fera pas 10 h par jour mais je crois que c'est de
314 l'adaptation et il y a des patients qui peuvent ou veulent juste être présents ponctuellement et puis d'autres
315 qui voudraient être là plus régulièrement. Notre pair-aidant à nous, il intervient toutes les semaines au cours
316 d'un atelier. Bon il est présent 2 h dans l'unité et ça lui va très bien. À côté de ça il a plein d'activités en plus
317 donc il est très occupé ce monsieur. Mais voilà la prochaine j'aimerais qu'elle intervienne une journée par
318 semaine. Et en même temps ça l'arrange, parce que venir 2h, 2h, 2 h, elle préfère être là de 07h30 et dans
319 ce cas-là, pourquoi pas ? C'est un professionnel qui a un problème de santé, comme beaucoup de
320 professionnels à l'hôpital hein, on n'est pas tous exemptes de maladie hein. On a beaucoup de
321 professionnels qui ont des difficultés somatiques ou psychiques hein, les soignants ne sont pas immunisés
322 contre la maladie quelle qu'elle soit. Eh Ben des fois on adapte leur temps de travail en fonction de leurs
323 capacités, donc ça revient au même.

324 **Que diriez-vous à quelqu'un réfractaire à l'idée qu'un pair-aidant assiste à un staff médical ou à des**
325 **transmissions ?**

326 Je m'interrogeais sur de quoi il a peur ? Je veux dire, mais de quoi t'as peur ? C'est quoi le risque ? Et puis
327 après on échangerait sur ce risque-là, mais par contre je le comprendrai. Parce que je comprends en fait
328 que ça puisse déranger. Je comprends, mais alors en psychiatrie en particulier parce que je pense que dans
329 mon précédent service ça n'aurait peut-être pas dérangé autant. Au même titre que quand j'ai voulu que
330 l'ASH assiste au staff. Voilà, ça va déranger certaines personnes. Pourquoi ? « parce qu'il n'est pas infirmier,
331 il n'est pas médecin... » Bon voilà, je crois que c'est vraiment une histoire de changement et changer c'est
332 difficile donc forcément je m'interrogerai d'abord, c'est quoi le sujet ? parce qu'un pair-aidant ou un patient
333 expert peu importe, il est soumis au secret professionnel au même titre que les professionnels de santé
334 soignants. Donc quel est le problème ? Et après on discute. Voilà, c'est ça que qui me vient en tête.

335 **Et si le risque était qu'il entende des propos déstabilisants, qui le renvoient à sa propre histoire et**
336 **le fassent décompenser ?**

337 Bah de toute façon, quand on met un pair-aidant, on a toujours des temps de briefing et débriefing, des
338 entretiens, des réunions pour savoir comment ça s'est vécu. Donc ça, s'accompagne. Et moi, j'ai déjà assisté
339 à des staffs et des réunions professionnelles où ce qui a été dit m'a ébranlé, m'a bousculé parce que mon
340 histoire...parce que le médecin ou l'infirmière qui me dirait ça, je serais très curieuse de savoir s'il connaît,
341 l'histoire et l'expérience de chacun des membres de son équipe autour de la table et de ce que ça peut
342 renvoyer. Moi, j'ai déjà été bouleversée par ce qui a été dit, parce que ça m'a renvoyé à quelque chose à

343 moi. Donc je pense qu'il faut l'accueillir cette possibilité-là, ou alors le pair aidant, il est pas là tous les jours
344 hein ? On peut très bien se dire c'est un sujet qu'on traitera au staff de tel jour. Et quand il est là, on est
345 assez, je pense, compétent pour savoir quel sujet on peut aborder. Mais partir du principe d'office que
346 forcément, il va être perturbé, déstabilisé, c'est forcément le voir déjà avec des limites. Après ça peut arriver
347 hein. Bah ça se travaille, ça s'accompagne. Voilà. Et en tout cas le patient il a fait un choix. Il a choisi
348 d'intervenir. Il s'est formé, donc il a pris du temps, de l'énergie, il s'est investi dans sa formation. Voilà c'est
349 que ce n'est pas ça qui va le déranger, après ça peut arriver, mais comme tout le monde.

350 **8- Auriez-vous des éléments à ajouter qui n'auraient pas été abordés dans cet entretien ?**

351 Non bravo de traiter ce sujet, parce que je pense plus on sera nombreux à traiter ce sujet, peut-être, plus
352 on diffusera... on infusera auprès de nos pairs parce que forcément c'est un sujet j'imagine dont vous parlez
353 avec vos collègues, donc du coup moi aussi hein je me souviens quand j'ai dit ce sujet la première fois, ça
354 semblait complètement abstrait. À la fin de l'année ils maîtrisaient tous le sujet, donc du coup à force d'en
355 parler, eh ben ça rentre. Donc je pense que la rencontre elle est aussi cognitive. Donc il faut d'abord que ça
356 se sache que c'est possible. Et après, on ne peut pas mettre en place quelque chose dont on ignore
357 l'existence. Ce n'est pas possible. On ne peut pas dire aux cadres : « mais vous n'avez pas de pair-aidant
358 dans votre service » Mais c'est quoi en fait ? C'est quoi la base ? Donc faut déjà que ça se sache, que les
359 quelques expériences qui existent soient partagées pour qu'après ça puisse donner l'envie. Donc voilà, je
360 dirais qu'il faut continuer à réfléchir sur ce sujet, pour pouvoir accompagner les projets et du coup
361 l'amélioration de la qualité des soins.

362 Moi : Très bien, je vous remercie.

Annexe IV : Transcription entretien Eva

1 Entretien Eva

2 1- **Combien d'années d'expérience avez-vous en tant que cadre de santé ?**

3 J'ai 14 années d'expérience managériale.

4 2- **Pourriez-vous décrire brièvement votre fonction au sein de l'établissement ? (services occupés,**
5 **principales responsabilités)**

6 Alors moi j'ai un parcours un peu atypique, puisque j'ai été Infirmière cadre de santé, j'ai pratiqué
7 essentiellement aux urgences, dans un centre hospitalier de banlieue parisienne, et puis ensuite, j'ai eu une
8 carrière plutôt administrative, pendant une dizaine d'années, puis j'ai souhaité réintégrer la fonction publique
9 hospitalière et de ce fait, j'ai travaillé au sein d'une association qu'on appelle les ailes déployées, au sein
10 d'un service d'hôpital de jour en tant que cadre de santé de proximité où j'ai eu à animer et gérer 2 unités
11 de service d'hospitalisation, un hôpital de jour donc de soins de réhabilitation psychosociale pour les
12 déficiences psychiques essentiellement, et une unité transitionnelle où on pouvait accueillir 15 patients
13 atteints aussi de pathologies psychiques stabilisées en vue de leur réinsertion sociale ou professionnelle.
14 J'ai également mis en place la plateforme de réhabilitation psychosociale au sein du Val-d'Oise. Voilà un
15 petit peu mon parcours rapide.

16 3- **Avez-vous travaillé à des projets pour mettre en place une collaboration entre professionnels de**
17 **santé et patients ? Si oui, pourriez-vous en dire plus ?**

18 Oui, tout à fait.

19 Alors je vais me baser essentiellement sur la collaboration, donc sur cette dernière expérience qui me
20 semble plutôt adaptée à votre questionnement, donc à l'hôpital de jour et sur l'unité transitionnelle. L'idée
21 générale sous-tendue par cette expérience de collaboration, c'était de permettre de travailler en
22 transversalité et en horizontalité entre les patients et les infirmiers ou les éducateurs spécialisés pour
23 accompagner au mieux dans leur projet de rétablissement des patients atteints de déficience psychique.
24 L'idée c'était que les professionnels partent du besoin identifié et des projets de vie de ces patients et
25 qu'ensuite ils puissent aider et accompagner au mieux les patients dans leur devenir quel que soit le projet
26 établi par le patient. Voilà. L'idée centrale était que le patient était au même niveau que le soignant et donc
27 du coup, il s'agissait d'une véritable collaboration entre le patient et l'infirmier, c'est à dire que l'infirmier, lui,
28 se mettait à disposition du patient pour l'accompagner dans toutes ses démarches, dans le montage aussi
29 de son projet pour pouvoir l'accompagner au mieux dans son devenir. Après comment ça pouvait se
30 manifester ? on travaillait à partir d'outils méthodologiques, avec des entretiens et puis des outils avec des
31 questionnaires. En fait, ils avaient un système de jeu de cartes qui était essentiellement utilisé pour le patient
32 pour lui permettre de définir ses objectifs, et de les prioriser par type d'urgence. Le soignant se basait
33 essentiellement soit sur les difficultés pour les identifier, pour mieux les accompagner et le réhabiliter,
34 proposer ensuite des groupes thérapeutiques, soit également de se baser sur les potentiels du patient.
35 L'idée générale étant de valoriser le patient au mieux et pour pouvoir lui permettre de se réapproprier son
36 pouvoir d'agir et donc du coup de décider par lui-même de la direction dans laquelle il veut aller. Même si,
37 in fine, le parcours du patient s'arrête, même si, au décours du parcours, le patient décide de faire autrement
38 ou bien parce que ses capacités restent limitées, ou bien parce qu'il a changé d'avis et que, au regard de
39 l'avancée de son projet, on s'aperçoit que ce n'était pas tout à fait la bonne direction dans laquelle il fallait
40 aller. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise solution. L'idée, c'est que le patient, lui, puisse se réhabiliter au

41 mieux dans la vie sociale, après un passif, entre guillemets, en tant que patient. Je mets des guillemets
42 parce qu'il reste une personne, mais après un passage et une rupture de parcours de vie traversés par la
43 maladie, la personne est considérée comme un patient et là l'idée générale c'est de retrouver bien son
44 identité de personne et de l'accompagner au mieux dans son devenir et dans son projet. Voilà, de façon
45 générale, ce que je peux dire de ce que pouvaient pratiquer les soignants avec les patients.

