



Le partenariat entre acteurs de la santé :
constats, réflexions, compléments et propositions pour l'avenir

Alexandre Berkesse et Fabienne Ragain-Gire

26 février 2021

L'apport du « grand témoin »

Question : de quoi as-tu été le « témoin » pendant ces deux journées ?

Tensions associées :

- Présenter uniquement ce qui fait écho à mes questionnements et mes intérêts ?
- Des idées qui ne sont pas nécessairement soumises au questionnement / la remise en question et à la **délibération** ? (montée en généralité)
- Permet d'avancer plus loin (pertinent) mais parfois (plus) seul **vs.** encapacitation collective ?



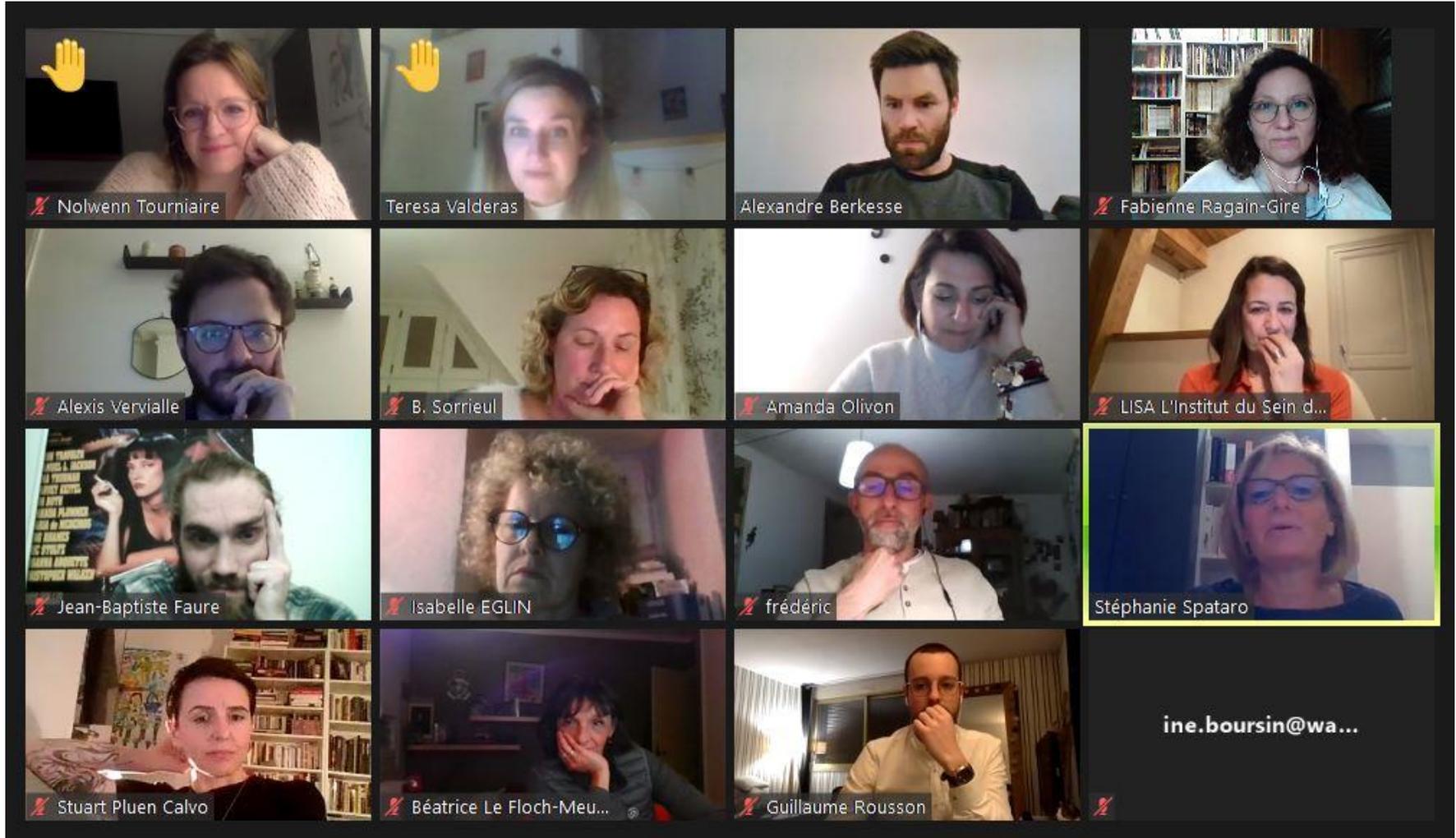
L'apport du « grand témoin » sur le chemin du partenariat

Question : de quoi avons-nous été les « témoins » pendant ces deux journées ?

