
Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "

Auteur : Glesner, Robin

Promoteur(s) : 12817

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en pratiques avancées en sciences infirmières

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/12837>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**LE PARTENARIAT DE SOINS EN PSYCHIATRIE : COMPRENDRE
LES ENJEUX DE SON IMPLÉMENTATION ENTRE L'INFIRMIER ET
LA PERSONNE HOSPITALISÉE**

Mémoire présenté par **Robin GLESNER**

en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Pratiques avancées en Sciences infirmières

Année académique 2020 - 2021

**LE PARTENARIAT DE SOINS EN PSYCHIATRIE : COMPRENDRE
LES ENJEUX DE SON IMPLÉMENTATION ENTRE L'INFIRMIER ET
LA PERSONNE HOSPITALISÉE**

Mémoire présenté par **Robin GLESNER**

en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Pratiques avancées en Sciences infirmières

Promoteur : **Quentin BULLENS**

Année académique 2020 - 2021

Remerciements

Je souhaite remercier mon promoteur, Monsieur Bullens, pour le temps et l'énergie qu'il m'a offerts dans la construction de ce mémoire. L'ensemble de nos échanges ont été pour moi l'occasion d'apprendre et de découvrir le monde de la recherche.

Je tiens à remercier mes professeurs de secondaires qui ont cru en moi en me faisant vivre l'indicible sentiment que c'était possible. Je remercie également les professeurs de la Haute École Robert Schuman (HERS) de Libramont pour la formation de qualité qui m'a été proposée lors du bachelier en soins infirmiers. Je tiens aussi à remercier mes professeurs de la Haute École de la Province de Namur (HEPN) pour avoir contribué à la poursuite de mes apprentissages lors du bachelier de spécialisation en santé mentale et psychiatrie. Ils m'ont permis de confirmer cette réelle passion pour les soins infirmiers en santé mentale. Merci aux professeurs du master en Sciences de la Santé Publique de m'avoir ouvert à de nouveaux horizons.

Un merci sans fin à mes parents qui, depuis le début de ma scolarité, m'ont soutenu afin que je puisse atteindre mes objectifs.

Pour terminer, un remerciement chaleureux à ma famille, à ma compagne Laurie et à mes proches pour leur écoute attentive et leur soutien lors de la réalisation de ce mémoire.

Table des matières

Préambule	1
1. Introduction.....	2
1.1. Modèle conceptuel	5
1.2. Question de recherche/objectifs	7
2. Matériel et méthode	8
2.1. Type d'étude	8
2.2. Population étudiée.....	9
2.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données	10
2.4. Organisation et planification de la collecte des données	11
2.6. Traitement des données et méthode d'analyse	12
2.7. Critères de qualité.....	13
2.8. Aspects réglementaires.....	14
3. Résultats	15
3.1. Dialectique entre théorie et pratique	15
3.2. Création de la confiance	18
3.3. Nécessitant de la disponibilité	23
3.4. Adaptation du partenariat à la personne soignée	26
3.5. Sentiment d'équité	29
4. Discussion	31
4.1. Forces et limites de l'étude	35
4.2. Les biais	35
4.3. Perspectives de recherche	36
5. Conclusion	36
Bibliographie.....	37
Annexes	41

Résumé

Introduction

Dans le but d'améliorer l'utilisation des soins de santé et l'état de santé des patients, le concept de partenariat a émergé et ne cesse de se développer. Il est question d'un nouveau mode de relation entre le soignant et la personne soignée afin de permettre au patient de s'engager et de devenir un partenaire de soins. Bien que le partenariat ait déjà fait l'objet de nombreuses publications, des questions subsistent sur sa mise en pratique dans des unités de psychiatrie.

Objectif

Identifier et articuler les propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en psychiatrie.

Matériel et méthode

La question de recherche a été explorée à l'aide d'une méthode qualitative, la théorisation ancrée. Par l'intermédiaire d'un échantillonnage théorique, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de personnes ayant une expérience en tant que patient ou infirmier au sein d'hôpitaux psychiatriques en Belgique francophone. Les entrevues ont été retranscrites manuellement en verbatim afin de permettre l'analyse et l'émergence d'une théorie.

Résultats

L'analyse a permis de découvrir cinq catégories et les propriétés qui s'y rapportent. La première catégorie illustre une représentation positive à l'égard du partenariat tout en ayant une scission entre la théorie et la pratique. Les quatre autres catégories permettent de comprendre comment implémenter le partenariat entre les infirmiers et les personnes hospitalisées dans une unité de psychiatrie. Ces catégories se nomment : création de la confiance, adaptation du partenariat à la personne, nécessitant de la disponibilité et sentiment d'équité.

Conclusion

Les résultats de cette recherche apportent des pistes concrètes en vue de mettre en place un partenariat de soins dans une unité de psychiatrie.

Mots-clés : partenariat patient, soins infirmiers, psychiatrie, recherche qualitative, théorisation ancrée

Abstract

Introduction

In an effort to improve the use of health care and the health status of patients, the concept of partnership has emerged and continues to develop. It is about a new way of relating between the caregiver and the care receiver to allow the patient to engage and become a partner in care. Although the concept of partnership has been widely published, questions remain about its implementation in psychiatric units.

Aim

To identify and articulate the properties of the implementation of the care partnership in the relationship between nurses and psychiatric patients.

Material and method

The research question was explored using a qualitative method, the grounded theory. Through theoretical sampling, semi-structured interviews were conducted with individuals who had an experience as patients or nurses in psychiatric hospitals in French-speaking Belgium. The interviews were manually transcribed in verbatim in order to allow analysis and the emergence of a theory.

Results

The analysis revealed five categories and their related properties. The first category illustrates a positive representation of partnership whilst differentiating between theory and practice. The other four categories provide an understanding of how to implement the partnership between nurses and patients in a psychiatric unit. These categories are: building trust, adaptation the partnership to the individual, requiring availability and a sense of equity.

Conclusion

The results of this research provide concrete guidelines for setting up a care partnership in a psychiatric unit.

Keywords : patient partnership, nursing care, psychiatry, qualitative research, grounded theory

Préambule

Étant passionné par la science infirmière, la lecture du modèle conceptuel « les soins infirmiers fondés sur les forces » a été une révélation. Dans cet ouvrage, Gottlieb questionne une vision du *caring* très proche de mes idéaux en tant que praticien de l'art infirmier. C'est à cela que je dois une partie de la construction de ma posture professionnelle. La notion de partenariat de collaboration, développé dans ce livre, n'est pas passée inaperçue. En effet, cette conception de la relation entre un patient et un infirmier¹ m'a semblé incontournable. Étant spécialisé en santé mentale et psychiatrie, mes courtes expériences sur le terrain clinique m'ont donné la conviction qu'il y avait quelque chose à développer dans ce domaine.

Dès qu'il a été question d'effectuer un choix quant au sujet de mémoire, le partenariat de soins s'est présenté à moi comme une évidence. Cette thématique est en lien avec les Sciences de la Santé publique et s'inscrit dans la finalité de Pratiques Avancées en Sciences Infirmières (PASI) (1). En effet, par sa contribution, un infirmier PASI vise l'amélioration et la professionnalisation de l'art infirmier (1). L'infirmier PASI soutient l'autogestion, l'autonomisation du patient et veille à promouvoir la continuité et la qualité des soins (1). Il « soutient également le patient et l'amène à atteindre une prise de décision partagée et favorise ainsi la participation active du patient [...] dans son processus de soins » (1) (p.7). Les éléments énumérés ci-dessus permettent de montrer le lien qui coexiste entre le sujet de ce mémoire et les compétences d'un infirmier PASI.

¹ « Infirmier » est utilisé comme épécène pour l'entièreté du mémoire

1. Introduction

Le modèle biomédical axé sur la maladie a été une révolution dans la pratique clinique (2,3). Cela lui a permis d'être le modèle dominant lors du 20^{ème} siècle (3). C'est dans ce contexte que la relation hiérarchique traditionnelle soignant-soigné s'est répandue dans les professions de l'aide, dont font partie les soins infirmiers (4). Il s'agit d'un modèle paternaliste où le professionnel de la santé assume le rôle de l'expert (4,5) qui détient le savoir, les connaissances et le pouvoir de traiter et de guérir la maladie (4–6). Le patient joue quant à lui un rôle passif dans la prise en charge de ses problèmes de santé (3,5). En effet, il est réservé au professionnel de la santé de définir les objectifs attendus, de choisir les interventions à réaliser et d'en évaluer les résultats (5). Ce dernier assume alors la responsabilité de la santé du patient (4).

Le modèle biomédical a souvent été critiqué (3) et a connu des signes de crise dans le courant des années 70 (2). Il lui a été reproché de ne pas prendre en compte l'expérience subjective des patients (2). L'approche paternaliste des professionnels de la santé ainsi que le pouvoir qui leur était attribué ont été contestés (6). En opposition au modèle biomédical, une approche centrée sur le patient a émergé (2), notamment « pour répondre aux critiques du public qui se disait insatisfait des soins [...] » (7) (p.18). Cette approche a permis, entre autres, la personnalisation des soins et des services de santé en prenant en considération les valeurs et le vécu des patients (8). « Cependant, malgré la contribution indiscutable et significative des approches centrées [sur le patient], force est de constater que beaucoup reste à faire pour que les équipes cliniques intègrent systématiquement dans leurs pratiques quotidiennes la participation active de leurs patients [...] » (8) (p.105). C'est à cette fin qu'une nouvelle approche va voir le jour en vue de poursuivre les objectifs de l'approche centrée sur le patient tout en y intégrant « un processus dynamique qui demande la participation active et l'accord de tous les partenaires » (4) (p.8) [notre traduction].

C'est dans la fin des années 1960 que le concept de partenariat entre le soignant et la personne soignée a émergé (3). La publication du rapport d'Alma-Ata (1978) par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a entraîné une utilisation de plus en plus fréquente de ce concept dans les discours en matière de santé (9–11). En effet, ce rapport sur les soins de santé primaires déclare que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé » (12) (p.3). Cette déclaration amène un

changement de philosophie : « [...] la population devient l'agent de sa propre santé, un partenaire [...], au même titre que les professionnels de la santé » (13) (p.37). La charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986) insiste également sur l'importance de « renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé » (14) (p.4). Cette charte souhaite aider les personnes à augmenter leurs aptitudes à réaliser des choix judicieux pour leur propre santé (14).

En 2006, une analyse de concept du partenariat a permis de rendre ce dernier plus mature et plus cohérent (15). Cette dernière a eu recours à la méthode d'analyse de Rodgers. Elle a identifié les attributs du partenariat, à savoir : la relation ; le partage de pouvoir ; la prise de décision partagée ; l'autonomie du patient ; le partage des connaissances ; la participation ; la communication et la compétence professionnelle (15). Il semble que la principale conséquence du partenariat est l'autonomisation du patient (*empowerment*), permettant alors une amélioration de l'autogestion, de l'utilisation des soins de santé et de l'état de santé du patient (15). C'est par la mise en exergue de la relation, de l'autonomie du patient et de la prise de décision partagée que le partenariat diffère de l'approche centrée sur le patient (15) (Annexe 1).

L'objectif du partenariat est de faciliter le développement d'un nouveau mode de relation entre la personne soignée et le prestataire de soins (16). Dans cette perspective, en 2015, le « *Montreal Model* » a été développé afin de faire du « patient un partenaire incontournable pour toutes les décisions qui le concernent [...] » (17) (p.41). L'amélioration de la santé physique, psychologique et du bien-être de la population est l'effet souhaité par la mise en place de ce modèle (17). Dans cette approche, le patient et sa famille peuvent s'engager dans un partenariat avec le professionnel à trois niveaux différents du système de santé (17,18). Ces niveaux sont : « la dispensation directe des soins », « l'organisation des services et la gouvernance dans les établissements de santé » ainsi que « l'élaboration des politiques de santé » (17) (p.43-45). Dans le cadre de ce mémoire et à des fins de faisabilité, seul le premier niveau, la dispensation directe des soins, sera développé. Ce niveau concerne la pratique clinique et vise à accompagner le patient « [...] dans le développement de ses capacités d'auto-gestion de sa santé » (17) (p.44).

Le modèle décrit ci-dessus a été développé au Canada. Afin de garantir la transférabilité du modèle à cette recherche (19), un modèle contextualisé sera développé ultérieurement. Contrairement à l'approche centrée sur le patient, le partenariat consiste à impliquer le patient

durant tout le temps de son parcours de soins « comme lors de son plan de soins, les décisions étant prises en fonction de ses savoirs, ses propres valeurs et ses objectifs de vie » (17) (p.44). Le partenariat inclut le patient dans l'équipe soignante en ce qui concerne la prise de décision, le partage d'informations, etc. (17).

L'importance accordée à l'autonomie du patient pourrait être interprétée comme une fuite de responsabilité de la part du professionnel (6). C'est pour cette raison que le partenariat ne peut avoir lieu que si le patient souhaite participer de manière active à ses soins (16,20). La mise en place d'un partenariat entre un soignant et un patient devra toujours être individualisée afin de répondre au besoin du patient (21). Le soignant doit être respecté pour ses connaissances et son expertise dans sa spécialité clinique, tout en reconnaissant que le patient est expert de sa vie et possède des connaissances uniques qui sont indispensables au processus de prise de décision et de planification de ses soins (4,16). D'après un avis d'experts publié en 2013 dans la revue scientifique « *the New England Journal of Medicine* », dans de nombreuses situations de santé, la prise de décision partagée permet de proposer des soins qui correspondent mieux aux préférences et aux valeurs du patient (22). Une recherche-action, réalisée en Irlande auprès de sept patients hémophiles, montre qu'une approche en partenariat peut améliorer l'accès et la qualité de l'information qui est donnée au patient par le soignant (11).