46 Ce que je peux ajouter également, c'est que le patient était toujours participatif à de nombreuses réunions
47 et il décidait ou il demandait en tout cas à l'équipe soignante de pouvoir être associé à tous les ateliers, à
48 tous les projets au sein de l'unité de soins, en vue de son rétablissement. Le patient ou le soignant ne
49 décident pas seuls, on décide ensemble des soins appropriés ou en tout cas des activités thérapeutiques
50 appropriées pour le patient.

51 **4- Avez-vous rencontré des résistances lors de la mise en place du partenariat patient-**
52 **soignant, et comment les avez-vous gérés ?**

53 Des résistances Oui. Certains soignants partent du principe qu'ils sont soignants, donc une position haute,
54 je dirais, par rapport aux soignés. Une certaine réticence à se dire que le patient a la capacité d'interagir ou
55 de décider par lui-même. Quand la notion de pair-aidance avait été énoncée avec l'idée d'associer des
56 patients rétablis et qui, aujourd'hui, sont réinsérés socialement ou professionnellement de pouvoir intégrer
57 l'unité de soins. La réticence a été immédiate : « Que vient faire le pair aidant dans l'établissement ou dans
58 l'hôpital de jour » par exemple, puisque là c'est un hôpital de jour qui était concerné, et d'ailleurs, ça n'a pas
59 pu se mettre en place d'emblée, l'équipe n'était pas encore suffisamment mûre pour travailler la place et la
60 présence du pair-aidant en tant que professionnel.

61 Donc on n'a pas pu mettre en place de pair-aidant au sens professionnel, comme je l'ai dit. On n'a pas pu
62 faire aboutir la réflexion à terme.

63 On a continué plutôt à cheminer au décours de réunions régulières avec les patients pour l'associer plutôt
64 au choix des activités thérapeutiques. Ça s'est déroulé comme ça, de prendre en compte plutôt la parole du
65 patient, au même titre que celle du soignant pour coconstruire le projet de soin et de l'unité du service. Je
66 n'ai pas pu faire aboutir, en tant que cadre, parce qu'il n'y avait pas de portage institutionnel au sein de
67 l'unité et même au sein de l'établissement. On parlait de la présence du pair-aidant de façon générale et de
68 l'importance de pouvoir faire entrer un pair-aidant au sein des unités de soins, mais il n'y avait pas de volonté
69 réelle institutionnelle de le mettre en place. Pour moi, ça c'était le véritable obstacle. Je pense que sans
70 volonté institutionnelle, on ne peut pas mettre en place un pair aidant au sein d'une équipe de soins. On
71 peut toujours discuter avec les équipes pour faire mûrir la réflexion pour travailler sur les représentations.
72 Très souvent, en réunion, je faisais travailler un petit peu les équipes sur les représentations qu'ils pouvaient
73 avoir pour les pousser dans leur retranchement et puis dans leur réflexion, au sein de réunions. Mais je n'ai
74 pas pu aller plus loin dans le projet, parce qu'il n'y avait pas de portage institutionnel. On a pu simplement
75 faire intervenir un pair-aidant professionnel au sein d'une grande réunion institutionnelle, avec plutôt l'apport
76 de témoignages et de transmission d'un certain savoir expérientiel, pour qu'il puisse parler de son parcours
77 de soins et de son parcours de vie dans son établissement. Mais il n'y a pas eu de véritable échange avec
78 les équipes, en vue ou en prévision, en tout cas, de mettre en place le pair-aidant, bien que je suis
79 convaincue qu'aujourd'hui on ne peut pas accompagner des patients sans la présence, dans une équipe,
80 de pair-aidants, parce que je pense que la progression des patients est beaucoup plus rapide quand il y a
81 des gens qui savent parler le même langage et qui ont eu la même place qu'un patient à un moment donné
82 dans leur parcours de vie.

83 Présentateur 1

84 **5- Quelles compétences un cadre de santé doit-il avoir pour gérer ce type de résistance ?**

85 Pour pouvoir gérer ce type de résistance, il faut que le cadre soit quelqu'un d'expérimenté et qui doit être
86 convaincu de l'importance de la mise en place ou de la mise en œuvre, un moment donné, d'un tel projet.
87 Je pense que pour pouvoir maintenir le cap, quelles que soit les réticences des professionnels, il doit avoir
88 une expérience et un parcours professionnel suffisamment ouvert et diversifié pour pouvoir être à l'écoute
89 aussi des soignants, de leurs difficultés ou de leurs représentations, qui parfois peuvent être intéressantes
90 et importantes aussi à entendre, dans leur exercice et dans leur métier. Je pense que le cadre de santé doit
91 avoir, une capacité à avoir une vision globale des choses pour pouvoir au mieux driver l'équipe et faire des
92 allers-retours avec eux pour mieux gérer cette situation de réticence. Après, pour moi, le cadre de santé, il
93 est là aussi pour organiser, avec beaucoup de bienveillance, car je pense que sans bienveillance, on ne
94 peut pas de toute façon imposer des choses, ça ne fonctionne pas. Ça crée des distorsions, ça crée de la
95 frustration et ça ne fait pas avancer l'objectif. L'idée est de faire travailler en bonne entente les professionnels
96 et les pair-aidants. Ce serait plutôt ça, de faire travailler ensemble, dans la bonne entente, pour que chacun
97 respecte la place de l'autre et comprenne le sens de ce que peut apporter l'autre à un moment donné dans
98 le travail, mais, toujours dans un intérêt commun. Il ne faut jamais perdre cet objectif, c'est la personne qui
99 est au centre de la préoccupation primordiale et donc ce patient qu'on accompagne vers une phase de
100 rétablissement et de réinsertion, qu'elle soit sociale, professionnelle ou dans son parcours de vie.

101 **6- Sur une échelle de 1 à 5, pourriez-vous évaluer l'impact du partenariat patient-soignant sur**
102 **la qualité des soins ? Je dirai 4.**

103 Je pense qu'il est extrêmement important qu'il y ait une alliance thérapeutique à un moment donné entre le
104 patient et le soignant pour accompagner au mieux celui-ci dans son parcours de soins.

105 Deux choses, soit on est sur un service de soins ou
106 on entre pour une pathologie, qu'elle quelle soit, mais on sait que, à l'issue de l'intervention ou de la
107 pathologie, la personne va guérir et l'alliance thérapeutique est beaucoup plus simple à mettre en place
108 parce que l'on connaît l'issue et on sait qu'elle sera favorable, même s'il reste toujours un peu d'incertitude.
109 Par contre, lorsqu'on accompagne les patients sur des pathologies beaucoup plus lourdes, chroniques ou
110 psychiques dont on sait qu'il y a une un risque, soit de chronicisation, soit on sait que l'issue de
111 rétablissement au sens premier du terme, c'est à dire il y a pas de guérison, notamment certains cancers
112 par exemple où on sait que malheureusement à terme, quel que soient le nombre d'années, il faut pouvoir
113 maintenir, pour le soignant, qui voit de façon récurrente le patient arriver dans son service, une alliance
114 thérapeutique. Il faut que le patient et le soignant, s'ils se connaissent bien, ou lorsque le patient est connu
115 de ce service et qu'il n'y a pas un turn over systématique des soignants, il doit y avoir une alliance
116 thérapeutique avec une certaine confiance avec le soignant. Le patient doit être en capacité de pouvoir
117 déposer un certain nombre de choses et donc du coup pour moi c'est extrêmement important que cette
118 alliance existe pour pouvoir apporter une certaine qualité des soins.