Méthodologie de travail :

- 17 personnes impliquées (dont une dizaine de patients).
- Prise de note transversale et collective (Google Doc).
- Échange collectif jeudi soir (Zoom).
- Identification des principaux éléments desquels témoigner en priorité.
- Le tout présenté à travers les prismes de Fabienne et Alexandre.
 - ❖ Prochaine occasion : la section **converser** (*chat*) comme « témoin » ?





Et les contributions asynchrones de Pascale Lambrech, Pascal Jarno et Delphine Blanchard.



Pourquoi partir de l'expérience des « usagers » (patients comme professionnels) et des « tensions » au sein de l'écosystème de la santé ?



« Le patient avant d'être un problème doit être vu comme une solution ».

- Jean Michel BRUEL

« It's really helpful to respond to a person's "ineffective" behavior with curiosity rather than judgment. » - Devon Price

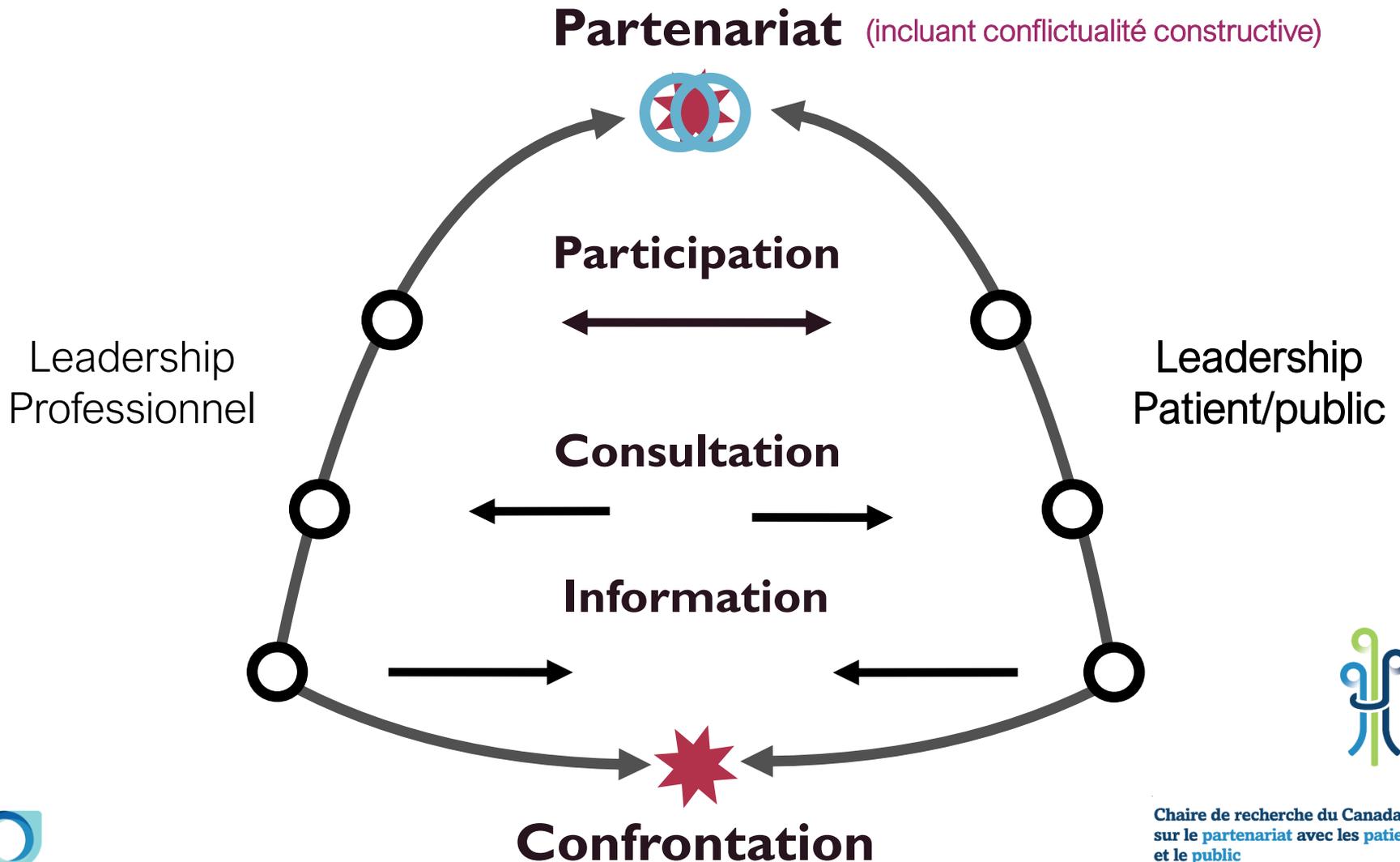


Nos principes d'analyse et notre éthique de travail

- Adopter une perspective **compréhensive** : pourquoi observons-nous tel ou tel comportement ? (vision systémique sur le degré d'engagement)
- Assumer l'existence de **rapports de pouvoirs** (en partie reliés aux **rapports de savoirs**) comme dans les autres mouvements d'émancipation (féminisme, racisme, etc.).
- Reconnaître que c'est une question **politique** : notre engagement à la démocratie en santé nous amène à reconnaître la nécessité de **questionner** la nature de **la délégation** et de **la répartition** des rôles du « prendre soin » (de soi, d'autrui).
- Être vigilants aux **injonctions individuelles** (moralisantes, épuisantes, etc.) dans une perspective systémique où les déterminants collectifs sont nombreux.