En Belgique, la loi relative aux droits du patient donne la possibilité de mettre en place le partenariat de soins dans la pratique clinique (23). En effet, cette loi insiste sur l'importance du respect de l'autonomie du patient, de lui offrir des soins de qualité et un droit à l'information afin qu'il puisse donner son consentement (23). Des experts, composés notamment d'infirmiers exerçant dans la recherche scientifique, se sont d'ailleurs intéressés au partenariat dans les domaines de la santé et de la profession infirmière en Belgique (24). En effet, il s'avère que « les patients souffrent de plus en plus de problèmes complexes de santé alliant maladie aiguë et chronique » (24) (p.17). De plus, les durées d'hospitalisation diminuent et les services de soins en ambulatoire se développent constamment (16,24). Face à ces changements, les professionnels de l'art infirmier doivent ajuster « leur façon de proposer des soins et d'être en relation avec les patients en leur permettant systématiquement de s'impliquer en tant que partenaires dans leurs soins » (24) (p.17). C'est dans cette optique qu'un accompagnement partenarial a été développé en Belgique pour favoriser l'autodétermination des patients en oncologie (25).

En ce qui concerne le secteur de la psychiatrie, un rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), publié en 2019, renseigne que « la prévalence des problèmes de santé mentale a augmenté substantiellement entre 2008 et 2013 » (26) (p.57) [notre traduction]. D'après l'OMS, cette augmentation des besoins en santé mentale représente un lourd fardeau pour les systèmes de santé (27). Ce secteur présente également un virage ambulatoire important visant, notamment, à rendre les hospitalisations les plus courtes possibles (28,29). Le contexte, ci-présent, semble donc tout à fait propice à la pratique du partenariat de soins en psychiatrie. Quant à elle, la littérature professionnelle relate des situations cliniques en unité de psychiatrie où le partenariat de soins est vraisemblablement possible (30,31). Des numéros de revues professionnelles sont quant à eux entièrement consacrés à l'approche en partenariat (32,33). Dans l'état actuel de nos connaissances, aucune recherche scientifique n'a étudié l'implémentation du partenariat de soins dans le secteur de la psychiatrie en Belgique.

Cependant, en 2016, un manuel des pratiques innovantes a été publié afin d'expliquer les réformes des soins en santé mentale en Belgique (28). Ce dernier indique un intérêt à inclure la participation des usagers et des proches. L'un des enjeux serait de permettre « l'adhésion des personnes au projet qui les concerne » (28) (p.35). Dans cette même logique, un rapport d'activité intitulé « projet de participation des usagers et des proches à la réforme des soins de santé mentale » a été publié en 2017 (34). Ce document met en exergue certains éléments tels que : le partage du pouvoir et le partage de la responsabilité « entre les professionnels, les usagers et les proches » (34) (p.8). Le rapport d'activité cité ci-dessus (34) fait référence à un guide à destination des professionnels de la santé mentale (35). Ce dernier questionne la notion de l'utilisateur comme un partenaire de soins en santé mentale. Il en ressort que la construction d'une relation de partenariat peut représenter une crainte pour les soignants en raison du changement de rôle qu'elle induit (35). Il conclut que la mise en place d'un partenariat dans le secteur de la santé mentale en Belgique peut trouver un intérêt ; notamment pour améliorer la communication, améliorer l'accès au dossier informatisé du patient et l'implication de ce dernier dans les prises de décisions (35).

1.1. Modèle conceptuel

La méthodologie de ce mémoire est soutenue par une démarche intellectuelle qui vise à acquérir des connaissances en se basant sur un modèle conceptuel (19). Le modèle qui soutient ce travail de fin d'études « [...] a été co-développé [en Belgique] par des professionnels infirmiers et des

patients partenaires » (24) (p.17). Cette conception infirmière, publiée en 2017, est intitulée : « Le modèle de partenariat humaniste en santé ». Ce dernier s'inspire d'autres conceptions infirmières et transdisciplinaires afin de proposer « une nouvelle déclinaison des concepts centraux de la discipline infirmière » (24) (p.17). Ce modèle conceptuel n'est pas une véritable théorie, car son niveau d'abstraction l'empêche d'être vérifié par la recherche (19). Même s'il n'a pas été validé empiriquement, il fournit tout de même un ensemble de notions philosophiques et une perspective générale pour étudier les phénomènes de cette recherche (19). Cette perspective va permettre d'orienter le but de la recherche, la méthode, le type de questions posées, l'interprétation des données, *etc.* (13,19). Le modèle conceptuel va donc servir de guide pour chaque phase de la recherche (19).

Le modèle de partenariat humaniste en santé s'inscrit « [...] dans l'évolution de notre société et de la pensée infirmière [...] et invite les professionnels et les patients partenaires à "aller ensemble vers" un futur co-construit qui s'inscrit dans le projet de vie du patient » (24) (p.17). Pour ce faire, ce modèle développe une démarche opérationnelle qui se fonde « sur la reconnaissance mutuelle des savoirs de chaque partenaire » (24) (p.22). Cela se déroule de manière continue et progressive via le dialogue et la réflexivité tout en s'inscrivant dans le projet de vie du patient (24).

La démarche opérationnelle du modèle comprend trois étapes (Annexe 2).

- La première étape consiste à **co-définir la situation de santé** du patient avec ce dernier (24). Pour ce faire, il est question de collecter le savoir expérientiel du patient (24). Il s'agit également de co-analyser et de co-interpréter les données avec le patient. Cette étape peut se faire via un entretien de santé en présence d'un infirmier, du patient et de son entourage (24).
- La seconde étape consiste en une **co-planification des soins et une co-action**. Il s'agit de déterminer avec le patient quelles sont les priorités de soins et les intervenants qui peuvent lui venir en aide. La mise en exergue des ressources et des forces est primordiale à cette étape (7,24).
- La dernière étape consiste à réaliser une **co-évaluation entre le patient partenaire de ses soins et l'équipe soignante**. Cette co-évaluation permet d'effectuer continuellement des ajustements en lien avec l'expérience des protagonistes dans la démarche (24).

1.2. Question de recherche/objectifs

Comme précisé, en l'état actuel nous n'avons pas connaissance d'études ayant questionné l'implémentation du partenariat de soins dans le secteur de la psychiatrie en Belgique. Il semble donc utile d'explorer d'une part la présence de celui-ci et, d'autre part, de comprendre les propriétés² d'une telle implémentation dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées.

Question de recherche :

« Quelles sont les propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en psychiatrie en Belgique francophone ? »

Objectif général :

La présente étude s'intéresse à l'approche en partenariat entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en psychiatrie en Belgique francophone. En dedans, le focus est mis sur l'implémentation de cette approche. L'objectif général est l'identification et l'articulation des propriétés de son implémentation. Pour ce faire, il est question de s'intéresser au vécu d'infirmiers et de patients ayant une expérience au sein d'hôpitaux psychiatriques.

Objectifs spécifiques :

Le fait de pouvoir identifier les propriétés qui permettent l'implémentation du partenariat permet d'aller plus loin qu'une constatation de l'absence ou de la présence de cette approche dans la pratique clinique en psychiatrie. En effet, l'objectif est de discuter les différents freins et leviers d'une telle implémentation dans la pratique clinique, pour savoir agir sur ces derniers. Étant donné la méthodologie de recherche utilisée dans ce mémoire, les objectifs spécifiques suivants sont attendus :

- Découvrir les représentations qu'ont les infirmiers qui exercent dans des hôpitaux psychiatriques sur le partenariat de soins ;
- Découvrir les représentations qu'ont les personnes hospitalisées ou ayant eu recours à une hospitalisation en psychiatrie sur la pratique du partenariat ;
- Établir ce qui montre que le partenariat est d'application ou non dans la pratique clinique ;
- Découvrir les leviers et les freins quant à l'implémentation d'une telle approche.

² Les propriétés sont les caractéristiques de l'expérience vécue par les personnes participantes à l'étude (36). Elles permettent de définir les catégories. Quant à elles, les catégories ne sont autres que les résultats de l'analyse du vécu des acteurs permettant la construction conceptuelle (36).

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une recherche qualitative qui en ayant recours à l'approche méthodologique de la théorisation ancrée, a pour but de décrire des phénomènes (19,36,37). De fait, une question de recherche qui vise à comprendre un phénomène est la caractéristique propre d'un devis de recherche qualitative (19).

Cette recherche qualitative est associée au paradigme interprétatif (19). En effet, il a été admis que les participants pouvaient avoir des représentations multiples de l'implémentation du partenariat et que ces dernières se construisaient sur base des perceptions individuelles (19). Il n'a donc pas été question de connaître les propriétés de l'implémentation du partenariat en tant que réalité universelle, mais plutôt d'élaborer une théorie ou une ébauche de théorie à partir des représentations qu'en avaient les participants (19,38).

Le processus de raisonnement est donc inductif (19). Pour comprendre les représentations qu'ont les acteurs de terrain sur le partenariat, la théorisation ancrée a commencé par la réalisation d'entretiens sur le terrain afin de permettre la construction d'une théorie (19). En ce sens, la théorisation ancrée est une méthode de recherche qualitative et non une théorie en elle-même (19,36). Le but n'est pas de se limiter à une simple documentation sur l'implémentation du partenariat, mais plutôt d'en comprendre le phénomène (38). Pour ce faire, il a été question d'établir des liens entre les différents concepts qui sont ressortis des entrevues réalisées auprès des acteurs (19).

En ce qui concerne la réalisation d'une revue de la littérature, les auteurs de méthodologie ont des avis divergents (19,36). Dans l'approche qualitative, et particulièrement dans la théorisation ancrée, certains auteurs recommandent une ignorance de la littérature scientifique avant de commencer leur étude. Ceci, afin de ne pas être influencé par les écrits antérieurs et ainsi augmenter la qualité des résultats obtenus (19,36). En respect du règlement des mémoires de l'ULiège, une recension des écrits a été effectuée au début de ce travail de fin d'études. La réalisation d'une revue de la littérature a permis d'aider à la cohérence du travail (36) et augmenter les chances de découvrir des résultats qui n'ont pas encore été connus dans d'autres recherches (38).

Dans l'approche méthodologique par théorisation ancrée, l'organisation de la recherche se fait en parallèle (19,36,38). Cette configuration est également connue sous le nom de devis émergent (19). C'est-à-dire que les différentes phases méthodologiques ne se sont pas faites de manière séquentielle, mais plutôt de manière simultanée (36,38). L'analyse a donc débuté dès la première collecte des données (36). Cela a permis d'effectuer des modifications tout au long de la recherche et ainsi représenter au mieux la réalité du terrain étudié (19). En effet, les questions posées aux personnes interviewées ont évolué lors de la progression de la recherche (19). « L'émergence dans ce contexte [a convié] le chercheur vers une approche réflexive et une remise en question constante » (19) (p.167).

2.2. Population étudiée

L'approche méthodologique de la théorisation ancrée utilise un échantillonnage théorique (19,38,39). Cela signifie qu'il n'a pas été question d'échantillonner une population, mais bien d'échantillonner des situations qui permettent de comprendre le phénomène étudié, ici : l'implémentation du partenariat (38). Bien évidemment, une manière d'obtenir les informations de ces situations s'est faite par la rencontre des personnes participant à l'étude (38). Pour ce faire, un échantillonnage par choix raisonné a été réalisé (19). En outre, la théorisation ancrée prévoit également d'utiliser des sources d'informations autres que les personnes participantes, comme : des documents, des sites internet, *etc.* (38).

Pour débiter la collecte des données, différents critères ont été définis afin d'identifier et de rencontrer des acteurs pertinents pour la recherche. Les premières collectes des données ont été réalisées auprès de trois infirmier(e)s qui exercent dans une unité hospitalière de psychiatrie en Belgique francophone. Au départ des pages internet de présentation des hôpitaux psychiatriques francophones, nous avons aperçu que certains hôpitaux nomment une approche centrée sur le patient, d'autres nomment une approche en partenariat avec le patient et d'autres ne nomment aucune approche. Le point de départ a donc été d'interviewer un infirmier(e) dans chacun de ces hôpitaux. Suite à l'analyse de ces entretiens, il a été question d'aller à la rencontre d'autres participants : deux patients membres d'une maison des usagers ; deux patients hospitalisés sous contrainte légale ; et, un infirmier exerçant dans une unité d'intensification chronique. Au total, huit personnes ont participé à cette recherche dont quatre infirmiers et quatre patients. Aucune personne contactée n'a refusé la participation à cette étude. Un tableau reprenant le profil des participants est disponible en annexe (Annexe 3).

Les critères d'exclusion étaient de :

- Ne pas maîtriser la langue française ;
- Refuser de signer le formulaire d'information à l'intention du participant, d'informations complémentaires et de consentement éclairé ;
- Refuser la réalisation d'un enregistrement audio à l'aide d'un Dictaphone ;
- Refuser l'utilisation des données collectées lors des entretiens.

Dans l'idéal, le processus d'une recherche par théorisation ancrée prend fin lorsque l'analyse théorisante arrive à saturation (19,38). Cette saturation est atteinte quand le jugement du chercheur estime que de nouvelles collectes des données ne permettront pas d'enrichir la conceptualisation et la théorisation des propriétés du sujet étudié (36,38). Autrement dit, la collecte des données est arrêtée quand le chercheur considère, au vu des données qu'il récolte, qu'il a fait le tour de la question (38). Pour des raisons de faisabilité, comme prévu dans le protocole de recherche, la collecte des données a été arrêtée indépendamment de ce qui se passe sur le terrain (36). En accord avec la littérature, nous avons décidé d'arrêter à huit entretiens, et ce, même si la saturation empirique n'a pas été atteinte (19,39).