119 **7- Selon vous, quelles actions concrètes doit mener un cadre de santé pour promouvoir une**
120 **collaboration entre patients et soignants ?**

121 Je pense qu'il doit y avoir de façon régulière un échange avec les soignants. Alors on ne peut pas mettre en
122 place systématiquement des réunions parce que ça ce n'est pas possible dans les services aujourd'hui. Par
123 contre, au moment des transmissions orales, je pense qu'il est important de pouvoir aborder ce sujet-là et
124 de l'introduire comme quelque chose de routinier. C'est à dire que ce questionnement devienne quelque

125 part quotidien dans la pratique du professionnel. On doit pouvoir se réinterroger systématiquement dans les
126 échanges du quotidien au moment des transmissions sur quelle est la place du soignant ? Quelle est la
127 place du patient dans la pratique des soins au quotidien ? Je pense que le cadre doit être en capacité
128 d'amener cette réflexion et qu'elle devienne quelque chose de quotidien. En tout cas dans la pratique, faut
129 que ce soit quelque chose de facile et de simple, donc comment ça peut se matérialiser pour moi,
130 concrètement, ça peut être aussi matérialisé dans les écrits professionnels, c'est à dire au moment des
131 transmissions écrites, d'un point de vue qualitatif, comment lui amener alors s'il y a des indicateurs
132 qualitatifs, je dirais justement que peut-être à un moment donné le soignant puisse écrire dans ses
133 transmissions comment lui qualifie cette collaboration dans la relation du soin, c'est à dire qu'il faut que ça
134 puisse se qualifier à un moment donné dans l'écrit professionnel du soignant en prévision de
135 l'accompagnement du projet de soins du patient. Voilà, je pense qu'il faut le mettre en place comme ça.
136 Voilà, sans prendre trop de réflexion, je pense que j'essaierai de mettre en place quelque chose comme ça
137 en tant que cadre dans le quotidien, vraiment en m'interrogeant quotidiennement dans la pratique. Quelque
138 part, presque un binôme soignant soigné, et surtout requestionner aussi la posture du professionnel. Je
139 pense que c'est important de requestionner systématiquement la posture du soignant par rapport aux soigné
140 pour éviter justement le sachant-sachez, le soignant qui sait tout, le soignant qui sait les choses et le soigné
141 qui subit les choses. L'idée c'est toujours de coconstruire et que le patient soit coacteur de de la prise de
142 décision et des soins qu'il a dans le quotidien, quand il est en unité de soins par exemple. C'est comme ça
143 que je verrai les choses, moi.

144 **8-Avez-vous d'autres points à aborder non mentionnés lors de cet entretien ?**

145

146 Oui, je dirais qu'aujourd'hui, la difficulté première pour un cadre serait dans la gestion du personnel et le
147 turnover des professionnels, c'est à dire que lorsque l'on entame ce type de réflexion, il faut pouvoir compter
148 sur une équipe qui est fidélisée au projet de soins. C'est-à-dire que l'on ne peut pas conduire ce projet si on
149 a un turnover important. Si les équipes sont par exemple sur des horaires variables tout le temps, qu'ils sont
150 présents que 2 jours dans le service, puis reviennent 3 ou 4 jours plus tard, ça sera beaucoup plus long à
151 mettre en place. Je pense que pour entamer ce genre de réflexion, il faut, dans un premier temps, pour que
152 ça puisse réussir, peut-être l'amorcer sur des services de soins où on a une équipe qui est stable, qui est
153 motivée. Ça ne peut pas être dans un service où il y a beaucoup de turnover, où il y a beaucoup
154 d'absentéisme et où il n'y a pas de volonté institutionnelle de le mettre en place.

155 Pour moi, les choses doivent ensuite être documentées.

156 Il y a que la revue bibliographique, pour moi, c'est quelque chose d'important. Avant même de commencer
157 à travailler sur un projet, c'est important d'aller voir ce qu'ont fait les autres, de s'appuyer sur l'expérience
158 des autres, de faire venir peut-être même des équipes de professionnels qui ont déjà mis en place ce genre
159 de réflexion. Pour pouvoir justement, je dirais, travailler plus rapidement sur toutes les représentations, les
160 difficultés que les autres services ont eu à éluder avant de mettre en place ce genre de réflexion. Je pense
161 que travailler en collaboration avec d'autres équipes, c'est toujours une ouverture possible, en tout cas pour
162 les professionnels, et ces professionnels en général sont assez friands aussi de pouvoir aller s'appuyer sur
163 l'expérience de services qui ont quelque part réussi à mettre en place, mais aussi peut-être des équipes qui
164 ont mis en place ces choses-là et qui, à un moment donné, ont été obligés de s'arrêter et de différer le projet
165 pour justement réfléchir un petit peu sur ce qui n'a pas fonctionné. Et ceci peut aider une équipe qui amorce
166 ce projet-là pour le mettre en place. Je pense que ce sont des outils assez faciles à mettre place et une

167 réflexion qui peut être intéressante pour l'équipe qui rentre dans ce type de démarche. Il faut prendre le
168 temps de le faire. Ce n'est pas une démarche qui se fait en quelques semaines. C'est une réflexion qui doit
169 être accompagnée sur plusieurs mois.

170 L'introduction du pair-aidant dans un service de soins doit émaner effectivement soit d'une réflexion à un
171 moment d'une équipe, soit même des patients, parce que dans hôpital de jour dans lequel j'ai travaillé, cette
172 réflexion a été entamée par certains patients qui étaient dans un processus de rétablissement et qui étaient
173 stabilisés et qui allaient sortir de l'unité d'hospitalisation. Ils ont eu envie à un moment donné de transmettre
174 leur expérience dans un premier temps, et d'entamer même une réflexion vers une professionnalisation et
175 de faire une formation de pair-aidant pour devenir des professionnels, puisqu'il faut savoir qu'en France, la
176 pair aide est un statut professionnel. Elle passe par une certification, donc par un diplôme. Je crois savoir
177 que le statut en tant que professionnel de pair aidant aide à travailler un petit peu sur les réticences des
178 équipes. Voilà, on arrive, on a un statut de professionnel, donc ça veut dire quelque part qu'on a reçu une
179 formation qui permet aussi aux patients de se mettre à distance de sa propre situation et donc, du coup, de
180 pouvoir l'inclure davantage dans la réflexion de l'équipe de professionnels. Ça, c'est pour le pair aidant. Et
181 le 2e élément, c'est que vous avez parlé de réhabilitation psychosociale. La présence ou non de pair aidant,
182 le pair-aidant va aider et accompagner et soutenir en tout cas le projet de réhabilitation psychosociale. Les
183 projets, en tout cas individuels des patients et la réflexion de l'équipe à conduire des projets individualisés
184 pour chaque patient. La réhabilitation pour moi c'est une réflexion. Réhabilitation psychosociale c'est dans
185 les pathologies psychiques essentiellement aujourd'hui ou dans toutes les conduites addictives, on parle de
186 réhabilitation psychosociale très souvent. En gros, on sort du processus de soins pour amener une personne
187 à envisager un projet de vie ou un projet professionnel, de l'accompagner dans ce processus-là pour
188 retrouver son identité quelque part de personne. Pour moi, c'est ça la réhabilitation psychosociale, c'est
189 redonner vie quelque part, redonner vie à une personne qui a eu à un moment donné une rupture de
190 parcours. Pour moi, le pair-aidant est quelque chose d'important puisque lui-même en général est réhabilité,
191 donc il apporte ce savoir-là au patient. Mais il n'est pas indispensable dans une équipe de soins. N'ayant
192 pas eu à le mettre en place dans l'unité dans laquelle je travaillais et pour avoir vu aboutir des projets de
193 réhabilitation psychosociale pour des patients sans la présence de ce professionnel-là, je dirais que
194 l'émulsion collective, en tout cas des patients entre eux, accompagné par le support du projet thérapeutique,
195 des outils thérapeutiques qui sont employés dans ce type de structure-là aident aussi à la réhabilitation
196 psychosociale du patient. Le tout, c'est d'aller au rythme du patient. On est vraiment sur du projet
197 individualisé et l'idée sous-tendue, c'est vraiment d'aller au rythme du patient.

Personne interrogée : Alice	
Pair-aidance	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai eu la chance de pouvoir accueillir un pair-aidant, pas dans mon service mais quand j'étais infirmière. • un recrutement d'un pair-aidant formé. Et ce professionnel a été intégré plutôt en extrahospitalier [...] c'était un membre à part entière de l'équipe avec qui on pouvait échanger, qui était soumis au secret professionnel aussi et qui donnait son avis lors des réunions • Une mine d'informations, • Qui était passé par tout ce parcours psychiatrique, le rétablissement, donc là aujourd'hui il était vraiment en rémission • Étonnamment le pair aidant n'a pas eu de souci pour s'intégrer dans l'équipe, très ouvert d'esprit <p>Pour trouver un pair-aidant, c'est compliqué [...] il nous l'a dit, la formation, elle est quand même assez poussée</p>
Réhabilitation psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> • 4 parce que 5, ça me paraît un peu disproportionné compte tenu de toute la résistance qu'il y a eu pour le projet • Les patients se sentaient en confiance avec lui car il avait l'expérience de ce qu'ils vivaient
Conduite de changement	<ul style="list-style-type: none"> • La résistance n'a pas été très bien gérée [...] de bien expliquer ce que c'est qu'un pair-aidant, quel est son travail, comment il est formé, qu'est-ce qu'il peut faire au quotidien, etc. • On sait tous à peu près ce que fait un psychomotricien. Vous le mettez dans un service, si vous ne montez pas un projet, si vous ne réfléchissez pas à ce qu'il va faire au quotidien, ça peut coincer et pourtant, ça aurait pu être très très enrichissant pour tout le monde. Pour moi, quand on travaille en amont les choses et qu'on les prépare bien, quand ça arrive le moment en général y a moins de résistance, c'est comme tout projet en fait, la conduite de changement, c'est ça hein, c'est aussi de la préparation • Compétences de communication [...] transmettre des informations concernant la fonction du pair-aidant au sein de l'équipe de la définir déjà avant son arriver, pour anticiper cette arrivée déjà mais en plus prévoir des réunions dès le début de la résistance • Bien préparer le projet en amont • Faire preuve de patience pour arriver à convaincre l'équipe, car c'est beaucoup de changement d'un coup • Le cadre doit encore une fois communiquer le plus possible en expliquant... Il faut qu'il passe du temps avec les professionnels, qu'il les écoute vraiment...qu'il explique, un vrai