Un cadre de référence pour évaluer de quoi on parle



Les questions du « rapport » (à l'Autre, au Monde, etc.)

- Le « partenariat avec les patients » semble constituer un « **signifiant vide** » (Laclau) :
 - ❖ Permet la création de « **chaînes d'équivalence** » (« **c'est un terme fédérateur** »)
- Se recentrer sur **la relation** plutôt que se concentrer sur « le patient » : quelles sont les conditions pour « **entrer en relation** » ?
- S'ancrer dans une perspective **dialogique** : on peut être patient partenaire **ET** RU.
 - ❖ « **Patient... Expert... et en plus disposant de connaissances ou de diplômes... Ce n'est pas accepté chez moi pour l'instant. C'est OU... OU** » (*chat*).
- « **Éviter le témoignage affectif** » : changer nos rapports **aux affects** (actifs et passifs).
- Concevoir l'**autonomie** non pas dans une perspective libérale (indépendance) mais à partir d'une perspective systémique (**interdépendance**).



Le rapport à l'action (de notre culture ?)

- L'appel à une logique pragmatiste (**John Dewey**) :
 - ❖ Les problématiques organisationnelles sont devenues trop complexes (médiations, abstractions, nombre de personnes concernées, etc.) pour que des solutions « clés en main » y répondent.
 - ❖ Leur résolution repose sur **l'expérimentation**.
- « **Le partenariat ne se décrète pas** » : nous agissons en en faisant le pari !
- Identifier l'universel dans le particulier (modèle de Montréal) :
 - ❖ « **Un modèle n'est pas un moule** » : structure minimale CEPPP (livre blanc 2021).
- Comment accompagner les personnes et les organisations à s'approprier les principes du partenariat et à **apprendre de l'expérimentation** ? (soutien méthodo., RI, etc.)