2.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

En utilisant la méthode de théorisation ancrée, le chercheur a joué un rôle actif dans la recherche et a servi d'instrument pour collecter les données (19). Il a été question de réaliser des entrevues auprès des participants (19). Les entrevues étaient semi-dirigées afin de permettre d'aborder les différents thèmes prédéfinis avec les personnes interviewées (19). L'objectif était de comprendre la signification du phénomène étudié vécu par les participants de la recherche (19). Les paramètres étudiés étaient donc la compréhension des propriétés qui étaient explicitées verbalement lors des interviews. Pour ce faire, les entrevues ont fait l'objet d'un enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone (19). Ces enregistrements et les éventuelles notes prises pendant les entrevues ont constitué des comptes-rendus de terrain (36). L'intégralité des données récoltées et enregistrées lors des entrevues a été retranscrite manuellement en verbatim (19,36). Dans le cadre de ce mémoire, l'étudiant chercheur n'a délégué aucune tâche en ce qui concerne la préparation des entrevues, la réalisation de ces dernières sur le terrain et leurs retranscriptions. La réalisation de ces différentes tâches a permis de préparer l'analyse des données (36). Les paramètres étudiés dans cette recherche résultent de la compréhension des verbatims (19).

Pour faciliter la communication avec la personne interrogée, un guide d'entrevue a été réalisé (Annexe 4) (19). Ce dernier a été imprégné par le modèle conceptuel développé dans l'introduction de cette recherche (24). Étant donné que le concept de partenariat a un caractère polysémique (40,41), le guide d'entrevue a permis d'introduire auprès des participants le sens donné à cette terminologie.

L'analyse des données récoltées a suivi directement les entretiens (36). Au fur et à mesure de l'étude, des résultats temporaires ont émergé et ont abouti à de nouvelles questions (36). Ces dernières ont orienté les collectes des données suivantes afin de motiver de nouveaux retours vers le terrain (36,37). D'après Glaser et Strauss (1967), le fait de retourner à différentes reprises sur le terrain permet d'améliorer la compréhension du phénomène et d'« ajuster » la théorie émergente (37). C'est à cette fin que le guide d'entretien n'a pas été le même durant toute la collecte des données. Les questions n'ont jamais été posées deux fois de la même manière (36). En effet, les nouvelles collectes ont été constamment influencées par l'analyse des données récoltées antérieurement. Afin de veiller à la clarté des questions et d'augmenter la familiarisation du chercheur avec le guide d'entrevue de départ, ce dernier a été testé au préalable auprès d'une infirmière volontaire.

2.4. Organisation et planification de la collecte des données

Un contact a été pris avec les directeurs des départements infirmiers représentant les hôpitaux psychiatriques sélectionnés pour la recherche (Annexe 5). Ces derniers ont été informés sur le projet de l'étude, le profil des personnes recherchées pour participer, ainsi que les ressources à mobiliser (19). Il en a été de même avec la responsable d'une maison des usagers (Annexe 6). Ils ont été invités à proposer des participants au sein de leur établissement. Ensuite, les personnes choisies ont été contactées par téléphone afin d'établir un premier contact. Cet appel téléphonique avait également pour objectif de créer un climat de confiance et d'augmenter la motivation des participants (19). La durée moyenne d'un entretien était de 50 minutes. En raison des mesures sanitaires en vigueur et des souhaits des participants, les entretiens se sont déroulés soit sous la forme de visioconférence, d'appel téléphonique ou de rencontre en présentiel (Annexe 3). Étant donné que la collecte des données a été réalisée en parallèle de l'analyse, le temps imparti pour la récolte des données s'est étendu du 26 novembre 2020 au 27 avril 2021.

2.6. Traitement des données et méthode d'analyse

La première partie du processus d'analyse des données se nomme « *le codage des données et l'élaboration de catégories* » (19). En ce qui concerne cette partie, c'est la méthode décrite par Strauss et Corbin et notamment opérationnalisée par Lejeune, qui a été utilisée (19,36). Cette méthode se déroule en trois niveaux de codage et offre l'avantage d'être plus structurée que d'autres méthodes utilisées (19). Ces trois niveaux se nomment :

- *Le codage ouvert* : ce premier niveau représente le tout début de l'analyse (19). Au départ des retranscriptions d'entrevues, il est question d'en faire ressortir un maximum de concepts et de catégories (19). C'est-à-dire, identifier ce qui caractérise l'implémentation du partenariat de soins (36). Pour ce faire, il s'est agi de surligner dans les retranscriptions d'entretiens, tous les évènements significatifs et d'inscrire dans la marge le nom des concepts ou des thèmes qui se rapporte à ces derniers (19,36). Le codage ouvert a permis d'appliquer soit des codes qualifiés *in vivo* en reprenant les mots des participants ou bien d'appliquer des codes formulés à partir des propres mots du chercheur (19,36,38). Afin de créer le premier niveau de conceptualisation, une grille de codages ouverts a été construite (19). Les codages ouverts y ont été regroupés sous des catégories plus abstraites (19).
- *Le codage axial* : il débute à partir du niveau précédent et permet de mettre en relation les différentes catégories qui ont été identifiées dans la grille de codage (19).
- *Le codage sélectif* : il s'agit d'intégrer « des relations entre la catégorie principale et les autres catégories » et de vérifier ces relations (19).

La seconde partie du processus consiste en « *l'analyse par comparaison constante* » (19). Cette partie est intéressante pour comparer les données recueillies à celles qui l'ont déjà été dans d'autres entrevues (19). Cela permet de caractériser les catégories et d'en dégager les tendances (19). De cette manière, « [...] le pouvoir explicatif des catégories [est renforcé] en vue de la théorisation » (19) (p.373).

La troisième partie du processus d'analyse résulte de « *l'échantillonnage théorique* » (19). Cela signifie qu'il est question de rechercher toutes les données pertinentes afin d'élaborer et de développer la théorie (19,37,38). L'objectif est de pouvoir correctement établir « [...] les catégories, leurs propriétés et leurs dimensions » (19) (p.373). La réalisation d'un échantillonnage théorique est indispensable pour réaliser la partie suivante (37).

Quant à elle, la quatrième partie du processus d'analyse se fonde sur « la découverte de la catégorie centrale » (19). Cette dernière est le phénomène central de la théorie (19,37). Elle se caractérise donc par sa capacité d'être liée aux autres catégories découvertes (19). De sorte, il devient possible de produire un schéma explicatif du phénomène à l'étude (19).

La cinquième et dernière partie est « l'élaboration de la théorie » (19). Les catégories obtenues obtiennent un certain niveau d'abstraction qui permet la théorisation (19). La théorisation va « [...] mettre en évidence les relations entre les concepts et les liens entre les catégories [...] » permettant alors de montrer les processus clés de l'implémentation du partenariat de soins (19) (p.373).

Comme le veut la méthode par théorisation ancrée, un journal de bord et un carnet de schématisation ont été utilisés durant la recherche. Le journal de bord a permis de recueillir le « cheminement et les résultats intermédiaires produits » (36) (p.32). En effet, des comptes-rendus de terrain et d'analyse y ont été répertoriés à tout moment lors du processus de recherche. Certains extraits de ce journal sont disponibles dans la partie « résultats » de ce mémoire. Quant à lui, le carnet de schématisation a permis de créer différents diagrammes évolutifs montrant les liens entre les étiquettes, les propriétés et les catégories (36). Le schéma final est disponible à la suite de cette étude. La conservation de ce journal et de ce carnet illustre le lien entre les ancrages de terrain et la théorie émergente (36). Cela permet de garantir la validité et la répliquabilité de la démarche (36).

2.7. Critères de qualité

Des critères de réflexivité, de transférabilité et de crédibilité ont été utilisés afin de garantir une rigueur et une authenticité à cette recherche qualitative (19).

En ce qui concerne la réflexivité (42), le choix d'étudier cette thématique n'a pas été fait au hasard par le chercheur. Il s'avère que ce flou théorique, sur le sujet mis à l'étude, a été une motivation pour l'enquêteur. Ce dernier a réalisé un travail de prise de distance par rapport au sujet étudié en réalisant une liste de ses préconceptions afin de ne pas projeter ses propres représentations sur la recherche. De sorte, toute confusion a été évitée entre les connaissances intuitives que le chercheur possédait et les données qui ont été collectées lors des entrevues (42). Le journal de bord a également eu un rôle crucial dans cette démarche. En effet, comme

conseillé dans le manuel d'analyse qualitative (36), les comptes-rendus de terrain ont été dépositaires d'étonnements, d'impressions, de déceptions, etc. Cela a permis au chercheur d'être conscient de ses jugements et de ses attentes implicites (36). De cette manière, la réflexivité a été maintenue durant tout le processus de la recherche (36,42).

Le critère de la transférabilité fait référence aux contextes dans lesquels les résultats peuvent être appliqués (19, 42). En effet, les résultats d'une recherche qualitative ne peuvent pas être universellement transférables (42). L'échantillonnage théorique utilisé dans cette recherche a permis d'identifier des situations hétérogènes (36). De ce fait, le profil des participants a été assez diversifié (Annexe 3). Cela permet une transférabilité des résultats de cette recherche dans un contexte similaire à cette dernière (42).

Le dernier critère, la crédibilité, permet de s'assurer que « la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée » (19) (p.377). Pour ce faire, la triangulation a été utilisée via des échanges réguliers entre l'étudiant et son promoteur. En effet, le fait de collaborer avec un chercheur expérimenté a permis de s'assurer de la validité des conclusions émises sur base des ancrages de terrain (19). De plus, grâce à l'échantillonnage théorique, il a toujours été question de chercher des « contrexplifications » (*sic*) aux données apparaissant comme plausibles afin de « s'assurer des conclusions tirées » (19) (p.377).

2.8. Aspects réglementaires

Comité d'éthique

Bien que le vécu des acteurs puisse toucher à des sujets sensibles, cette étude ne résulte pas d'une expérimentation sur la personne humaine. Après validation du protocole de cette recherche et en vue d'une éventuelle publication, une demande a été soumise et acceptée (Annexe 7 et 8) par le Collège des Enseignants et par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (Annexe 9).

Vie privée et protection des données

Les protagonistes de cette recherche certifient qu'aucune information ne sera divulguée sur les participants. Pour ce faire, un numéro d'identification personnel a été assigné à chaque participant afin d'anonymiser les données dès la phase de retranscription des entretiens. Une liste reprenant le numéro d'identification personnel, le nom et le prénom des participants et un moyen de contact a été créée. Cette dernière est gardée séparément des retranscriptions

d'entrevues et n'est accessible qu'à l'étudiant chercheur. À la fin de cette recherche, la liste sera détruite. De plus, le chercheur est tenu de respecter le secret professionnel ainsi que le devoir de discrétion. Ce mémoire s'engage à respecter le Règlement Général sur la Protection des Données et certifie qu'aucune donnée inutile ne sera collectée auprès des personnes participant à la recherche. Les enregistrements audio réalisés lors des entrevues seront supprimés à la fin de ce travail de fin d'études. En aucun cas, l'étudiant chercheur ne se permettra de conserver les fichiers audio au-delà du temps imparti pour la réalisation de son mémoire.

Information et consentement

Dès le premier contact téléphonique, les participants ont été informés sur les objectifs poursuivis par la recherche ainsi que sur ce qui est attendu de leur participation. Les personnes participantes ont été invitées à prendre connaissance d'un formulaire de consentement afin de donner leur accord quant à la participation à cette recherche (annexe 10). Ils ont aussi été informés qu'il n'y aurait aucun impact pour eux s'ils refusent de participer ou s'ils enlevaient leur consentement.

3. Résultats

L'analyse par théorisation ancrée a permis de construire cinq catégories, chacune définie par ses caractéristiques : les propriétés. La première catégorie illustre le contexte dans lequel il est question d'implémenter le partenariat de soins. Les quatre autres catégories forment un tout unifié, permettant de comprendre comment mettre le partenariat de soins en pratique.

3.1. Dialectique entre théorie et pratique

Cette catégorie reprend la considération des participants à l'égard du partenariat de soins et de son implémentation en pratique. Lors de la collecte des données, aucun interviewé n'a présenté un avis défavorable à l'égard du partenariat de soins.

Une première propriété montre que le partenariat est considéré comme essentiel. En effet, il y a un réel intérêt quant à l'implémentation d'un partenariat de soins entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en psychiatrie.

◆ *Patient (P5) : Oui, [la relation en partenariat] c'est très important pour notre suivi psychologique. Moi je pense que s'ils n'avaient pas été comme ils ont été avec nous, je pense que je n'en serais pas encore où j'en suis maintenant. Donc sur la voie de la guérison.*

Au contraire et apparaissant en parallèle de l'intérêt accordé au concept de partenariat de soins, il existe une réelle scission entre la théorie et la pratique. Cette deuxième propriété montre que

le concept de partenariat peut sembler bien théorique et donc, compliqué à mettre en place en pratique.