	<p>échange parce que c'est là que les idées arrivent et impliquer son équipe dans les projets de collaboration. Ça va motiver les professionnels de travailler sur un projet commun</p> <p>Recevoir en amont le pair-aidant pour nous expliquer ses fonctions</p>
Résistance au changement	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance de l'équipe par rapport au pair-aidant • Intégrer le patient au projet [...] c'est beaucoup plus facile qu'intégrer un pair-aidant et donc un ancien patient dans une équipe de soins <ul style="list-style-type: none"> • On ne savait pas ce qu'il faisait. Il a été intégré aux échanges, aux entretiens... Mais on n'avait pas plus d'informations, c'est nous qui sommes allés les chercher. Là-dessus ça a pêcher un petit peu selon moi, c'est pourquoi il y a une grosse résistance derrière • Les patients n'ont pas du tout été préparés [...]au niveau de l'équipe, ça a été dit oralement en disant qu'il y a un pair-aidant qui allait arriver, il y a eu une présentation simple, quoi, sans expliquer vraiment ce qu'il allait faire au quotidien

Personne interrogée : Beth	
Pair-aidance	<ul style="list-style-type: none"> • On voit des patients qui s'appuient sur le savoir d'un patient, par exemple quand les patients font la queue pour prendre leur traitement...et le patient dit : « il faut le prendre parce que ça marche » ou quand il dit « il faut prendre le traitement, sinon tu vas finir dans la chambre d'isolement ». Ils lui font confiance et c'est très bien...mais après en psychiatrie, le rôle du patient pair-aidant et de la collaboration patient-soignant, ça me paraît très compliqué <ul style="list-style-type: none"> • On n'a pas beaucoup de pair-aidants. Déjà parce qu'ils n'arrivent pas à suivre la formation demandée • Et puis collaborer oui mais...dans quelles structures ? Est-ce que c'est les structures de l'intra ? Est-ce que c'est les structures de l'extra ? C'est à réfléchir surtout parce qu'ici en extra, on a une certaine approche du patient alors qu'à l'intra, il y a beaucoup d'autres choses qui se jouent où le pair-aidant peut être ne trouvera jamais sa place. Soyons très clairs, c'est plus pour les structures de l'extra où le patient sont plutôt souvent plutôt stabilisés. Pour éviter que le pair-aidant décompense... et il ne faut pas aussi mettre l'équipe de soins en difficulté, qu'elle soit obligée aussi de prendre soin du pair-aidant...
Réhabilitation psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> • Pour moi c'est 5. Le patient a son mot à dire sinon il ne fera pas ...il faut qu'il se sente impliqué mais il y a une limite aussi à ça...parce que patient ne peut pas toujours décider • Donc il faut qu'on arrive à lui expliquer pour quelle raison on estime que c'est mieux pour lui <p>C'est toujours la négociation je pense avec les patients, et la qualité des soins est là pour lui...</p>
Conduite de changement	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai fait beaucoup de réunions avec les soignants, mettre les choses au clair... • J'ai dû revoir l'organisation...j'ai fait des entretiens individuels [...] formations sur la maltraitance, les soins en psychiatrie

	<ul style="list-style-type: none"> • Je me suis mise des objectifs, on ne peut pas arriver et tout changer c'est impossible. D'un côté il faut leur montrer votre légitimité. J'ai commencé par exemple à accéder à certaines de leurs demandes. • Je me suis appuyée sur les bons professionnels avec qui ça se passait bien • Il ne faut pas s'imaginer : j'arrive et je veux faire tous les changements, c'est impossible • J'ai remarqué que dans chaque équipe la résistance était différente et je me suis appuyée sur les bons professionnels avec qui ça se passait bien • Des compétences ...Ah s'adapter déjà c'est très différent dans chaque structure je gère différemment l'équipe. Et puis c'est important de communiquer avec les soignants et les patients aussi, de bien les écouter, d'essayer de comprendre ...comme je disais, il faut montrer qu'on est légitime pour être écouté s'il y a des difficultés entre les soignants et les patients. Sinon, il faut bien observer aussi pour apprendre à connaître son équipe... et proposer des formations, voilà • Donc pour les actions : Il faut que les équipes soient prévenues que c'est un pair-aidant et il faut aussi savoir le rôle du pair-aidant...On ne peut pas le mettre dans n'importe quelle situation • il faut que les missions soient très clairement définies, l'équipe va l'intégrer sans souci [...] La fiche de poste par exemple peut être définie avec l'équipe et en réflexion... pour pas mettre la personne en difficulté et pas mettre l'équipe en difficulté parce que c'est quand même très complexe en psychiatrie les pair-aidants. Autant en diabète c'est facile...dans les autres pathologies c'est facile...la psychiatrie c'est quand même à part pour les pair-aidants, ce n'est pas du tout pareil. La communication reste quand même importante avec l'équipe. et je pense que moi si on me proposait, j'aurais essayé avec plaisir, mais j'aurais vu d'abord avec l'équipe, comment je définirai...quelque part la fiche de poste du pair-aidant. Oui parce que ça doit être très très clairement définie. Le pair-aidant doit savoir où s'arrêtent ses fonctions [...] si le le poste est très clairement défini, ça peut marcher oui mais peut-être pas sur la présence de 07h30 par jour. Peut-être quelqu'un ne reste pas tout le temps avec l'équipe [...] parfois on dit les choses que on veut pas que ça soit entendu, parce que on peut dire des choses sans prendre de gants... « fait gaffe, là elle est en train de cliver vraiment... » ou « tu sais pourquoi ? parce que sa mère a été violée, son père est... », est ce qu'on doit parler de tout ça avec le pair-aidant ? Est-ce que la formation de je ne sais pas combien d'heures, va permettre au pair-aidant de ne pas parler de toutes ces informations ? Par exemple, [...] Moi je pense que ça doit être plus sur certaines missions et ça doit s'arrêter sur d'autres
<p>Résistance au changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ça a été très compliqué avec l'équipe [...] ils ne comprenaient pas • On n'a pas été prévenu que cette patiente pair-aidante allait venir et elle n'a pas été présentée • On ne peut pas mettre un pair-aidant avec le patient hystérique d'aujourd'hui, il décompense en sortant d'ici. Donc la collaboration est difficile pour moi • J'aimerais pas être avec un pair-aidant qui va être encore mal et qu'il faudra s'en s'occuper, parce que parfois il y a des soignants qui ne vont pas bien. Et donc la position de cadre c'est très compliqué. Je sais qu'avec elle (soignante)il faut parler autrement parce qu'elle

	est en dépression, l'autre...et en plus il y a un pair-aidant à gérer au quotidien. Je ne sais pas si ça sera facile.
--	---

Personne interrogée : Claire	
Pair-aidance	<ul style="list-style-type: none"> • Quand je suis arrivée sur le secteur, j'ai pu prendre connaissance de la pair aidante qui se trouvait sur l'extra. • C'était à l'école des cadres je crois que j'ai lu sur ça. • Ça m'a semblé un peu particulier comme démarche d'avoir une pair-aidante dans l'équipe • J'avais du mal à définir ...et encore aujourd'hui j'ai du mal à définir sa pathologie... J'ai des doutes • C'était une ressource pour la cheffe de pôle...le médecin chef, elle se servait de ses retours. Elle était très impliquée, elle animait des ateliers, • Elle avait un salaire [...] elle voulait une revalorisation • Elle est à temps partiel. Elle vient 4 jours par semaine de 9h à 16h40. • Elle est mariée à un instituteur...elle a 3 enfants • A un bon positionnement, elle a une bonne élocution [...] on voit un peu qu'elle est malade, des fois la présentation est un peu négligée mais intellectuellement elle suit... • Elle participait aux staffs médicaux, aux synthèses hebdomadaires
Réhabilitation psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> • 5...c'est très important parce que la pair-aidante était porteuse et puis elle était à l'écoute, impliquée...les patients étaient vraiment contents
Conduite de changement	<ul style="list-style-type: none"> • Communication • expliquer en fait • La formation, c'est pas mal hein, ça ouvre des perspectives, ça croise les regards, les expériences des uns et des autres, ça remotive un petit peu. Et puis les réunions, les réunions, cadre-soignants
Résistance au changement	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre de l'extra l'a beaucoup soutenue à une période. En fait, ils n'avaient plus assez de bureaux, ils lui avaient pris bureau de la pair-aidante... Ses affaires ont été mises dans un carton et le carton mis dans un placard... • Les autres personnes qu'on me disait « oui Madame ... elle est pair-aidante, tu sais ce que c'est ? » enfin tu vois, c'était pas très naturel on va dire dans l'équipe... • Je pense qu'il y a eu des réticences mais elle n'était pas ouvertement rejetée, mais en même temps, personne ne travaillait avec elle. • Par rapport aux autres infirmières, elle n'était pas intégrée dans l'équipe