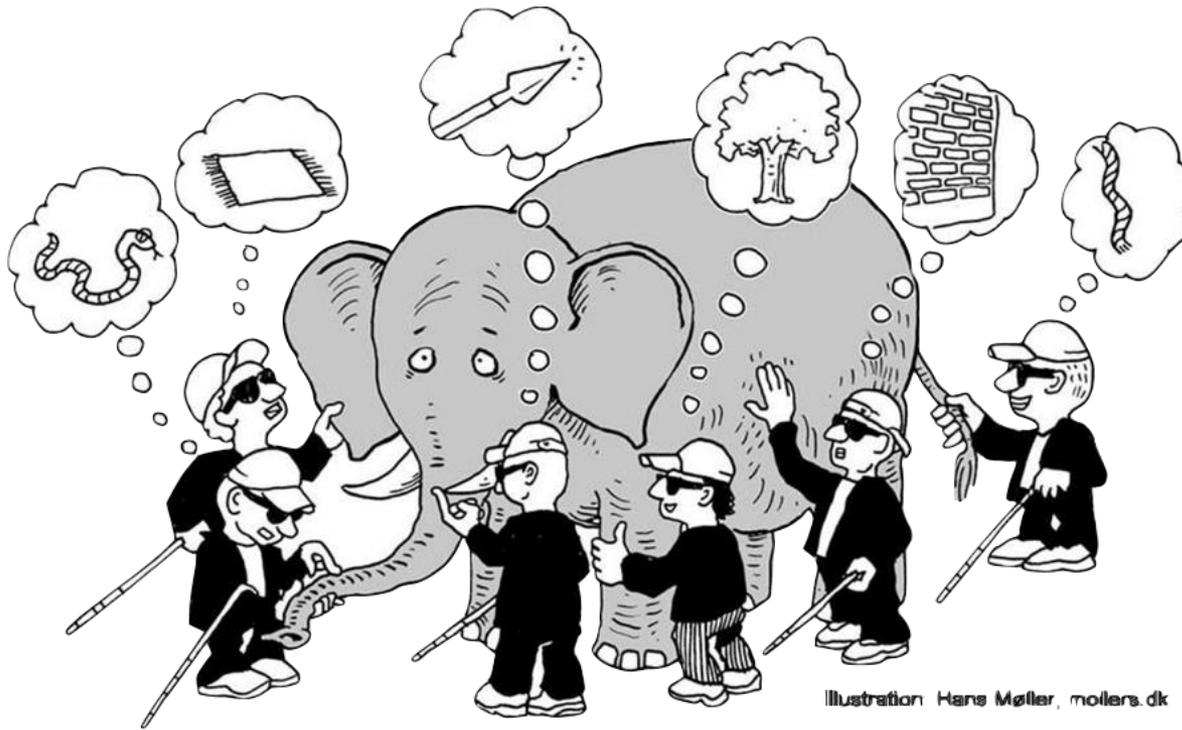
La nature des savoirs

- La nature, l'exclusivité, etc. des savoirs a été souvent source de questionnements et de désaccords.
 - ❖ Les savoirs des patients sont des savoir légitimes et crédibles : « Ils n'ont pas à être transformés ou être hybridés » (Vincent Dumez).
 - ❖ « Les professionnels aussi ont des savoirs expérientiels » : ce n'est donc pas le critère distinctif de l'action entre patients et professionnels de la santé, lequel est-il alors ? (là se situe le travail)
 - ❖ Quelle représentativité de ces savoirs ou compétences ?
- Tant qu'on ne caractérisera pas plus précisément à quels types de savoirs / compétences et rapports-au-monde on recherche lorsqu'on veut mobiliser des patients/usagers, la probabilité d'instrumentalisation sera toujours élevée.



La nature des savoirs

« Aucun de nous ne sait ce que nous savons **ensemble.** » (Euripide)



La nature des savoirs (pour exploration)

Savoirs expérientiels implicites	Savoirs expérientiels explicites	Savoirs situés	Savoirs théoriques	Savoirs experts
Pouvoir intra-personnel	Pouvoir interactionnel	Pouvoir épistémique ou socio-politique	Pouvoir cognitif	Pouvoir poïétique
Agir sur soi	Agir sur autrui pour soi Agir sur autrui pour lui	Agir sur les idées, le contexte	Agir sur les connaissances	Agir sur les choses (la technè)

Gross O. et Gagnayre R. « [Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leur pouvoir d'action : implications pour la formation médicale](#) », Revue Française de Pédagogie, 2019, n 201.



Le rapport au changement

- François H. s'il avait eu Héraclite (ou Spinoza) comme conseiller en comm. : « **le changement, c'est toujours maintenant !** »
 - ❖ Ce changement permanent : fruit de forces puissantes constamment en lutte.
 - ❖ Le nouveau : inconnu, non-prévisible, non-maîtrisable **MAIS AUSSI l'espoir.**
 - ❖ Le rythme : individuel, collectif, changeant, etc.

- Tendance face à l'incertitude :
 - ❖ Reprise de contrôle (nommer, catégoriser, former, planifier, etc.) ;
 - ❖ Intégrer (ingérer) / institutionnaliser en épuisant les pressions extérieures.

- Comment accompagner le développement de **cette disposition au changement** qui favorise **un rapport serein à l'expérimentation ?**



En prévision du 3^{ème} colloque international...

À la lumière de cette expérience, quelles propositions pour le prochain colloque :

- Une activité préalable permettant de développer des **bases de connaissances communes et minimales** (pour cheminer à partir du travail déjà réalisé et partagé) ?
- De partir d'une proposition de **définition du partenariat** (au minimum les degrés d'engagement, les niveaux d'engagement (micro, méso, macro), quelques mots clés...) ?
- Y intégrer des **espaces (virtuels) d'échanges** (de regards croisés, de respiration, etc.)
- Colloque avec des parcours en parallèle **selon les niveaux d'expériences** (ponctués de moments communs) ?



En prévision du 3^{ème} colloque international...

À la lumière de cette expérience, quelles propositions pour le prochain colloque :

- D'une **parité** entre patients et professionnels dans les interventions et le comité scientifique ? (illustré par l'asymétrie dans le degré d'interactivité dans le « chat »)
- D'une plus grand proportion de chercheurs qui travaillent **AVEC** les patients ?
- De constituer **une base de ressources** (lectures, vidéos, podcasts, etc.) en amont et complétée pendant.
- Partir du colloque avec **un sentiment de communauté** et des idées de **projets de partenariat** à faire émerger ou auxquels contribuer – **aujourd'hui, engageons-nous à mutualiser les apprentissages et opportunités de cheminer ensemble !**