◆ *Infirmier (P1) [répondant à la question sur l'importance du partenariat] : Ah ! Bien, pour moi, c'est capital... parce que, maintenant, je ne dis pas que je vais utiliser des concepts théoriques... euh... pour favoriser ce concept en partenariat.*

◆ *Infirmière (P2) [répondant à cette même question] : Donc voilà, je pense que pour moi, pour une bonne prise en charge, en tout cas, individualisée et complète, c'est important, c'est même essentiel... je pense. Maintenant, c'est en théorie, en théorie, c'est le mieux, mais en pratique... comme je te dis, le temps. Le temps joue contre nous.*

Ces derniers verbatims expliquent cette difficulté d'implémenter le partenariat en pratique par la présence d'un premier frein : le manque de temps. Lors de l'analyse, deux grands freins ont été identifiés : (a) le manque de temps et (b) le manque de formation.

A. Le manque de temps

Aussi prévisible qu'il soit, le manque de temps empêche la création du partenariat.

◆ *Infirmier (P7) : Maintenant, c'est vrai qu'il y a des choses qui font que l'on peut manquer de temps auprès des patients. Et donc forcément, si on manque de temps au niveau des patients, la qualité de la relation est moins bonne.*

À des fins d'analyse, il a été question de comprendre ce qu'est le manque de temps. En effet, quelles sont les contraintes qui permettent d'expliquer ce manque de temps ? Une des contraintes provient du type d'unité de soins (chronique/aigu). Il s'agit d'une conception que les services de soins chroniques sont plus adéquats pour implémenter le partenariat étant donné que les hospitalisations y sont plus longues et souvent répétées. Voici un exemple illustratif :

◆ *Infirmière (P3) [exerçant dans une unité chronique] : Dans l'aigu, il n'y a pas moyen de faire grand-chose [...]. Il faut vite traiter les symptômes, vite remettre un état normal au niveau psychique, non, non. Dans le chronique, oui, oui.*

Notons qu'il pourrait s'agir d'un *a priori* rapide. L'expérience d'un infirmier montre qu'il est possible d'implémenter le partenariat dans une unité de psychiatrie aiguë.

◆ *Infirmier (P7) : En ayant travaillé en aigu [...] les hospitalisations sont peut-être plus courtes dans la durée, mais il est tout à fait possible d'obtenir un partenariat avec le patient hospitalisé dans un service aigu [...]. Même sur une courte période en fait, hein.*

Nous pouvons comprendre qu'indépendamment de la typologie des soins (aigu ou chronique), le partenariat peut quand même être mis en application.

Le manque de temps ne serait donc pas lié à la durée de l'hospitalisation, mais plutôt au temps dont dispose le soignant pour créer le partenariat. Dans ce sens, une autre contrainte a été soulevée, celle d'un manque de personnel.

- ◆ *Infirmier (P1) : Donc, il y a cette contrainte-là, on devrait être au moins un infirmier en plus dans notre petite équipe parce qu'on n'est que deux.*
- ◆ *Patient (P4) : Donc j'ai eu des grosses déceptions... déjà. Je pense par le manque de personnel. Ça, c'était flagrant. [...] ils passaient autour de nous, mais ils n'avaient pas l'air de s'occuper de nous quoi.*

En résumé, ce frein semble ne pas être en lien avec le type d'unité (aiguë/chronique) et la durée des hospitalisations. Le manque de temps serait dû à la difficulté des soignants à être en relation avec les patients pour créer le partenariat. D'autres contraintes, permettant d'expliquer ce frein, seront développées de manière plus approfondie dans la partie 3.3 des résultats.

B. Le manque de formation

Il s'agit ici d'un deuxième frein expliquant cette difficulté d'implémenter le partenariat sur le terrain. Un manque de formation peut être ressenti par des infirmiers.

- ◆ *Infirmier (P1) : Un autre point, c'est que je pense qu'il y a un réel manque de formation. Il y a un manque de formation au niveau du personnel.*
- ◆ *Infirmière (P3) [parlant du manque de formation] : Pour moi, ça manque beaucoup ça, oui. On est un peu laissé à nous même.*

Ici, le partenariat semble difficilement applicable par manque de fondement théorique ressenti par certains infirmiers.

- ◆ *Infirmier (P7) : Je ne saisisais pas forcément ce que vous vouliez dire par partenariat [...]. Maintenant que vous l'expliquez, je le comprends, je le comprends mieux.*

Nous comprenons qu'un besoin de formation se fait ressentir du côté des soignants pour comprendre comment créer la relation partenariale avec les patients.

Tout en considérant cette catégorie sur la dialectique entre théorie et pratique, quatre autres catégories ont émergé de l'analyse. Ces dernières sont : création de la confiance, nécessitant de la disponibilité, adaptation du partenariat à la personne et sentiment d'équité. Elles sont reprises sous la forme d'un schéma appelé « triangle de l'implémentation du partenariat » (Schéma 1). Cette schématisation permet de comprendre comment envisager l'implémentation du partenariat de soins entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en psychiatrie.

Le triangle de l'implémentation du partenariat forme un tout interrelié. C'est-à-dire que les quatre catégories qui composent le triangle doivent exister pour pouvoir implémenter le partenariat dans la pratique. Chaque catégorie ayant les mêmes dimensions montre que chacune d'entre elles est indispensable et qu'elles ont la même importance afin d'implémenter le partenariat de soins.

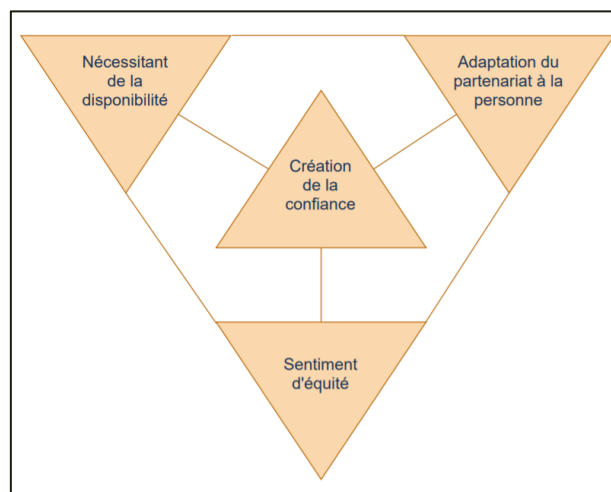


Schéma 1 : Triangle de l'implémentation du partenariat

3.2. Création de la confiance

La création de la confiance est une catégorie qui se trouve en position centrale du triangle de l'implémentation. Cela montre qu'elle est un préalable à l'implémentation du partenariat.

- ◆ *Infirmier (P1) : Rien que ça, le fait de pouvoir mettre en confiance... la confiance, c'est pour moi quelque chose qui est primordial. C'est vraiment la base du partenariat, la base du soin, la base de l'accompagnement.*

Si la relation de confiance n'a pas été créée entre les partenaires, il sera compliqué d'implémenter le partenariat.

- ◆ *Patient (P8) [expliquant ce qui a manqué pour que le partenariat existe] : Eh bien, la confiance entre le patient et l'infirmier qu'il n'y a pas.*

Savoir qu'il faut créer la confiance est une chose, savoir comment créer la confiance en est une autre. À cette fin, quatre propriétés ont été mises en exergue : (a) l'importance d'un accueil constant, (b) l'identification et la déconstruction des préjugés du patient, (c) la nécessité d'une attitude non jugeante et (d) le pouvoir des moments informels.

A. L'importance d'un accueil constant

L'accueil du patient semble en effet être l'un des premiers instants où il est possible de construire une relation de confiance avec le patient.

- ◆ *Infirmier (P1) : Pour moi, le premier contact, c'est vraiment le plus important pour mettre le patient en confiance. Et.... Et voilà. Essayer vraiment de comprendre ses objectifs, arriver avec une certaine empathie sans être moralisateur.*

◆ *Patient (P5) : Déjà ça, parce que moi, je suis quelqu'un qui... avant d'accorder ma confiance il faut que je connaisse un peu les gens [...] et ici ils m'ont tout de suite mis à l'aise.*

L'accueil doit donc être réalisé dès que possible. Sa qualité dépend des habiletés du soignant à être, par exemple, empathique et non moralisateur. Afin de faciliter l'accueil, la présence d'une personne de liaison semble montrer son intérêt. Il s'agit d'un soignant présent à la fois lors de la première rencontre avec le patient et lors de son entrée dans l'institution de soins.

◆ *Infirmier (P1) : Euh, et donc voilà, comme on va être la première personne qui va s'adresser au patient, on va l'accueillir à l'entretien de préadmission et on va l'accueillir également en hospitalisation. Et donc déjà, un patient aura un repère. [...]. Et donc, si on peut rassurer le patient, ça permet [...] d'instaurer directement cette relation, cette collaboration.*

◆ *Patient (P4) : Je pense que généralement on demande aux entrants de téléphoner à une heure précise pour le premier contact. Eh bien, je pense que la personne qui répond à mon appel devrait déjà être la personne qui va me prendre, prendre le patient en charge. [...] comme ça, quand j'arrive, j'ai déjà une voix. [...] quand on entre dans un centre ou dans un hôpital, on ne va pas bien et même une voix c'est un cadeau quoi.*

À ce stade, l'accueil montre son importance afin de créer une relation de confiance entre les partenaires. À l'inverse, un accueil qui ne se déroule pas bien peut avoir des répercussions négatives sur le patient.

◆ *Patient (P4) : Ce sont vraiment des petites choses pour euh... l'accueil ne s'est jamais bien réalisé quoi ! Ça aurait été chouette d'avoir une infirmière, un infirmier qui dise : « Ah, eh bien, je t'attendais, viens ». Mais non, il n'y a personne. Il n'y a personne !!! Il n'y avait personne à cette époque-là. Il n'y avait personne !*

◆ *Patient (P6) : Les accueils, je les ressens, oui. Mais une fois que vous êtes habitués dans la clinique, ce n'est plus du tout la même chose. Vous sentez, en tout cas moi du côté ici, « allez, elle est connue ici, elle connaît comment ça fonctionne », on bâcle un peu quoi... [...] ils ne prennent plus le temps... en tout cas moi, on ne prend plus le temps du tout de m'expliquer.*

Nous comprenons que l'accueil doit se faire autant pour les primo-hospitalisations que pour les hospitalisations répétées. Ce dernier doit donc être envisagé de manière constante, c'est-à-dire, dès que le patient pourrait en ressentir le besoin. De plus, il semble que l'accueil puisse se faire via l'explication des règles donnant l'impression que le patient a plus de devoirs que de droits. La personne soignée peut alors ressentir l'entrée dans l'institution comme une déperdition de sa liberté.

- ◆ *Patient (P4) : On est reçu, on vous montre le lit et puis vous ne pouvez pas sortir. En fait, on vous dit tout de suite ce que vous ne pouvez pas faire. C'est comme si on entrait en prison.*
- ◆ *Patiente (P6) : Voilà, on vous montre votre chambre pour mettre votre valise et puis bon... on insiste surtout pour que vous rendiez vos médicaments si vous en avez... et si vous avez des choses que vous ne pouvez pas avoir en chambre. Ça, on insiste bien. Par contre, réexpliquer, faire le tour, réexpliquer... « Allez ici, il y a encore les repas, ici, voilà les horaires », ou ils ont changé ou ci ou ça... ça, non...*

💡 Note du journal de bord du 19/03/21 à propos de l'entretien du 05/03/21.

Est-ce que l'accueil dans une institution, c'est donner les interdits ? Lors de l'accueil, serait-il possible de montrer à la personne la liberté qu'elle a dans son potentiel de guérison ?

- ◆ *Infirmier (P1) [parlant de l'accueil] : J'essaie d'observer le patient dans son état actuel pour pouvoir avoir cette relation de confiance, ne pas être le gars qui sait tout [...] vraiment essayer que ce soit le patient qui m'explique comment lui il vit les choses [...]. [...] je fais déjà l'entretien dans la chambre, là où le patient va être accueilli. C'est le seul moyen d'avoir un endroit calme, où on peut se poser et où on peut prendre le temps sans être trop trop dérangé. [...]. Parce que sinon, on est trop distant par rapport au patient [...]. Donc voilà, à partir du moment où le patient ne se sent pas écouté et ne se dévoile pas et bien il ne va pas se sentir impliqué. Il va attendre beaucoup de nous, on va présenter le règlement, on va présenter des choses très précises, très faciles, le fonctionnement. Et voilà ! Mais par rapport à ses difficultés, à ce que lui va pouvoir attendre de l'hospitalisation ça va être abrégé. Donc moi, je termine toujours par ces étapes-là.*

Nous retiendrons que l'accueil du patient est un élément essentiel afin de créer une relation de confiance. Pour ce faire, le soignant doit disposer de différentes habiletés telles que l'observation, l'empathie, l'écoute, l'humilité et ne pas être moralisateur. L'accueil doit être réalisé le plus tôt possible lors de l'entrée du patient dans l'institution. Pour ce faire, une personne de liaison peut s'avérer nécessaire. En ce qui concerne les hospitalisations répétées, l'accueil montre toujours son intérêt. Il est également important de respecter le temps du patient et de lui montrer dans un juste équilibre la liberté qu'il possède lors de son hospitalisation avant de lui expliquer les interdits.

B. Identifier et déconstruire les préjugés

Cette propriété de la création de la confiance fait référence aux préjugés que peuvent ressentir les patients quand ils sont hospitalisés dans un hôpital psychiatrique.

- ◆ Infirmière (P2) : Donc les personnes qui arrivent qui sont fort stressées, se demandent un peu où elles débarquent... enfin, voilà, la psychiatrie c'est un monde qui fait peur.

En effet, le vécu en tant que patient peut être empreint de préjugés sur la représentation faite de l'hôpital psychiatrique.