	<ul style="list-style-type: none"> • Elle était quand même malade. J'avais aussi appris que la cheffe de pôle la recevait quand ça n'allait pas, elle la recevait et elle la stabilisait. • Mais c'est quelqu'un qui se persécute très vite. Par exemple, elle devait me faire un papier sur je ne sais quoi et je lui avais dit un peu sur le ton de la boutade, elle m'avait fait un truc mais c'était trop scolaire et je lui ai dit : « mais faut le rendre un peu plus sexy » et bah je sais pas mais je l'ai braqué en lui disant ça, elle est revenue me voir, et m'avait dit « faut que je vous vois, madame..., vous m'avais dit un papier sexy mais c'est pas possible » oh mon dieu si j'avais su !! je pense pas que c'est le bon mot collaborer. Par exemple, tu collabores avec tes collègues, tu collabores avec ton équipe, c'est quelque chose un peu dans un truc d'égalité <ul style="list-style-type: none"> • une patiente qui a dit le lendemain, « Oh, ça m'a fait bizarre, quand j'ai vu l'infirmière qui se brosse les dents », tu vois, parce que ça désacralisait un petit peu la fonction • Enfin je sais pas... communiquer oui.... Échanger..., je sais pas, je trouve que collaborer ça met trop au même au niveau <p>il y a... ce qu'on appelle, tu verras aussi avec des équipes, la juste distance que tu dois avoir avec tes patients</p>
--	---

<p>Personne interrogée : Diane</p>	
<p>Pair-aidance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On a mis en place la pair-aidance sur une des structures extrahospitalières du pôle, donc, avec un pair-aidant bénévole [...] on est en train de travailler pour une 2e pair-aidante qui voudrait être salariée (ligne 38) <ul style="list-style-type: none"> • la confusion entre partenaires patients et par exemple représentant des usagers (ligne 63) • je ne vois aucune situation, aucun service qui pourrait être rédhibitoire. A partir du moment où on traite des patients, les patients ont leur place dans la réflexion (ligne 152) • les mettre entre eux, ça a toujours un effet positif, d'abord parce qu'il y a de la reconnaissance avec des personnes qui vivent la chose qu'eux. Puisque nous les blouses blanches, on ne peut pas comprendre (ligne 166) • la majorité des patients et c'est pour ça qu'ils iront vers des associations, qu'ils créent des associations lorsqu'il en manque, etc. C'est qu'il y a un besoin quand même de partager ça a un impact sur la qualité des soins, ne serait-ce que dans le fait de se rassurer qu'on ne soit pas seul. Ensuite il y a des astuces et des trucs qui sont partagés. (ligne 172) • C'est un facilitateur d'espoir et ça ce n'est pas de moi, c'est mon pair-aidant qui dit ça de lui[...]c'est à dire que quelqu'un qui a fait de son expérience avec la maladie des compétences et qu'il les met au profit d'autres patients, (ligne 184) <ul style="list-style-type: none"> • ça améliore la qualité des soins d'avoir une pluriprofessionnalité et plus elle sera diversifiée je trouve, mieux on répondra aux besoins des patients (ligne 212) • on n'est pas sur des patients en plein délire, complètement déséquilibrés, on a une forme... Voilà, y a quand même un rétablissement (ligne 247) • Ça dépend du patient, de l'intervenant en fait, ça dépend de sa capacité physique et psychique...s'il ne peut pas travailler plus de 02h00 par jour, ben on fera des trucs de 02h00. Si pour lui, travailler 07h30 ce n'est pas un sujet, bah on peut faire une journée. après là pour le coup,

	<p>je crois qu'il n'y a pas de règles, si ce n'est bien sûr les règles du temps de travail[...]On a beaucoup de professionnels qui ont des difficultés somatiques ou psychiques hein, les soignants ne sont pas immunisés contre la maladie quelle qu'elle soit. Eh Ben des fois on adapte leur temps de travail en fonction de leurs capacités, donc ça revient au même (ligne 323)</p>
<p>Réhabilitation psychosociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • mise en place et à la pérennisation de programmes d'éducation [...] j'ai mis en place en collaboration avec le chef de service de mon précédent service qui est de la diabétologie, une équipe de patients partenaires sur le modèle de Montréal (ligne 34) • La coécriture d'un livre d'expériences entre soignants et patients (ligne 45) • 5 sans aucun doute, toujours (ligne 157) • Les mettre entre eux, ça a toujours un effet positif, d'abord parce qu'il y a de la reconnaissance avec des personnes qui vivent la chose qu'eux. Puisque nous les blouses blanches, on ne peut pas comprendre (ligne 166) • L'accompagner et soutenir (ligne 175) • Parce qu'il n'y a pas que les pair-aidants qu'il est intéressant d'inclure, c'est aussi d'inclure les patients en tant qu'acteurs voire auteurs de notre organisation (ligne 271)
<p>Conduite de changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • j'avais été un peu vite dans le partenariat patient parce que j'étais convaincue, je pensais être convaincante (ligne 66) • il faut prendre le temps avec les équipes [...] pour accompagner cette peur du jugement, ce sentiment de perte de pouvoir dans un système de soins qui est quand même en tension [...] (ligne 70) • c'est de la pédagogie, c'est du partage d'expérience, c'est aussi beaucoup de débriefing avec le pair-aidant (ligne 79) • accepter, pour le manager en tout cas, que ça va résister (ligne 82) • ce que je reproche beaucoup au partenariat patient aujourd'hui dans certains systèmes, c'est d'imposer un patient pair-aidant formé est tout à fait légitime sans préparer le travail d'équipe avec l'équipe. Un pair-aidant n'est pas le même qu'un autre pair-aidant, donc du coup on est obligé d'adapter (ligne 89) • il faut personnaliser l'accompagnement et l'inclusion du patient partenaire, pair-aidant, expert, (ligne 91) • il faut aussi faire avec leurs capacités [...] ça se personnalise et que devoir calquer, transposer un modèle à chaque fois, bah pour moi c'est pas l'idéal, d'autant que les équipes sont elles-mêmes différentes (ligne 95) • la formation (ligne 101) • de recenser d'abord les acteurs susceptibles d'avoir une forme d'ouverture d'esprit pour démarrer le projet (ligne 105) • de repérer les professionnels à qui ça pourrait parler. Suffisamment ouverts à l'idée de changement, suffisamment ouverts à l'idée d'un soin différent. Et ensuite, pour les plus résistants et les plus difficiles on va dire à convaincre, non pas parce qu'ils pensent que le patient n'a pas son mot à dire, parce qu'en fait ça les chamboule dans leur représentation et ça les ça les décale de trop. Et donc là, de se servir d'expérience avec ceux qu'on a identifiés un peu plus ouverts pour ensuite les rassurer. On leur dit : ça se passe comme ça à tel endroit, ça se passe très bien (ligne 111) • recentrer les soignants sur le sens de tout ça, c'est à dire que c'est pour le patient à la fin. Ce n'est pas juste pour être à la mode d'avoir des pair-aidants, c'est pour le patient [...] accompagner leurs propres patients vers un mieux-être (ligne 117), • l'intérêt du partenaire patient dans le but d'accompagner leurs propres patients vers un mieux-être (ligne 117) • je dois être créative, innovante, extrêmement...on va dire faire preuve d'empathie (ligne 122) • je dois faire preuve de recul à accepter et apprécier aussi la difficulté que ça implique chez le soignant (ligne 125) • un partenariat patient, il est dépendant du patient partenaire avec qui on le fait. et des fois ça peut ne pas coller avec la personne (ligne 133) • accompagner plus plus, pédagogie plus plus, formation, discussion, réflexion, retour éthique sur tout ça, et puis surtout, c'est vraiment de montrer que la plus-value sur les patients (ligne 140)