- ◆ *Patient (P8) : Oui, mais je ne serais jamais venu dans un truc comme ça où la moitié ont une araignée dans le plafond. [...] c'est pour les... les fous quoi. C'est un hôpital psychiatrique.*
- ◆ *Patient (P5) : Mais ici, moi, déjà, j'avais quelques craintes en arrivant ici. Je m'étais fait une fausse idée de l'hôpital psychiatrique. Je m'attendais à voir des fous déments... ce qui n'est pas du tout le cas, dans le service.*

Ce même patient a identifié l'intervention d'une infirmière qui lui a été aidante.

- ◆ *Patient (P5) : Donc elle [une infirmière] m'a mis en confiance, elle m'a dit : « mais ça va aller, faut pas s'inquiéter, l'hôpital psychiatrique, ce n'est plus ce que c'était avant ». Donc moi, je m'imaginais plein de choses au tout début que je suis arrivé ici. Ce qui n'est pas le cas.*

En résumé, les patients peuvent avoir des préjugés sur l'hôpital psychiatrique. Ces derniers peuvent induire des craintes, du stress quant au fait d'être hospitalisé dans ce genre d'hôpital. Il semble que l'intervention d'un soignant en identifiant et en déconstruisant les préjugés auprès du patient permette de mettre le patient en confiance.

C. Nécessitant une attitude non jugeante

Cette troisième propriété semble primordiale pour créer la confiance. En effet, les patients peuvent ressentir des préjugés de la part des soignants ou avoir peur que ces derniers n'en présentent.

- ◆ *Patient (P4) : Oui, solitude et beaucoup de méfiance de la part du personnel. [...]. Donc j'ai parlé beaucoup avec des infirmiers et des infirmières et d'office, je sais que le regard me trahit quoi. [...] tu comprends ? C'est tatoué sur mon front quoi. [...]. On se sent discriminé !*
- ◆ *Patiente (P6) [parlant de la réaction jugeante d'une soignante lors d'une crise clastique] : [...] comment j'aurais voulu qu'elle réagisse ? En essayant, si pas de me calmer, de m'approcher parce que parfois ça, ça fait peur, mais en disant « tiens, est ce que vous voulez qu'on aille marcher un peu, parler un peu, tiens, je vois que ça ne va pas », ou voilà.*

Nous pouvons donc comprendre qu'il importe pour les patients de ne pas se sentir jugés par les soignants. En effet, le verbatim suivant montre la puissance du non-jugement.

- ◆ *Patient (P5) : Elle m'a dit [une infirmière] : « faut pas hésiter à en parler à la psychologue, au psychiatre. Donc ils sont là pour t'aider, ils ne sont pas là pour te juger. Ça c'est quelque chose*

qui m'a... cette phrase-là déjà, ça m'a fait énormément du bien. Parce que j'avais peur même vis-à-vis du personnel ici : « Ouais ce monsieur-là, il a fait une tentative de suicide, il a tué son frère³ ». J'avais peur qu'ils me rejettent, un petit peu. Et en fait, ça n'a pas été du tout le cas.

En résumé, le fait de se sentir jugé ou discriminé par les soignants est un élément difficile à vivre en tant que patient. Au contraire, une attitude non jugeante et bienveillante semble être facilitante pour aider le patient à libérer sa parole, à se sentir respecté et ainsi créer une relation de qualité avec le soignant. Cette attitude de non-jugement se manifeste notamment par la capacité du soignant à aller vers le patient, à apporter une présence et à lui exprimer que quoi qu'il ait fait, il ne sera ni jugé, ni rejeté.

D. Le pouvoir des moments informels

Cette dernière propriété met en exergue le pouvoir des moments informels dans la création d'une relation de confiance entre un patient et un infirmier.

- ◆ *Infirmière (P3) : [...] je voulais juste revenir sur les activités qu'on fait au quotidien au sein du service... et là je trouve que c'est quand même important, ça permet de renforcer le lien de confiance avec les patients qui vont en activité, ils adorent ça... je trouve qu'on peut voir le patient sous un autre angle et discuter différemment et établir un lien de confiance différent.*
- ◆ *Infirmier (P7) : Là, on se retrouve vraiment, il y a effectivement là un autre lien qui se fait et on est partenaire du coup avec le patient dans ces activités-là.*

L'expérience vécue par des patients semble montrer l'importance que peuvent avoir ces moments informels.

- ◆ *Patient (P4) : Alors, ça serait peut-être bien de... [...] mais ne fût-ce que de jouer aux cartes ou même pas... enfin même pas... Avoir des discussions en écoutant de la musique ou en regardant un film.*
- ◆ *Patient (P5) : Donc, deux fois par semaine, on a des activités sportives... avec un infirmier [...]. [...] j'allais plus vers lui au tout début que je suis arrivé, du fait qu'on avait déjà une accroche. C'est vrai que quand j'ai eu mon problème à ma jambe, c'est vers lui que je me suis tourné.*

Cette propriété sur le pouvoir des moments informels permet de comprendre que des petits moments pouvant paraître insignifiants sont pourtant indispensables pour créer une relation de confiance entre patient et soignant. Cette propriété permet de faire lien avec la catégorie suivante qui montre l'importance accordée à la disponibilité pour créer le partenariat.

³ À des fins d'anonymisation, la teneur des faits a été changée sans pour autant modifier le sens.

3.3. Nécessitant de la disponibilité

Cette catégorie met en lumière l'importance d'une réelle disponibilité entre les partenaires afin d'implémenter la relation en partenariat.

- ◆ *Infirmier (P7) : Moi je sais que c'est très important d'être, en tout cas, auprès du patient. [...]. Si vous n'êtes pas auprès du patient, la relation elle n'est pas possible. Il y aura toujours une espèce de barrière entre vous et le patient, si vous n'êtes pas proche de votre patient et du coup, là c'est difficile d'obtenir un partenariat avec le patient.*
- ◆ *Patient (P5) : Le principal, c'est le contact. Moi, ce que je n'oublie pas, c'est qu'ils ont été présents pour moi.*

Néanmoins, la disponibilité semble être dans certains cas une catégorie compliquée à mettre en place sur le terrain.

- ◆ *Patient (P4) : Et donc l'absence de rapport... tu comprends ?*
RG [Robin Glesner] : Je veux bien que vous m'expliquiez ce que vous entendez par l'absence de rapport ?
Patient : Personne. Une bonne femme ou un mec assis derrière un bureau qui remplit ses papiers et qui répond au téléphone. Voilà ! [...] Ça, je l'ai vécu. Et j'ai pas trouvé ça bien.

En effet, suite au manque de temps, frein expliqué dans la première partie des résultats, il semble que les infirmiers peuvent ressentir une incapacité à occuper leurs fonctions.

- ◆ *Infirmier (P1) : Alors il y a aussi clairement le manque de temps. [...] moi en tant qu'infirmier, il y a des jours quand il y a un brassin de médecins, de logopèdes, de kinés... enfin quand il y a beaucoup de monde qui passe, en fait je suis plus secrétaire médical qu'infirmier qui prend soin du patient.*

Via les verbatims ci-dessus, nous pouvons donc comprendre la consistance de cette incapacité d'occuper sa fonction d'infirmier. Cette dernière peut avoir des répercussions sur les patients.

- ◆ *Infirmier (P7) : [...] on se rend compte qu'il y a quand même des patients, je ne vais pas dire des patients oubliés, mais [...] il ne se passe pas grand-chose, en fait, pour eux si vous voulez.*

Le manque de temps peut provoquer une difficulté chez les infirmiers à occuper leurs fonctions, entraînant un manque de disponibilité auprès des patients, en laissant certains d'entre eux comme « oubliés ». Tout en tenant compte du contexte et des freins existants, deux propriétés ont été mises en exergue pour pouvoir garantir une disponibilité et implémenter le partenariat.

A. La fusion du faire et de l'être

Cette propriété s'intéresse au rapport qui coexiste entre la réalisation de tâches (Faire) et la capacité des infirmiers à être en relation (Être) avec le patient.

- ◆ *Infirmière (P2) : Euh oui... en fait, c'est le rôle infirmier... voilà on a plusieurs casquettes [...], on a la casquette des traitements, prendre les paramètres, faire des surveillances, etc.. Donc, c'est déjà une casquette qui prend du temps et en fait, tout ce qui est admission qui arrive, il n'y a que les infirmiers qui peuvent les faire. [...] Sauf que faire une admission, ça prend du temps.*
- ◆ *Infirmier (P7) : Et la relation qu'on a avec le patient pendant ces activités-là, elle est quand même bien différente de ce qu'on peut avoir dans une relation où l'infirmier simplement distribue les médicaments, fait de la réfection de pansements, ou des prises de sang ou des choses comme ça... des injections intramusculaires...*

L'immersion dans ces matériaux laisse penser que le nombre de tâches à réaliser (FAIRE) empêche d'être en relation (ÊTRE) avec le patient.

- ◆ *RG : Est-ce que vous pensez que pendant cette distribution des médicaments, il y a moyen de créer de la relation ?*

Patient (P8) : Ben non, parce que c'est à la chaîne... Ils nous donnent notre réglette, ils nous donnent nos médicaments et voilà ! Un bonjour, au revoir et voilà. Ils prennent leurs paramètres puis c'est tout... [...].

RG : [...] est-ce que vous attendriez autre chose de leur part ?

Patient (P8) : Oui [...] Parler avec eux...

Afin d'améliorer la capacité d'occuper sa fonction d'infirmier, il serait intéressant de réaliser une fusion entre l'être et le faire. Dans ce cas, il ne s'agit pas de voir la tâche comme un acte à exécuter, mais plutôt comme un moyen pour entrer en relation avec le patient. Concrètement, il est question d'investir des interventions telles que l'administration de médicaments, la surveillance des paramètres vitaux, comme des moments privilégiés pour être en relation avec le patient. Il s'agit d'une émancipation de la disponibilité vers une réelle qualité de présence.

B. L'intérêt de la référence soignant/patient

Cette seconde propriété permettant à un infirmier d'occuper sa fonction est la mise en place d'une référence pour le patient. Il s'agit de désigner un infirmier qui devient le référent d'un patient et inversement.

- ◆ *Infirmier (P7) : On a beaucoup de tâches administratives : remplir des documents, répondre au téléphone, c'est vrai que l'activité, elle est assez diverse [...]. Parce qu'il y a tout un tas de tâches autour qui sont chronophages et justement de mettre en place ce partenariat là avec la référence, ça permettra à chacun de pouvoir justement vraiment exercer son métier d'infirmier en psychiatrie de façon plus approfondie, d'être plus proche du patient, de pouvoir réaliser plus facilement des entretiens infirmiers et de suivre vraiment et de façon individualisée le patient en fait. Donc ça, ça va apporter de la qualité dans les soins [...].*
- ◆ *Infirmière (P2) : [...] donc on est vraiment drillés sur les entretiens, sur un suivi régulier... on a un système de référent. Donc voilà, on est souvent en contact avec le patient...*

Cela montre que la référence soignant/patient permet à l'infirmier de légitimer son temps pour le mettre à contribution de patients dont il est référent. De plus, la référence permet de créer une disponibilité entre patients et infirmiers référents, d'individualiser la relation et de la formaliser via des entretiens infirmiers. La référence soignant/patient présente également d'autres avantages dans une perspective d'implémentation du partenariat de soins.

- ◆ *Infirmière (P3) : Il [le patient] est entouré de ses référents et c'est avec eux qu'il va créer le projet. [...] Le patient sait vers qui il doit se diriger s'il a un problème. [...] C'est vrai qu'on est une grosse équipe nous. [...] Donc euh, le patient se noie un peu dans tout ça. Mais s'il a des personnes de référence, on le sent sécurisé.*
- ◆ *Infirmier (P1) : Ben déjà, pour pouvoir s'impliquer complètement avec un, deux ou trois patients. [...] Pouvoir également... enfin... pour nous, ça nous engage... et pour lui ça l'engage. Voilà, les référents, ça engage les deux de manière vraiment officielle.*

La référence permet donc aux partenaires de soins de s'identifier entre eux. En effet, le patient sait vers quel soignant il doit se diriger et l'infirmier sait avec quel patient il doit intensifier la relation en partenariat. Un intérêt est également accordé à l'officialisation et la continuité de la relation offerte avec la référence soignant/patient.

- ◆ *Infirmière (P2) : [...] on a souvent des personnes qui reviennent... euh... on essaie systématiquement de les remettre chez le même référent si ça passait déjà bien à la dernière hospitalisation [...] de manière à poursuivre ce lien.*

Nous retiendrons que ce n'est pas la référence soignant/patient isolée qui est intéressante, mais bien ce qu'elle permet. En effet, la référence montre son intérêt dans sa capacité à individualiser, officialiser, légitimer et formaliser la relation soignant/patient tout en permettant aux partenaires de s'identifier et de poursuivre le lien dans le temps.

3.4. Adaptation du partenariat à la personne soignée

Cette catégorie insiste sur le fait que le partenariat de soins ne pourra pas être le même avec l'ensemble des patients partenaires. Le verbatim suivant, illustre ce phénomène :

◆ *Infirmière : [...] c'est selon le patient.*

RG : D'accord. Donc c'est-à-dire que, le partenariat de soins, si on voulait le mettre en place ça ne pourrait pas être le même avec tous les patients ?

Infirmière (P3) : Non, je ne pense pas. Je ne pense pas, parce qu'il y en a qui ont besoin d'être très cadré, il y en a qui pas du tout et... il me semble que non, ça, ça me paraîtrait difficile quand même.

Afin de parvenir à adapter le partenariat à la personne soignée, trois propriétés majeures entrent en jeu : (a) s'intéresser aux objectifs subjectifs du patient, (b) questionner la volition du patient et (c) prendre en considération l'état psychique du patient.

A. S'intéresser aux objectifs subjectifs du patient

Dans le but d'adapter le partenariat au patient, il semble important que l'infirmier puisse s'intéresser aux objectifs subjectifs de ce dernier. En effet, infirmiers et patients pourraient avoir des objectifs différents.

◆ *Infirmier (P1) : Donc du coup, il y a ce que nous on se représente, et puis il y a ses objectifs réels. Mais en plus, ce sont des objectifs qui évoluent au fil du temps, au fil de l'hospitalisation et au fil des années. Parce que parfois, ils viennent avec plusieurs hospitalisations.*

L'infirmier va donc devoir aller à la rencontre des objectifs du patient. Pour ce faire, ce dernier peut se mettre à l'écoute du patient et créer des situations où ce dernier devient acteur à part entière. À cette fin, il est question d'inviter le patient à participer à des réunions interdisciplinaires, à des concertations, etc.

◆ *Infirmière (P2) : Il y a aussi un autre concept que moi je trouve très intéressant dans un service de psychiatrie, c'est de faire participer le patient aux réunions interdisciplinaires. Voir un peu, eh bien voilà, ce que lui pense, où est ce qu'il en est, qu'est-ce qui a été fait et pourquoi est-ce qu'il pense que ça n'a pas marché les différentes prises en charge et ça, je pense que ça pourrait être intéressant. [...]. Mais ça arrive de temps en temps, mais très rarement qu'on fasse participer les patients aux réunions. Et c'est souvent dans les cas où on a le sentiment d'être un petit peu arrivé à un stade où on ne sait plus quoi faire. En fait, c'est là où on se dit « ben voilà faut faire participer le patient pour savoir un peu quelle est sa vision et comment*

avancer à partir de là ». Mais ce qui est dommage c'est qu'on le fait après des semaines où on se dit vraiment « Qu'est-ce qu'on fait, quoi ? ».

Ne pas aller écouter les objectifs du patient présente donc le risque de tourner autour de lui plutôt que de le considérer, dès le départ, comme un acteur de soins à part entière.

◆ *Infirmière (P2) : [...] Parce qu'en ne sachant pas ce qui a déjà été fait et ce qui a déjà été proposé aussi, c'est déjà courir le risque qu'on refasse quelque chose qui ne convient pas.*

◆ *Infirmier (P1) : [...] je pense que c'est une perte de temps pour lui comme pour nous [...]. [...] on risque d'être à côté de la plaque dans nos objectifs, dans ses objectifs.*

Se mettre à l'écoute des objectifs du patient permet de mieux cibler le projet de soins et d'être au plus proche de ce que le patient désire pour retrouver la santé. Adapter le partenariat au patient en tenant compte de ses objectifs serait donc un gain de temps à long terme.

B. Questionner la volition du patient

Afin d'adapter le partenariat à la personne, il est également important de prendre en considération la volition de cette dernière.

♀ La volition a été définie dans le journal de bord le 06/04/2021 comme étant « *la capacité du patient à être preneur d'une hospitalisation, de s'impliquer dans ses soins et dans une relation en partenariat* ».

Le verbatim suivant montre que la volition du patient peut influencer ses objectifs.

◆ *Infirmière (P3) : Beaucoup de patients ne sont pas porteurs de leurs projets, ils ne sont pas... ils restent affalés dans les divans toute la journée, ils manquent beaucoup de motivation, [...] on constate que ça freine. Ils ont d'autres objectifs finalement.*

De plus, le vécu de cette infirmière permet de mettre en lumière le sentiment d'impuissance que peut vivre un soignant quand la volition du patient est négative (flèche volition négative sur le schéma). Néanmoins, dans le but d'augmenter la volition du patient (flèche volition positive sur le schéma), le soignant peut le solliciter, et ce, sans jamais l'abandonner (Schéma 2).

◆ *Infirmier (P7) : Si on n'arrive pas à trouver une adhésion avec le patient, on revient régulièrement vers le patient. [...] il faut prendre le temps et pas simplement au refus mettre le patient de côté et ne pas y revenir pour obtenir son adhésion justement. C'est un travail, on va dire de patience où l'approche se fait délicatement on va dire. Comme je vous ai dit, sans jugements, en écoutant le patient, en l'observant... ça prend du temps, mais on peut obtenir une alliance thérapeutique, un partenariat avec le patient en étant justement patient*

auprès de lui. [...] Et voilà et se dire que même si on a un refus, des refus mêmes répétés, parfois, il faut revenir tout doucement vers le patient et parfois ça «matche» comme on dit.

La volition du patient n'est donc pas une composante invariable étant donné que l'infirmier peut l'aider à aller vers une volition positive en le sollicitant. Pour ce faire, la patience, l'écoute, le non-jugement, l'observation du patient sont des habiletés indispensables chez le soignant.

L'analyse des matériaux a permis de comprendre que la volition du patient est influencée par des pressions officielles (mesures légales) ou officieuses (pression de l'entourage). En ce qui concerne les pressions officielles, une première impression laisse penser qu'elles limitent la volition du patient.

◆ *Infirmière (P2) : [...] faut quand même souligner qu'on est un service où on n'a pas mal de mises en observation, donc euh... c'est des gens qui ne sont pas preneurs du tout de l'hospitalisation et qui donc forcément ne veulent pas s'impliquer.*

◆ *Patient (P8) [hospitalisé sous contrainte] : Oui, très compliqué [...], depuis le début, je dis : « j'en ai marre moi, je veux foutre le camp d'ici parce que j'en ai ras-le-bol ». Depuis le début, je le dis.*

RG : Est-ce que vous pensez que le fait qu'on vous ait imposé de venir ici influence votre capacité à pouvoir vous impliquer dans vos soins ?

Patient (P8) : Oui, oui... oui oui !

Néanmoins, l'expérience d'un autre patient hospitalisé sous contrainte témoigne que le fait d'être admis sous mesure légale n'induit pas automatiquement une absence de volition.

◆ *Patient (P5) : [...] Beh ici, dans ma tête, moi, je n'étais vraiment pas bien. [...] Donc moi, quand je suis arrivé ici, j'avais pour but de me soigner. Donc, moi, j'avais pris conscience du mal que j'avais fait. [...].*

Une pression officielle n'est donc pas synonyme d'une absence de volition chez un patient. Cela montre l'intérêt d'aller questionner l'influence qu'ont les pressions officielles et officieuses. Il est également utile de questionner le patient sur sa volition interne, c'est-à-dire, sur sa volonté individuelle de désirer le soin, l'hospitalisation, le partenariat. Comprendre la volition du patient est donc indispensable pour adapter le partenariat à ce dernier tout en se souvenant qu'une sollicitation du patient peut aider à amener une volition négative vers une volition positive.

C. Prendre en considération l'état psychique et cognitif du patient

Il s'agit ici de la troisième propriété permettant d'adapter le partenariat à la personne soignée.

◆ *Infirmier (P7) : [...] Il arrive quand même toutefois qu'effectivement le partenariat soit compliqué, d'une part par l'état psychique du patient donc par la maladie du patient, notamment chez les patients souffrant de schizophrénie [...]. Il y a aussi parfois, on va dire, d'autres obstacles chez nos patients déficients aussi. Chez les patients qui souffrent de retard mental où c'est à nous aussi de nous adapter à eux.*

En résumé, l'état psychique et cognitif du patient peut compliquer la mise en place d'un partenariat de soins. Afin de le rendre possible, il est donc nécessaire d'adapter le partenariat à la personne hospitalisée en prenant en considération son état psychique et cognitif.

3.5. Sentiment d'équité

Cette dernière catégorie est également un nœud de sens incontournable de l'implémentation du partenariat. Un premier exemple d'ancrage de terrain permet d'en comprendre le sens.

◆ *Patient (P5) : Beh, ici, ils le font dès le début. Parce qu'ils ne nous ont jamais fait sentir par des gestes ou des paroles qu'ils étaient supérieurs à nous. [...] Ça poserait un problème si ça devenait des [...] remarques ou des choses comme ça... ou alors des paroles désagréables.*

Dans la même idée, une infirmière montre son désaccord quant à la pratique d'une dissymétrie trop importante dans la relation patient-soignant.

◆ *Infirmière (P2) : On est un petit peu en position d'une sorte « les professionnels c'est nous qui savons ». Alors que, ben... non ! Je pense que c'est important d'avoir le ressenti du patient et de voir ce que lui il en pense.*

Dans les premières immersions sur le terrain, la tenue vestimentaire du soignant semble montrer son importance pour rétablir une égalité dans la relation. Cette représentation étant que l'habit civil du soignant est facilitant pour créer une relation d'égal à égal.

◆ *Infirmière (P3) : Alors, on est en civil mais malheureusement on a eu des cas Covid, donc là on est obligé de mettre la grande tenue.*

◆ *Infirmière (P2) : Parce qu'on sait bien, hein, l'effet blouse blanche. [...] Donc je pense que ça accentue le fossé en psychiatrie.*

C'est alors que je me questionne sur le sens que pourrait avoir la tenue de l'infirmier dans l'implémentation du partenariat. La tenue civile serait-elle un réel levier pour créer une relation d'égalité ou serait-ce plutôt un préjugé de la part de soignants ? Ce questionnement sur l'éventuel préjugé peut être illustré par le verbatim suivant :

◆ *Infirmière (P3) : Les patients préfèrent nous voir habillés en civil, hein. [...] c'est très facilitant parce qu'il y a un lien de confiance qui se crée... il y a moins de barrières soignant-soigné. Ils nous font plus confiance j'ai l'impression.*

Suite à cette conception, un réel paradoxe voit le jour sur l'effet potentiel de la tenue de l'infirmier. En effet, si cette tenue peut être considérée comme un moyen d'enlever des barrières entre patient et soignant, elle peut également avoir une autre symbolique. Elle peut être le symbole du soin et de la personne qui prend soin.

◆ *Patient (P4) : Ça ne m'a jamais bloqué [...], je vais même peut-être te dire autre chose. Les tenues rassurent. [...] Si tu es en blanc, c'est que tu es infirmière ou médecin... donc peut-être quelqu'un qui peut me comprendre.*

◆ *Patiente (P6) : [...] il y en a qui préféreraient sans rien mais moi je trouve qu'on ne sait déjà pas qui est qui quand ils sont en blanc alors ça devient un peu compliqué.*

Ici, nous pouvons comprendre que la « blouse blanche » du soignant peut aller dans le sens d'une nécessité de savoir qui est le partenaire dans la relation de soins.

💡 *Note du journal de bord du 10/04/2021 : Qu'est-ce que c'est d'être à la fois égal à égal tout en gardant cette notion qu'il y a un partenaire qui est professionnel et l'autre pas ?*

Il a été question de s'interroger sur l'éventuelle distinction à faire entre la relation d'égalité et le fait d'être réellement le semblable de l'autre. Si on considère que des amis sont semblables, est-ce que c'est ça la relation d'égalité à envisager entre les partenaires ?

◆ *Patient (P5) : Donc moi, ici, je la respecte en tant que professionnelle parce que bon, c'est quand même une personne qui est payée. Ce n'est pas nos amis entre parenthèses.*

◆ *Infirmier (P7) : [...] d'expérience, je vous dirais que dans la relation soignant-soigné avec le patient... moi je ne parlerais pas de relation d'amitié. [...] Je parlerais d'une relation thérapeutique, mais pas d'une relation d'amitié.*

Nous comprenons qu'une relation égalitaire entre partenaires ne signifie pas pour autant d'être le semblable de l'autre. Des participants, ayant connu la blouse blanche et la tenue civile, résument le paradoxe de la tenue vestimentaire via les verbatims suivants :

◆ *Infirmier (P7) : [...] le fait de porter une blouse, je ne pense pas que ce soit un frein, en tout cas, dans le partenariat avec le patient. Ça permet parfois pour les nouveaux arrivants de reconnaître qui est qui, hein finalement, dans l'établissement. Et le fait d'être aussi sans blouse, les patients nous authentifient quand même ici très rapidement. Puisqu'on est quand même au contact d'eux tous les jours donc... mais je ne pense pas que ce soit un frein d'avoir une blouse et je ne pense pas que ce soit un frein de ne pas en avoir [...], ça ne change rien.*

☛ RG : Donc qu'il soit en blanc ou en civil ?

Patient (P5) : ça ne change rien pour moi.

Nous retiendrons que la tenue vestimentaire ne semble pas être un garant d'une relation égalitaire entre un patient et un infirmier. En dehors de l'apparat vestimentaire, ce qui semble compter dans la relation entre les partenaires n'est pas la présence d'une égalité, mais plutôt la capacité de faire exister un sentiment d'équité. Ce dernier consiste à se sentir considéré à sa juste valeur, et ce, quel que soit son statut. Le maintien d'une distinction de statut (patient/infirmier) permet aux partenaires de s'identifier entre eux et ainsi de créer une relation en partenariat. Cela montre l'importance de savoir qui est le partenaire.

4. Discussion

Cinq catégories ont émergé de cette recherche qualitative. Ces dernières permettent de comprendre et d'identifier les enjeux de l'implémentation du partenariat de soins entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en psychiatrie adulte. Ces catégories représentent le vécu des infirmiers et des patients ayant participé à cette recherche (Schéma 2).