	<ul style="list-style-type: none"> • La créativité, la patience, l'empathie. Et la persévérance (ligne 189) • Donc ça permet d'avoir une ressource pour le cadre et pour les équipes (ligne 255) • provocateur, mais je dirais qu'il faut déjà que le cadre de santé lui-même en soit convaincu (ligne 217) • d'accompagner les cadres (ligne 220) • Mais ça va changer parce qu'à un moment donné, ça fait partie des critères et c'est des choses qu'on va devoir investir. On est un petit peu en retard par rapport à d'autres pays mais ce n'est pas grave (ligne 276) • On ne peut pas juste parler de pair-aidant, s'ils n'ont pas vu, discuté avec quelqu'un dont c'est le métier. Parce que c'est abstrait. Ils imaginent leurs propres patients devenir leurs propres collègues, enfin ça fantasmé. Donc je crois qu'il faut les faire se rencontrer et après on déroule : groupe de travail, réflexion collective, co-construction, intelligence collective, etc. (ligne 283) • Les faire se rencontrer avec des patients qui ont eu suffisamment de recul pour développer des connaissances, des compétences, une expertise sur un sujet et avec une volonté d'accompagner les patients et pas d'être dans leurs propres soins de patients. Donc la rencontre, concrètement, la rencontre et puis la formation, encore et toujours, mais il n'en existe pas tant que ça en fait, à part certains DU, master et autres. Mais tout le monde n'a pas envie de faire un master pour un projet dans le service. Donc je dirais, rencontre plus plus, et puis réflexion collective, toujours en tenant compte de la résistance en l'acceptant (ligne 303) • non je n'ai pas eu de frein particulier avec la direction, ni avec ma cadre sup, ni avec ma direction, mais quel que soit le service d'ailleurs hein, au contraire je pense qu'ils sont très contents qu'on s'engage dans ce genre de sujet parce que c'est des sujets pas simples, donc si quelqu'un peut s'en saisir tant mieux et voilà. Parce qu'eux-mêmes s'ils avaient imposé ça au même titre que moi, je vous dis ce n'est pas possible d'imposer ça aux équipes et ils seraient très embêtés parce que y aurait cette résistance à gérer et elle est pas simple. (ligne 365) • quand on met un pair-aidant, on a toujours des temps de briefing et débriefing, des entretiens, des réunions pour savoir comment ça s'est vécu. Donc ça, s'accompagne. Et moi, j'ai déjà assisté à des staffs et des réunions professionnelles où ce qui a été dit m'a ébranlé, m'a bousculé parce que mon histoire... parce que le médecin ou l'infirmière qui me dirait ça, je serais très curieuse de savoir s'il connaît, l'histoire et l'expérience de chacun des membres de son équipe autour de la table et de ce que ça peut renvoyer 410 et 422) •
<p>Résistance au changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • j'ai senti de la résistance lorsque j'ai soumis de partager le repas avec une infirmière et avec les patients [...] j'ai senti que ce n'était pas si simple que ça, que d'être dans une relation complètement horizontale, lorsque j'ai mis les patients partenaires en place [...] j'ai retrouvé de la résistance (ligne 64) • le sentiment de perte de pouvoir, en tout cas celui du sachant « Mais c'est bon, c'est quand même nous les soignants », voilà... « Oui, il sait tout sous prétexte qu'il est diabétique depuis 20 ans » [...] une peur du jugement, (ligne 72) • la difficulté c'est d'accompagner les équipes à appréhender la collaboration professionnelle avec un patient formé sans, le considérer comme leur propre patient. Donc d'être au-delà de la relation de soins, ce qui n'est pas facile puisqu'un soignant par principe il soigne (ligne 92) • ce n'est pas facile parce qu'un pair-aidant en général il arrive tout seul. Il n'arrive pas en équipe. donc l'équipe, elle, elle est en force (ligne 99) • Donc en termes de qualité des soins, ça permet aux soignants d'avoir un « collègue », alors je mets entre guillemets, parce que ce n'est pas encore acquis hein, qu'un pair-aidant est un collègue...) (ligne 247) • Les cadres de santé se disent parfois : « qu'on en est à réfléchir à ça, déjà c'est que on n'a pas de problème quoi. Et qu'il y a trop de sujets pour le cadre de santé, en termes de tension, les lits, RH etc pour eux » (ligne 269) • ce n'est pas culturellement ancré qu'une voix de patient compte comme une voix de soignant (ligne 358)

	<ul style="list-style-type: none"> un pair-aidant ou un patient expert peu importe, il est soumis au secret professionnel au même titre que les professionnels de santé soignants. Donc quel est le problème ? Et après on discute (ligne 404)
--	---

<p>Personne interrogée : Eva</p>	
<p>Pair-aidance</p>	<ul style="list-style-type: none"> On a pu simplement faire intervenir un pair-aidant professionnel au sein d'une grande réunion institutionnelle, avec plutôt l'apport de témoignages et de transmission d'un certain savoir expérientiel, [...] Mais il n'y a pas eu de véritable échange avec les équipes (ligne 90) <ul style="list-style-type: none"> certain patients qui étaient dans un processus de rétablissement et qui étaient stabilisés et qui allaient sortir de l'unité d'hospitalisation. Ils ont eu envie à un moment donné de transmettre leur expérience dans un premier temps, et d'entamer même une réflexion vers une professionnalisation et de faire une formation de pair-aidant (ligne 206) <ul style="list-style-type: none"> le statut en tant que professionnel de pair aidant aide à travailler un petit peu sur les réticences des équipes. (ligne 215) <ul style="list-style-type: none"> le pair-aidant va aider et accompagner et soutenir en tout cas le projet de réhabilitation psychosociale. (ligne 221) <ul style="list-style-type: none"> le pair-aidant est quelque chose d'important puisque lui-même en général est réhabilité, donc il apporte ce savoir-là au patient. (ligne 231)
<p>Réhabilitation psychosociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Permettre de travailler en transversalité et en horizontalité entre les patients et les infirmiers ou les éducateurs spécialisés pour accompagner au mieux dans leur projet de rétablissement des atteints de déficience psychique. L'idée c'était que les professionnels partent du besoin identifié et des projets de vie de ces patients et qu'ensuite ils puissent aider et accompagner au mieux les patients dans leur devenir quel que soit le projet établi par le patient. Voilà. L'idée centrale était que le patient était au même niveau que le soignant et donc du coup, il s'agissait d'une véritable collaboration entre le patient et l'infirmier, c'est à dire que l'infirmier, lui, se mettait à disposition du patient pour l'accompagner dans toutes ses démarches, dans le montage aussi de son projet pour pouvoir l'accompagner au mieux dans son devenir. Après comment ça pouvait se manifester ? on travaillait à partir d'outils méthodologiques, avec des entretiens et puis des outils avec des questionnaires (ligne 26) <ul style="list-style-type: none"> Valoriser le patient au mieux et pour pouvoir lui permettre de se réapproprier son pouvoir d'agir (ligne 42) <ul style="list-style-type: none"> Même si, in fine, le parcours du patient s'arrête, même si, au décours du parcours, le patient décide de faire autrement ou bien parce que ses capacités restent limitées, ou bien parce qu'il a changé d'avis et que, au regard de l'avancée de son projet, on s'aperçoit que ce n'était pas tout à fait la bonne direction dans laquelle il fallait aller. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise solution. L'idée, c'est que le patient, lui, puisse se réhabiliter au mieux dans la vie sociale, après un passif, entre guillemets, en tant que patient. Je mets des guillemets parce qu'il reste une personne, mais après un passage et une rupture de parcours de vie traversés par la maladie. La personne est considérée comme un patient et là l'idée générale c'est de retrouver bien son identité de personne et de l'accompagner au mieux dans son devenir et dans son projet. Voilà, de façon générale, ce que je peux dire de ce que pouvaient pratiquer les soignants avec les patients. [...] le patient était toujours participatif à de nombreuses réunions et il décidait ou il demandait en tout cas à l'équipe

	<p>soignante de pouvoir être associé à tous les ateliers, à tous les projets au sein de l'unité de soins, en vue de son rétablissement. Le patient ou le soignant ne décident pas seuls, on décide ensemble des soins appropriés ou en tout cas des activités thérapeutiques appropriées pour le patient. (ligne 44)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je dirai 4. Je pense qu'il est extrêmement important qu'il y ait une alliance thérapeutique à un moment donné entre le patient et le soignant pour accompagner au mieux celui-ci dans son parcours de soins. (ligne 125) • Pour moi c'est extrêmement important que cette alliance existe pour pouvoir apporter une certaine qualité des soins (ligne 143) • Pour avoir vu aboutir des projets de réhabilitation psychosociale pour des patients sans la présence de ce professionnel-là, je dirais que l'émulsion collective, en tout cas des patients entre eux, accompagné par le support du projet thérapeutique, des outils thérapeutiques qui sont employés dans ce type de structure-là aident aussi à la réhabilitation psychosociale du patient. Le tout, c'est d'aller au rythme du patient. On est vraiment sur du projet individualisé et l'idée sous-tendue, c'est vraiment d'aller au rythme du patient. (ligne 234)
<p>Conduite de changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire mûrir la réflexion pour travailler sur les représentations. Très souvent, en réunion, je faisais travailler un petit peu les équipes sur les représentations qu'ils pouvaient avoir pour les pousser dans leur retranchement et puis dans leur réflexion, au sein de réunions. (ligne 86) • on ne peut pas accompagner des patients sans la présence, dans une équipe, de pair-aidants, parce que je pense que la progression des patients est beaucoup plus rapide quand il y a des gens qui savent parler le même langage et qui ont eu la même place qu'un patient à un moment donné dans leur parcours de vie. (ligne 96) • Pour pouvoir gérer ce type de résistance, il faut que le cadre soit quelqu'un d'expérimenté et qui doit être convaincu de l'importance de la mise en place ou de la mise en œuvre, un moment donné, d'un tel projet (ligne 103) • Être à l'écoute aussi des soignants, de leurs difficultés ou de leurs représentations (ligne 107) • Une capacité à avoir une vision globale des choses pour pouvoir au mieux driver l'équipe et faire des allers-retours avec eux (ligne 110) • Beaucoup de bienveillance (ligne 113) • On ne peut pas de toute façon imposer des choses, ça ne fonctionne pas. Ça crée des distorsions, ça crée de la frustration et ça ne fait pas avancer l'objectif. L'idée est de faire travailler en bonne entente les professionnels et les pair-aidants. Ce serait plutôt ça, de faire travailler ensemble, dans la bonne entente, pour que chacun respecte la place de l'autre et comprenne le sens de ce que peut apporter l'autre à un moment donné dans le travail, mais, toujours dans un intérêt commun. Il ne faut jamais perdre cet objectif, c'est la personne qui est au centre de la préoccupation primordiale et donc ce patient qu'on accompagne vers une phase de rétablissement et de réinsertion, qu'elle soit sociale, professionnelle ou dans son parcours de vie. (ligne 114) • façon régulière un échange avec les soignants (ligne 147) • au moment des transmissions orales, je pense qu'il est important de pouvoir aborder ce sujet-là et de l'introduire comme quelque chose de routinier. (ligne 149) • au moment des transmissions sur quelle est la place du soignant ? Quelle est la place du patient dans la pratique des soins au quotidien ? Je pense que le cadre doit être en capacité d'amener cette réflexion et qu'elle devienne quelque chose de quotidien (ligne 153) • dans l'écrit professionnel du soignant en prévision de l'accompagnement du projet de soins du patient (ligne 162) • presque un binôme soignant soigné, et surtout requestionner aussi la posture du professionnel. Je pense que c'est important de requestionner systématiquement la posture du soignant par rapport aux soigné pour éviter justement le sachant saché, le soignant qui sait tout, le soignant qui sait les choses et le soigné qui subit les choses. L'idée c'est toujours de coconstruire et que le patient soit coacteur de de la prise de décision et des soins qu'il a dans le quotidien, quand il est en unité de soins par exemple. (ligne 167) • de s'appuyer sur l'expérience des autres, de faire venir peut-être même des équipes de professionnels qui ont déjà mis en place ce genre de réflexion.[...] appuyer sur l'expérience de