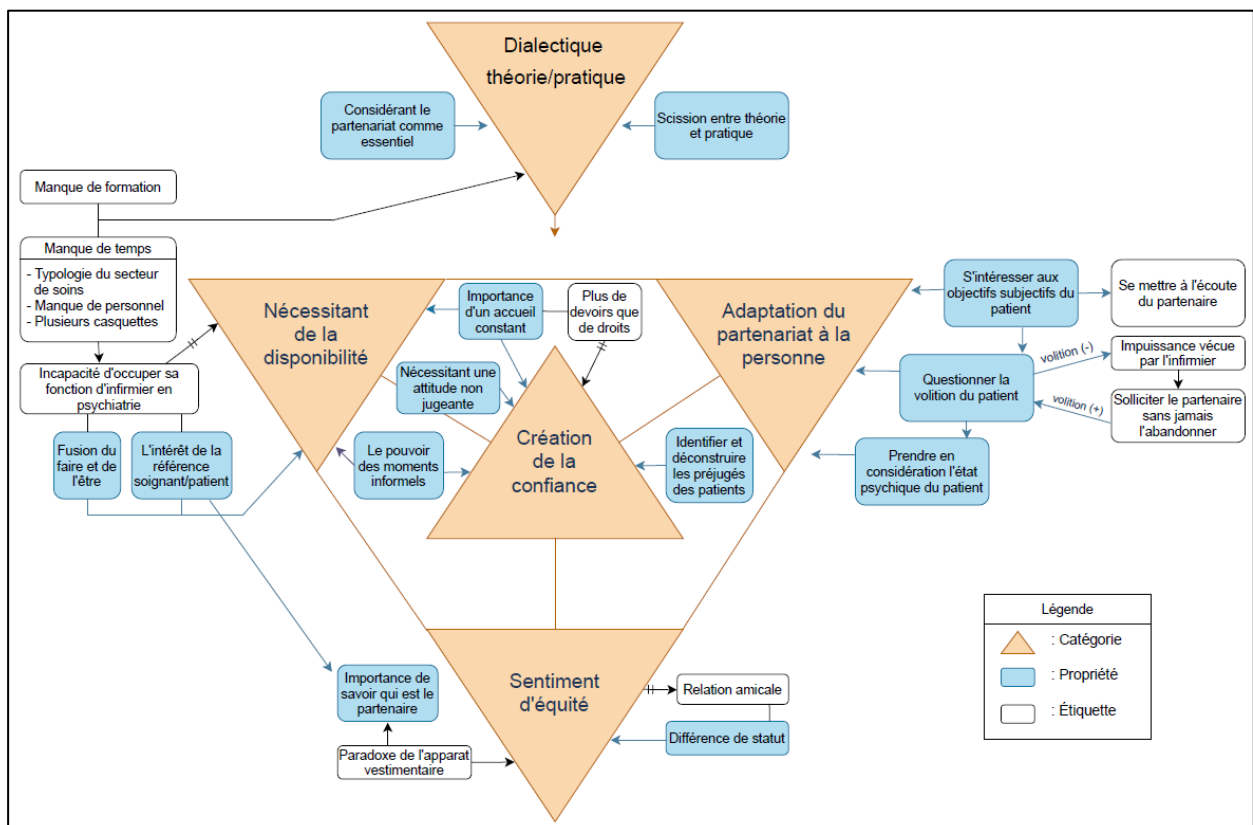


Schéma 2 : Triangle de l'implémentation du partenariat (Schéma complet)

La première catégorie, intitulée « dialectique entre théorie et pratique », montre à quel point le partenariat de soins est considéré comme une approche de soins essentielle. Une étude qualitative exploratoire menée sur le territoire de la Grande Région montre également que les

professionnels de la santé ont cette volonté d'opter pour une approche en partenariat (43). En parallèle et en opposition de cette conception, le concept de partenariat de soins est reconnu comme bien théorique et difficile à mettre en application. Bien que l'étude citée ci-dessus se soit focalisée sur les hôpitaux généraux et non sur les hôpitaux psychiatriques, elle obtient des résultats similaires (43). En effet, cette dernière explique la dialectique théorie/pratique par le fait « [...] qu'il existe un décalage important entre la vision souhaitée et ce qui est actuellement possible » (43) (p.191). Deux freins ont été identifiés dans ce mémoire afin d'expliquer ce phénomène : le manque de temps et le manque de formation. La littérature renseigne également sur le fait que l'approche en partenariat nécessite du temps (15,43). En ce qui concerne le manque de formation, la littérature recommande la formation des patients et des soignants à l'approche en partenariat (43–45).

La méthode de recherche par théorisation ancrée a permis la découverte de quatre autres catégories. Ces dernières forment un tout unifié et interrelié permettant de comprendre comment implémenter le partenariat de soins en pratique. Ces dernières sont les suivantes : création de la confiance, nécessitant de la disponibilité, adaptation du partenariat à la personne et sentiment d'équité. Ensemble, elles forment le triangle de l'implémentation du partenariat.

La création de la confiance a été identifiée comme la catégorie centrale de la théorie. Cela montre qu'il s'agit d'un préalable au partenariat de soins. Cette conception que le partenariat est caractérisé par la confiance est également partagée dans la littérature (4,10,35,41,43). L'analyse par théorisation ancrée a permis de comprendre, par l'intermédiaire de quatre propriétés, comment créer la relation de confiance. La première propriété est « l'importance d'un accueil constant ». Il s'agit d'admettre que l'accueil doit se faire à tout moment et que la première rencontre est décisive étant donné que le lien de confiance se crée dès cet instant (35,46). Les résultats de ce mémoire montrent que l'accueil doit être réalisé le plus tôt possible. De plus, une personne de liaison peut s'avérer nécessaire afin que le patient soit accueilli par le même soignant lors de la première rencontre et à l'entrée dans l'institution de soins. Certaines habiletés chez le soignant ont été identifiées pour faciliter l'accueil, telles que l'empathie, l'écoute, rester humble et ne pas être moralisateur. Montrer dans un juste équilibre à la personne hospitalisée la liberté qu'elle possède avant de lui présenter les interdits semble également améliorer la qualité de l'accueil. La deuxième propriété s'intitulant « identifier et déconstruire les préjugés »

rejoint l'avis de deux experts (47). Les patients peuvent avoir des préjugés concernant la psychiatrie et ainsi avoir des craintes à l'idée de se faire soigner (47). Bien que le processus de déstigmatisation de la psychiatrie soit complexe, le fait de fournir une information exacte s'opposant aux croyances négatives semble avoir un réel intérêt auprès des patients (47). La troisième propriété, nécessitant une attitude non jugeante, est expliquée par Phaneuf comme une « qualité d'écoute de la soignante, qui fait abstraction de ses [...] opinions pour recevoir sans réserve ni préjugé ou jugement de valeur, ce qui lui est confié par le client » (48) (p.182). En outre, exprimer au patient qu'il ne sera ni jugé, ni rejeté est aidant. Cela converge avec la conception de Gottlieb, qu'une attitude dénuée de jugement doit prendre la forme d'une acceptation de l'autre (7). La dernière propriété rejoint la littérature professionnelle dans l'idée que les moments informels sont des événements du quotidien tels que des échanges, des discussions imprévues, des jeux qui permettent de renforcer la relation soignant-soigné (49,50). Bien qu'à notre connaissance, cela n'ait pas été étudié dans la littérature scientifique, les résultats de ce mémoire mettent en avant que les moments informels sont indispensables pour créer la relation en partenariat entre un infirmier et un patient en psychiatrie.

L'analyse des entretiens a mis en évidence le manque de disponibilités des soignants. Ce dernier est expliqué par une incapacité d'occuper leurs fonctions par manque de temps. Cela pouvant entraîner une absence de rapport et des patients laissés comme « oubliés ». Or, une réflexion publiée dans une revue médicale suisse explique que les patients « éprouvent d'abord le besoin d'être reconnus comme des sujets avant de pouvoir envisager de devenir des partenaires » (51) (p.1213). Pour ce faire, deux propriétés ont été mises en exergue dans ce mémoire, afin que la catégorie « nécessitant de la disponibilité » puisse exister. La première propriété, la fusion du faire et l'être, fait référence à la possibilité d'être en relation avec les patients tout en accomplissant, par exemple, des actes infirmiers, des tâches administratives. En 2012, Paul, Docteur en sciences de l'éducation, publie que la dimension relationnelle nécessite de pouvoir « être avec », c'est-à-dire « être disponible, présent, ouvert, attentif et être capable de mobiliser la disponibilité [...] » (52) (p.14). Dans cette perspective, il pourrait être intéressant d'imaginer d'accomplir certaines tâches administratives avec les patients concernés ou bien de profiter d'actes infirmiers pour créer la relation en partenariat. La deuxième propriété concerne l'« intérêt de la référence soignant/patient ». À notre connaissance, il n'existe pas de littérature faisant le lien entre le partenariat et l'intérêt d'un système de référent. Les résultats de ce

mémoire permettent d'émettre une hypothèse quant aux avantages que peuvent présenter la référence soignant/patient dans un but d'implémentation du partenariat de soins.

Une autre catégorie mise en évidence dans cette recherche est l'« adaptation du partenariat à la personne ». C'est-à-dire que la relation en partenariat ne pourra pas être la même avec l'ensemble des patients partenaires, elle devra être individualisée (21). Cette conception rejoint l'idée d'un continuum d'engagement des patients développé dans le « *Montréal Model* » en 2015 (17). Ce continuum montre que le patient peut s'engager de différentes manières, allant d'un état passif (information) jusqu'à la participation active (partenariat) (17,41). Afin de comprendre comment adapter le partenariat à chaque patient, trois propriétés ont émergé. La première consiste à « s'intéresser aux objectifs du patient », comme expliqué dans certains écrits (24,41). Cela rejoint le « *Montréal Model* » dans cette idée de faire participer activement le patient à des réunions interdisciplinaires afin qu'il participe aux prises de décisions qui le concernent et de considérer sa parole tout comme celle des autres personnes présentes (17). De cette manière, patient et soignant seront en mesure de poursuivre et de réadapter les objectifs mutuellement convenus (4). La deuxième propriété a pour nature de questionner la volition du patient. Cela est expliqué dans la littérature comme étant la motivation du patient à s'engager dans une relation de soins et dans la participation active de ses soins (41). Les résultats de cette recherche montrent qu'une hospitalisation sous contrainte n'empêche pas pour autant le patient d'être partenaire. Pour terminer, la dernière propriété consiste à prendre en considération l'état psychique et cognitif du patient. Optant pour une vision plus globale, la littérature préconise de prendre en compte la gravité de la maladie et l'état de santé du patient (17,41,45). De plus, « [...] les contextes sociodémographiques et psychosociaux (âge, sexe, ethnicité, niveau d'éducation, statut socio-économique) [...] » sont à considérer pour comprendre ce qui influence la participation du patient aux soins et ainsi adapter le partenariat à ce dernier (41) (p.9) [notre traduction].

La dernière catégorie se nomme « sentiment d'équité ». Bien que dans la littérature il est question d'envisager le partenariat de soins sous la forme d'une relation égalitaire entre le patient et le soignant (4,16,24,43), les résultats de cette recherche apportent certaines nuances. En effet, il semble que l'intérêt ne réside pas dans la présence d'une égalité entre les partenaires, mais plutôt dans l'existence d'un sentiment d'équité entre eux. De plus, il semble nécessaire de conserver une distinction de statut afin que les partenaires puissent s'identifier entre eux et ainsi

créer une relation en partenariat. Un guide pratique à destination des professionnels relate également qu'il n'est pas souhaitable que le partenariat amène le patient et le soignant à occuper la même position, risquant alors une confusion des rôles (35).

4.1. Forces et limites de l'étude

L'un des points forts de cette recherche est que l'analyse approfondie du vécu des acteurs a permis de comprendre les représentations qu'ils avaient de l'implémentation du partenariat. Il a également été possible de découvrir différentes pratiques en matière de partenariat ainsi que des freins et leviers d'une telle implémentation. Une deuxième force est que l'échantillonnage théorique a permis de déterminer des situations hétérogènes. Ces dernières ont amené à sélectionner des participants ayant des profils et des représentations du partenariat très diversifiés. Une troisième force de cette recherche est que des infirmiers et des patients ont pu prendre part à la collecte des données. Cela a pu augmenter la compréhension d'un partenariat infirmier/patient. Cette étude a également plusieurs limites. La saturation n'a pas pu être atteinte au vu du temps imparti pour réaliser le mémoire dans le cadre du master. Un plus grand nombre d'entrevues aurait peut-être permis d'ajuster ou de découvrir de nouvelles propriétés et catégories. Bien que les entretiens individuels étaient intéressants pour récolter des informations ayant un caractère sensible tout en instaurant un climat de confiance, des entretiens conjoints entre infirmiers et patients auraient peut-être permis d'enrichir la récolte des données.

4.2. Les biais

Biais liés à la subjectivité du chercheur : le risque aurait été de rentrer dans une démarche entièrement déductive (19). Par ce fait, les données récoltées sur le terrain pouvaient se voir fortement influencées par la sensibilité du chercheur plutôt que par ce qui émerge réellement du terrain (38). L'étudiant chercheur a dû au maximum faire abstraction de ses préjugés (38), pour ce faire une liste avec les préconceptions a été réalisée. Un autre moyen de diminuer ce biais a été de valider son analyse en la confrontant aux données empiriques (38).

Biais liés à la méthode de collecte des données et aux participants : lors des entrevues semi-dirigées, le fait de demander aux participants de formuler eux-mêmes leurs réponses aurait pu les décourager ou les déstabiliser (19). Pour ce faire, dès les premières prises de contact, l'intervieweur a veillé à instaurer un climat de confiance avec les personnes participantes (19).