	<p>services qui ont quelque part réussi à mettre en place, mais aussi peut-être des équipes qui ont mis en place ces choses-là et qui, à un moment donné, ont été obligés de s'arrêter et de différer le projet pour justement réfléchir un petit peu sur ce qui n'a pas fonctionné.[...] appuyer sur l'expérience de services qui ont quelque part réussi à mettre en place, mais aussi peut-être des équipes qui ont mis en place ces choses-là et qui, à un moment donné, ont été obligés de s'arrêter et de différer le projet pour justement réfléchir un petit peu sur ce qui n'a pas fonctionné. (ligne 191)</p> <ul style="list-style-type: none"> •
<p>Résistance au changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certains soignants partent du principe qu'ils sont soignants, donc une position haute, je dirais, par rapport aux soignés. Une certaine réticence à se dire que le patient a la capacité d'interagir ou de décider par lui-même. Quand la notion de pair-aidance avait été énoncée avec l'idée d'associer des patients rétablis et qui, aujourd'hui, sont réinsérés socialement ou professionnellement de pouvoir intégrer l'unité de soins. La réticence a été immédiate : « Que vient faire le pair aidant dans l'établissement ou dans l'hôpital de jour »[...]ça n'a pas pu se mettre en place d'emblée, l'équipe n'était pas encore suffisamment mûre pour travailler la place et la présence du pair-aidant en tant que professionnel.(ligne 64) • Je n'ai pas pu faire aboutir, en tant que cadre, parce qu'il n'y avait pas de portage institutionnel au sein de l'unité et même au sein de l'établissement. On parlait de la présence du pair-aidant de façon générale et de l'importance de pouvoir faire entrer un pair-aidant au sein des unités de soins, mais il n'y avait pas de volonté réelle institutionnelle de le mettre en place. Pour moi, ça c'était le véritable obstacle. Je pense que sans volonté institutionnelle, on ne peut pas mettre en place un pair aidant au sein d'une équipe de soins. (ligne 79) • aujourd'hui, la difficulté première pour un cadre serait dans la gestion du personnel et le turnover des professionnels (ligne 177) • on ne peut pas conduire ce projet si on a un turnover important. Si les équipes sont par exemple sur des horaires variables tout le temps, qu'ils sont présents que 2 jours dans le service, puis reviennent 3 ou 4 jours plus tard, ça sera beaucoup plus long à mettre en place. (ligne 180) • pour que ça puisse réussir, peut-être l'amorcer sur des services de soins où on a une équipe qui est stable, qui est motivée. Ça ne peut pas être dans un service où il y a beaucoup de turnover, où il y a beaucoup d'absentéisme et où il n'y a pas de volonté institutionnelle de le mettre en place.(ligne 184)

<p>Personne interrogée : Franck</p>	
<p>Pair-aidance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • J'ai plutôt supervisé. Voire autoriser ou valider (ligne 34) • Éducation thérapeutique [...] HDJ obésité (lignes 46 et 51) • On n'a pas vraiment de démarche au sein des services pour mettre en place des patients experts, il y a une démarche au sein de l'institution puisqu'on a des représentants des usagers qui sont très présents, on a beaucoup d'associations qui sont présentes sur le site, notamment parce qu'on a une file active de patients atteints de drépanocytose (ligne 62)

	<ul style="list-style-type: none"> en termes d'accueil ou de communication c'est assez catastrophique la manière dont on accueille le patient. Et je pense que ça part du principe que nos professionnels dans les hôpitaux ont le sentiment que la part l'hôpital leur appartient et que le malade est quasi un intrus. (ligne 213)
<p>Réhabilitation psychosociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il y a une forte demande des équipes paramédicales d'aller vers le projet ETP et IPA, qui sont des projets très valorisants. Et on va pouvoir mettre en œuvre toutes nos compétences et avoir une forme d'autonomie, d'indépendance vis-à-vis des équipes médicales. (ligne 77) je dis 5. Quand j'étais jeune cadre en réa, je me suis battu pour ouvrir les horaires de visite 24 h sur 24. Avec l'idée que le regard des proches était le meilleur indicateur qualité qu'on pouvait avoir (ligne 181) c'était de faire réfléchir l'équipe infirmière aide-soignante sur nous ne sommes pas que des gens qui agissent sur prescription, nous avons aussi un rôle propre et notre rôle propre est d'autant plus important vis-à-vis des proches et du patient que le patient est inconscient (ligne 187) Et je trouve que le partenariat avec le patient, c'est pour le soignant, c'est se confronter à la qualité de la prise en charge (ligne 195) Puis bon, faut être honnête hein, quand on a tous été un jour patients, on s'est dit Ouah là là, quelle catastrophe. (ligne 202) Enfin c'est totalement aberrant quoi, mais c'est un travail de « dingue » quoi... De rappeler aux gens qui font un peu d'humanité dans les rapports humains parce que ça commence comme ça, hein ? Enfin je veux dire le partenariat patient...C'est considéré que le patient. Il est acteur. Mais qui n'est pas non plus là par choix et qu'on doit l'accompagner, l'aider. Et puis par contre le jour, on va se trouver face à un patient acteur parce que chronique parce qu'habitué des hôpitaux, bah là on est en difficulté hein. Par ce que ce patient, là, il va être beaucoup moins docile et il va être beaucoup plus exigeant.(ligne 231) Après avoir un patient expert, moi, ça me plairait ça, ah ça me plairait vachement hein, mais après...Je me disais, est ce qu'un patient expert pourrait participer à un staff médical, ou une réunion de service ? Pourquoi pas hein ? À partir du moment où on respecte une certaine forme d'anonymat...sur un staff ça paraît compliqué mais il faut réfléchir à un mode de ...alors je pense que alors par exemple que moi d'où je suis, il faut qu'on implique les patients experts d'emblée dans les projets. Qu'il puisse nous dire si le projet a une véritable valeur ajoutée pour le patient par exemple (ligne 277) <p>Oui, moi je serai, je serai pour les patients experts, alors c'est toujours pareil. Y a plein de problèmes de mise en œuvre sur la disponibilité des patients expert sur la concordance des agendas...Ouais.. Non je bah je suis en train de me dire comment on pourrait les faire rentrer de manière plus fréquente, plus pérenne ...Et plus formalisée dans les services, il y a sans doute des choses à faire, mais là j'ai pas assez de connaissances de ... j'ai malheureusement pas de patients experts dans mon entourage qui me permettraient de me faire une idée (ligne 288)</p>
<p>Conduite de changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> on n'impose pas aux gens de faire de l'éducation thérapeutique, on n'impose pas aux patients de devenir patients experts. Ça reste des démarches à chaque fois volontaires et je pense que le travail du cadre c'est de favoriser l'émergence et la détection de ce volontariat et après d'aider à la mise en place (ligne 58) j'en ai quand même informé son chef de service et mon chef de pôle sur le fait qu'on avait un médecin qui était opposé (ligne 114) il va falloir accompagner en tout cas les plus réticents à comprendre que c'est dans l'intérêt du patient avant tout (ligne 128) Des compétences en communication, en négociation et surtout gardez l'indépendance vis-à-vis du corps médical et de toute hiérarchie médicale (ligne 138) j'essayais de faire comprendre aux équipes que nous sommes là pour nous adapter aux patients et que ce n'est pas aux patients de s'adapter à nous. (ligne 209) je dirais que c'est un cadre veut faire que ses équipes soient ouvertes au partenariat patient. La première des choses, c'est de réintroduire la notion d'hospitalité. C'est à dire que. Nous n'avons pas de pouvoir, nous ne sommes que les garants de la qualité des soins et nous ne sommes que locataires, (ligne 220) moi je regrette les cadres qui ne sont plus dans les chambres. On donne tellement de missions aux cadres qu'on l'éloigne des soins, qu'on l'éloigne des chambres, et malheureusement la connaissance de l'équipe et la connaissance des patients, c'est la première des nécessités pour un cadre et quand on n'est plus dans les chambres. Ce n'est plus possible, voilà..., si on ne connaît pas les patients, si on n'a pas de contact avec la famille, si on ne voit pas ses équipes à l'œuvre... C'est compliqué (ligne 239) je pense que le cadre doit lui-même être ouvert à la communication [...] je pense que le cadre doit lui-même être ouvert à la communication [...] Il faut bien connaître son équipe (ligne 250) Je ne suis pas sûr qu'il faille nécessairement un médecin dans le service qui soit partant, mais ça, ça aide quand même, ça aide quand même, mais... après, il y a les directions des soins,

	<p>les cadres experts, les cadres sup qui peuvent aider s'il y a un projet dans un service aussi (ligne 252)</p> <ul style="list-style-type: none"> Le cadre, il a aussi cette espèce d'obligation d'information. C'est à dire qu'il faut se tenir informé pour avoir connaissance de toutes ces expériences qui peuvent être mises en place à droite à gauche...Et puis ça peut aussi au cadre de voir, s'il y a un terreau favorable dans son équipe, dans son secteur (ligne 268) des patients experts dans des réunions types de staffs médicaux...va falloir se battre quelques dizaines d'années avant que nos médecins acceptent ça, mais bon, on est déjà en concurrence avec internet qui ne dit pas que des choses vraies, mais qui ne dit pas non plus que des bêtises. Alors si en plus on dit aux médecins le patient expert arrive dans le staff médical, ça risque de grogner un peu, mais ouais... moi je trouve qu'en termes de qualité et même de remise en cause de nos certitudes, ça serait pas mal.
Résistance au changement	<ul style="list-style-type: none"> Résistance à la mise en place de l'ETP plutôt médicale liée à la perte de pouvoir et vis-à-vis des patients et des soignants(ligne 72) une certaine forme de résistance qui n'est pas frontale, qui n'est jamais argumentée, mais qui est plutôt sous-jacente... insidieuse... Qui est beaucoup dans le non dit... et qui est très informelle de la part de certains médecins face à la formation IPA..., face à l'éducation thérapeutique (ligne 74) Mais j'observe que de temps en temps on a, on a des levées de boucliers... plutôt des équipes médicales d'ailleurs face à ce genre de projet, qui ne veulent pas perdre cette espèce de... de pouvoir informel qu'ils ont en permanence (ligne 81) on a 2 situations totalement opposées avec un vieux médecin Praticien Universitaire qui est favorable au projet d'ETP et IPA et un jeune Praticien Hospitalier qui rechigne (ligne 97) 1PU c'est quelqu'un qui fait de l'enseignement, qui fait de la recherche et qui est peut-être du coup plus enclin à aller vers ces nouveaux modèles de prise en charge et qui est peut-être plus dans les choses évoluent et donc j'accompagne. Et parce que confrontés à des étudiants jeunes aussi. Et on sait qu'actuellement, les externes et les internes ne se laissent plus traités comme leur père et que les médecins ont aussi été obligés d'évoluer vis-à-vis de leurs étudiants, (ligne 100) des patients experts dans des réunions types de staffs médicaux...va falloir se battre quelques dizaines d'années avant que nos médecins acceptent ça, mais bon, on est déjà en concurrence avec internet qui ne dit pas que des choses vraies, mais qui ne dit pas non plus que des bêtises. Alors si en plus on dit aux médecins le patient expert arrive dans le staff médical, ça risque de grogner un peu, mais ouais... moi je trouve qu'en termes de qualité et même de remise en cause de nos certitudes, ça serait pas mal (ligne 299)

Personne interrogée : Fiona	
Pair-aidance	<ul style="list-style-type: none"> chef de service, lui est très favorable à ce genre d'initiative, mais trouver un patient expert ou un pair-aidant, ce n'est pas forcément évident non plus. Il avait quelques patients intéressés, mais voilà ça va très vite dans les services aigus comme ça et honnêtement c'est un petit peu difficile, à mon sens de mettre en place. On n'est pas sur les secteurs de psychiatrie où on a du temps entre guillemets je e vous disais, on reçoit une quarantaine de patients en HDJ, ce n'est pas que pour diabétologie... c'est on va dire 18 suivis pour le diabète, 8 à 10 plaies du pied, des diabètes gestationnels. Enfin c'est ça va très vite et intégrer un patient expert que ça soit en hospitalisation conventionnelle ou autre, c'est vraiment compliqué dans cet atelier [...] il y a des patients qui expliquent à ceux qui ont des difficultés.
Réhabilitation psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> Mais c'est là toute la difficulté c'est d'avoir l'accord du patient dans...c'est qu'il adhère à son projet de soins... on est vraiment dans le partenariat patient soignant donc on ne va pas essayé de tout contrôler justement,
Conduite de changement	<ul style="list-style-type: none"> faut écouter le patient, voir quel est son besoin, évaluer son besoin. Et puis voir avec l'équipe quelle difficulté elle rencontre avec ce patient, un problème de communication identifier les besoins de chacun le soignant et le patient et puis essayer d'adapter au mieux les réponses à apporter aux patients. Mais enfin voilà aussi expliquer aux patients la réalité de la vie dans un service de soins. Parce que les patients ne se rendent pas toujours compte qu'une infirmière a autant de patients en charge et que c'est difficile pour elle de passer d'être exclusive à ses bons soins.

	<ul style="list-style-type: none"> • essayez de réexpliquer à tout le monde, et puis même aux soignants, hein, d'essayer de leur dire au moins d'aller vers la personne • le cadre est dans l'accompagnement • je ne sais pas pourquoi, c'est toujours le cadre qui doit mettre en place des actions parce que c'est aussi l'équipe qui est derrière. C'est la dynamique aussi avec le chef de service. Je veux dire, un cadre tout seul il ne peut rien faire. • En tant que cadre, je veux être dans l'accompagnement et pas être directive.
<p>Résistance au changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ça peut arriver qu'on ait des difficultés avec certains patients mais franchement dans la globalité on n'a pas de problème de relation avec nos patients. Ça se passe plutôt bien... • Les problématiques des cadres sont bien au-delà de tout ça • J'aimerais tellement me pencher sur plein d'autres choses que les problèmes de logistiques <p>Faut du personnel et...l'infirmière, c'est une denrée rare en ce moment hein ? c'est chronophage et frustrant,</p>

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@23-24

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

L'Intégration des pair-aidants : Enjeux, impacts et perspectives pour les cadres de santé

AUTEUR

Nabila TALEB

MOTS CLÉS

Cadre de santé, pair-aidance, réhabilitation psychosociale, conduite du changement, résistance au changement, collaboration soignant-patient, qualité de soins

KEY WORDS

Healthcare manager, peer-support, psychosocial rehabilitation, change management, resistance to change, healthcare provider-patient collaboration, healthcare quality.

RÉSUMÉ

Ce mémoire examine l'intégration des pair-aidants dans les équipes de soins, en soulignant leur importance pour les patients atteints de troubles sévères. Il explore les concepts de pair-aidance, réhabilitation psychosociale, conduite et résistance au changement, ainsi que l'impact des évolutions législatives sur les patients experts et les pair-aidants. À travers des entretiens avec des cadres de santé, une analyse qualitative a identifié leurs perceptions et réticences. Les résultats soulignent l'amélioration de la qualité des soins apportée par les pair-aidants, mais également les résistances au changement et les défis organisationnels et culturels, tels que la méconnaissance du rôle des pair-aidants, la crainte de perte de pouvoir des soignants et la peur du jugement des pair-aidants. La formation, la communication et la collaboration entre les acteurs sont essentiels pour améliorer la qualité des soins et intégrer les pair-aidants. En somme, l'analyse appelle à un changement de perspective pour une meilleure intégration des pair-aidants. L'étude propose des recommandations concrètes, telles que la nécessité de bien définir les rôles des pair-aidants, préparer les équipes en et assurer un soutien institutionnel pour maximiser les bénéfices de cette approche.

ABSTRACT

This study mainly focuses on integrating peer-supports in healthcare teams. The rising importance of peer-supports is emphasized for patients suffering from strong disorder. Concepts of social rehabilitation, empowerment, case management are explored, alongside to laws and regulations evolutions concerning peer-supports. Several healthcare executive interviews analysis (focusing on their feelings and hesitations) was conducted. The results show the improvement in healthcare quality brought by peer-supports, but also the significant change resistance and organizational and cultural challenges, such as the lack of understanding of the peer-supports' role and the fear of loss of authority among healthcare professionals. From the analysis, it appears that training, communication, and cooperation between different actors improve the overall healthcare quality and help peer-supports integration. In conclusion, analysis results underline changes to better integrate peer-supports in healthcare teams. The study also provides concrete recommendations, such as clearly defining the roles of peer-supports, preparing the teams in advance, and ensuring institutional support to maximize the benefits of this approach.