Biais d'omission volontaire : étant donné que la collecte des données s'est faite via des entrevues en face à face, l'anonymat n'a pas pu être de vigueur. Ce biais contient le risque qu'un

participant ait pu contourner certaines questions ou diminuer l'authenticité de ses réponses par peur d'être jugé par l'intervieweur (19). Pour diminuer ce biais, les participants ont été informés qu'il n'y avait pas de « mauvaises » réponses possibles, qu'il y aurait une anonymisation des entrevues et que le secret professionnel était d'application pour le chercheur (19).

4.3. Perspectives de recherche

Cette étude qualitative permet d'envisager différentes perspectives pour des recherches complémentaires. Dans un premier temps, il serait intéressant d'investiguer l'implémentation du partenariat de soins dans d'autres secteurs de la psychiatrie, tels que la pédopsychiatrie, la psychogériatrie et les services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux.

La seconde perspective serait d'élargir la recherche aux autres formes de partenariat. Ce mémoire s'est centré sur le niveau micro du partenariat : la dispensation directe des soins (17,43). Il a donc été question de se focaliser sur la relation en partenariat dans les interactions entre les infirmiers et les patients (17). Pour améliorer la compréhension de l'implémentation du partenariat, questionner le niveau méso et macro du partenariat serait d'un grand intérêt (17,43). Ces deux niveaux font référence à « l'organisation des services et la gouvernance dans les établissements de santé » et à « l'élaboration des politiques de santé » (17) (p.43-45).

5. Conclusion

Bien que la notion de partenariat de soins soit bien développée dans la littérature, beaucoup de questions restaient en suspens concernant son implémentation dans les hôpitaux psychiatriques. Cette recherche qualitative, utilisant la méthode de théorisation ancrée, a permis de mettre en évidence les propriétés et les catégories en vigueur pour implémenter le partenariat de soins entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en psychiatrie. Une première catégorie, « dialectique entre théorie et pratique », a mis en avant que le partenariat est considéré comme essentiel, mais théorique et compliqué à mettre en pratique. Ensuite, quatre autres catégories ont été mises en avant : création de la confiance, nécessitant de la disponibilité, adaptation du partenariat à la personne et sentiment d'équité. Ces dernières permettent de comprendre comment il est possible d'envisager une implémentation du partenariat de soins en pratique. L'objectif visé par ce mémoire est de sensibiliser les personnes exerçant en tant que cliniciennes, formatrices ou gestionnaires d'institutions sur la question de l'implémentation du partenariat de soins en psychiatrie.

Bibliographie

1. SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Profil de fonction et de compétences de l'infirmier de pratique avancée [Internet]. Belgium; 2018 May 8 [cited 2020 May 28]. 31 p. Available from https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/profil_infirmier_pratique_avancee-verpleegkundig_specialist_2.pdf
2. Cipresso P, Serino S. Virtual reality: technologies, medical applications and challenges. United States of America: Springer; 2014. 231 p.
3. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*. 2004 Dec 9;329(7479):1398–1401.
4. Gottlieb LN, Feeley N, Dalton C. The Collaborative Partnership Approach to Care-A Delicate Balance. Canada: Elsevier Health Sciences; 2005. 200 p.
5. Courtney R, Ballard E, Fauver S, Gariota M, Holland L. The Partnership Model: Working with Individuals, Families, and Communities toward a New Vision of HealthPublic Health. *Public Health Nurs*. 1996 Jun; 13(3):177–86.
6. McQueen A. Nurse–patient relationships and partnership in hospital care. *J Clin Nurs*. 2000 9(5):723–31.
7. Gottlieb L, Gottlieb B. Soins infirmiers fondés sur les forces: la santé et la guérison de la personne et de la famille. Canada: de boeck; 2014. 457 p.
8. Flora L, Lebel P, Dumez V, Bell C, Lamoureux J, Saint-Laurent D. L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Sante Ment Que*. 2015 Jul 22;40(1):101–17.
9. Luethi FT, Gallant S. Partenariat. *Rech Soins Infirm*. 2012; 234-35.
10. Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse–client relationship. *J Adv Nurs*. 2002;40(2):149–57.
11. Grogan A, Coughlan M, O' Mahony B, McKee G. The development of a patient partnership programme and its impact on quality improvements in a comprehensive haemophilia care service. *Haemophilia*. 2012 Nov;18(6):875–80.
12. Organisation mondiale de la santé. Les soins de santé primaires [Internet]. Proceedings of Conférence internationale sur les soins de santé primaires; 1978 Sep 6-12; Alma Ata. Genève; [cited 2020 Apr 25]. 88 p. Available from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=BE0B67183DF723C98EBAEEF17003537B?sequence=1>
13. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 4th. Canada: Chenelière Éducation; 2017. 216 p.
14. Organisation mondiale de la santé. Promotion de la santé [Internet]. Proceedings of Conférence internationale pour la promotion de la santé; 1986 Nov 21; Ottawa. Genève;

[cited 2020 Apr 28]. 6 p. Available from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

15. Hook ML. Partnering with patients - a concept ready for action. *J Adv Nurs*. 2006 Oct;56(2):133–43.
16. Wiggins MS. The partnership care delivery model: an examination of the core concept and the need for a new model of care. *J Nurs Manag*. 2008;16(5):629–38.
17. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*. 2015 Mar 26;S1(HS):41–50.
18. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient And Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies. *Health Aff*. 2013 Feb;32(2):223–31.
19. Fortin F, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives. 3rd ed. Canada: Chenelière Éducation; 2016. 518 p.
20. Cahill J. Patient participation -- a review of the literature. *J Clin Nurs*. 1998 Mar 01;7(2):119–28.
21. Flemmer N, Dekker L, Doutrich D. Empathetic Partnership: An Interdisciplinary Framework for Primary Care Practice. *J Nurse Pract*. 2014 Sep;10(8):545–51.
22. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared Decision Making to Improve care and reduce costs. *N Engl J Med*. 2013 Jan 3;368(1):6–8.
23. Affaires sociales, santé publique et environnement. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. *Moniteur Belge*, n°2002022737 du 26 septembre 2013: 43719.
24. Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Van Cutsem C, Bustillo A, Laloux M. Le modèle de partenariat humaniste en santé. *Soins*. 2017 Jun;62(816):17–23.
25. Lefebvre H, Proulx M, Levert M-J, Néron A, Lecocq D. Un accompagnement partenarial pour favoriser l'autodétermination des patients en oncologie. *Soins*. 2019 May;64(835):56–61.
26. Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan MI, Ricour C. Organisation of mental health care for adults in Belgium. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. 2019. KCE Reports 318. D/2019/10.273/50.
27. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Genève: OMS; 2013 [cited 2021 Aug 9]. 50 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=0F1CB36E3FD0689E993A0009C366D2AF?sequence=1
28. Natalis S, Pieters G. Manuel des pratiques innovantes. Belgium; 2016. 67 p.
29. SPF, santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Données phares dans les soins de santé: Soins en santé mentale [Internet]. Belgium; 2021 [cited 2021 Apr

- 1]. 51 p. Available from: https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/Blikvanger_Gezondheidszorg_GGZ_FR_v09.pdf
30. Aïm P. *Écouter, parler: soigner : guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants*. France: Estem-Vuibert; 2015. 252 p.
31. Psiuk T, Lefort H, Chaput G. *Patient partenaire, patient expert: De l'accompagnement à l'autonomie*. France: Vuibert; 2019. 118 p.
32. Jouet E. Savoirs expérientiels en santé mentale. *Santé mentale*. 2017 Sep;(220):24–31.
33. Nicaise C. Le patient, partenaire de ses soins et du système de santé. *Santé Conjugée*. 2019 Sep;(88).
34. SPF, santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. *Projet participation des usagers et des proches à la réforme des soins en santé mentale* [Internet]. Belgium: 2017 [cited 2020 May 8]. 146 p. Available from <http://www.psy107.be/images/Rapport%20d'activit%C3%A9s%202017.pdf>
35. Psytoyens, UilenSpiegel. *L'usager comme partenaire de soins en santé mentale : Guide à destination des professionnels de la santé mentale* [Internet]. Belgium: Available from <https://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2020/06/Psytoyens-Uilen-Spiegel-Lusager-comme-partenaire-de-soins-en-sant%C3%A9-mentale.pdf>
36. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer*. 2nd ed. Belgium: deboeck supérieur; 2019. 155 p.
37. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 1st ed. New Brunswick: Aldine Publishing Company; 1967. 271 p.
38. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover?. *Recherches qualitatives*. 2006; 26(1):32-50
39. Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qual Sociol*. 1990;13(1):3–21.
40. Pétré B, Louis G, Voz B, Berkesse A, Flora L. Patient partenaire : de la pratique à la recherche. *Sante Publique*. 2020;32(4):371-74
41. Halabi IO, Scholtes B, Voz B, Gillain N, Durieux N, Odero A, et al. "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient Educ Couns*. 2020 Jan;103(1):5–14.
42. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001 Aug 11;358(9280):483–88.
43. Pétré B, Bragard I, Gillain N, Guillaume M, Ortiz I, Scholtes B, et al. *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*. France: Editions des archives contemporaines; 2020. Chapter 15, Mieux situer la place de l'Approche Patient Partenaire de Soins en Grande Région; p. 181–93.

44. Haute Autorité de santé (HAS). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire [Internet]. France: HAS; 2020 [cited 2021 Jul 15]. 9 p. Available from https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_reco_engagement_usagers.pdf
45. Snyder H, Engström J. The antecedents, forms and consequences of patient involvement: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2016 Jan;53:351–78.
46. Consortium APPS. Orienter les soins vers le patient partenaire : Un livre blanc pour la Grande Région [Internet]. Grande Région; 2020 Oct [cited 2021 Jul 7]. 62 p. Available from https://www.patientpartner.org/files/APPS_White_Book_fr.pdf
47. Bravo-Mehmedbasic A, Kucukalic S. Stigma of psychiatric diseases and psychiatry. *Psychiatri Danub*. 2017;29(5):877–79.
48. Phaneuf M, Gendron F. La relation soignant-soigné: l'accompagnement thérapeutique. 2nd ed. Canada: Chenelière Éducation; 2016. 282 p.
49. Friard D. Un entretien qui ne ressemble pas à un entretien. *Santé mentale*. 2009 Mar;(136):22–7.
50. Morasz L. L'infirmièr(e) en psychiatrie: les grands principes du soin en psychiatrie. 2nd ed. France: Elsevier Masson; 2012. 313 p.
51. Schaad B, Bourquin C, Panese F, Stiefel F. Patients : sujets avant d'être partenaires. *Rev Med Suisse*. 2017 Jun 7;13(566):1213–6.
52. Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique: L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Rech Soins infirm*. 2012;110(3):13-20

Annexes

Annexe 1 : Schéma de l'analyse du concept « Partnership »

Annexe 2 : Schéma du modèle de partenariat humaniste en santé

Annexe 3 : Tableau des profils des participants

Annexe 4 : Guide d'entrevue

Annexe 5 : Courrier électronique aux directions des départements infirmiers des hôpitaux sélectionnés

Annexe 6 : Courrier électronique à destination de la Maison Des Usagers (MDU) sélectionnée

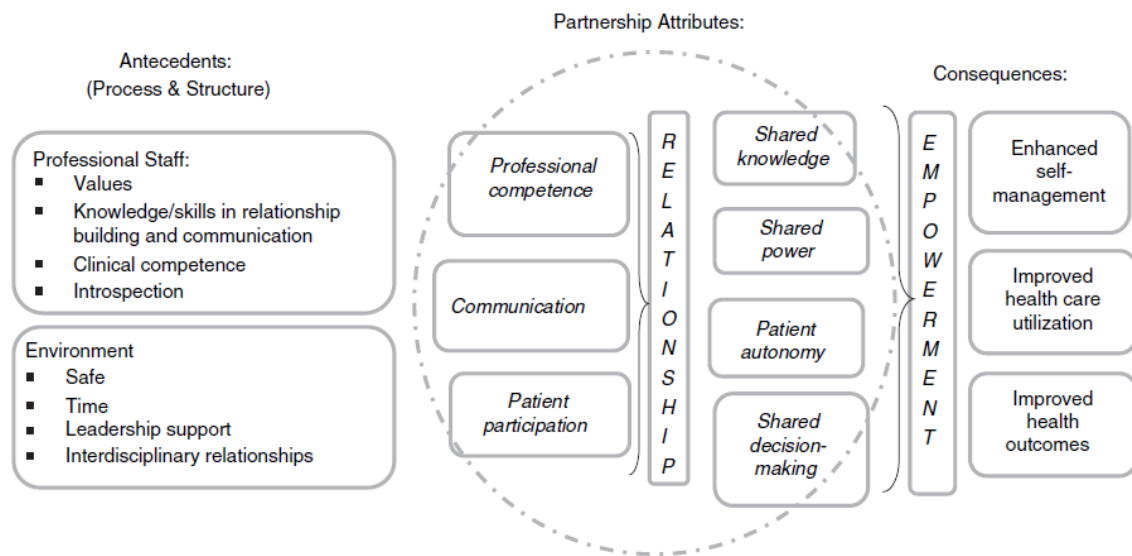
Annexe 7 : Demande d'avis au Collège des enseignants

Annexe 8 : Réponse du Collège des enseignants

Annexe 9 : Réponse du Comité d'Éthique

Annexe 10 : Formulaire d'information à l'intention du participant, informations complémentaires et consentement éclairé

Annexe 1 : Schéma de l'analyse du concept « Partnership »



Référence bibliographique : Hook ML. Partnering with patients - a concept ready for action. J Adv Nurs. 2006 Oct;56(2):133–43.

Annexe 2 : Schéma du modèle de partenariat humaniste en santé

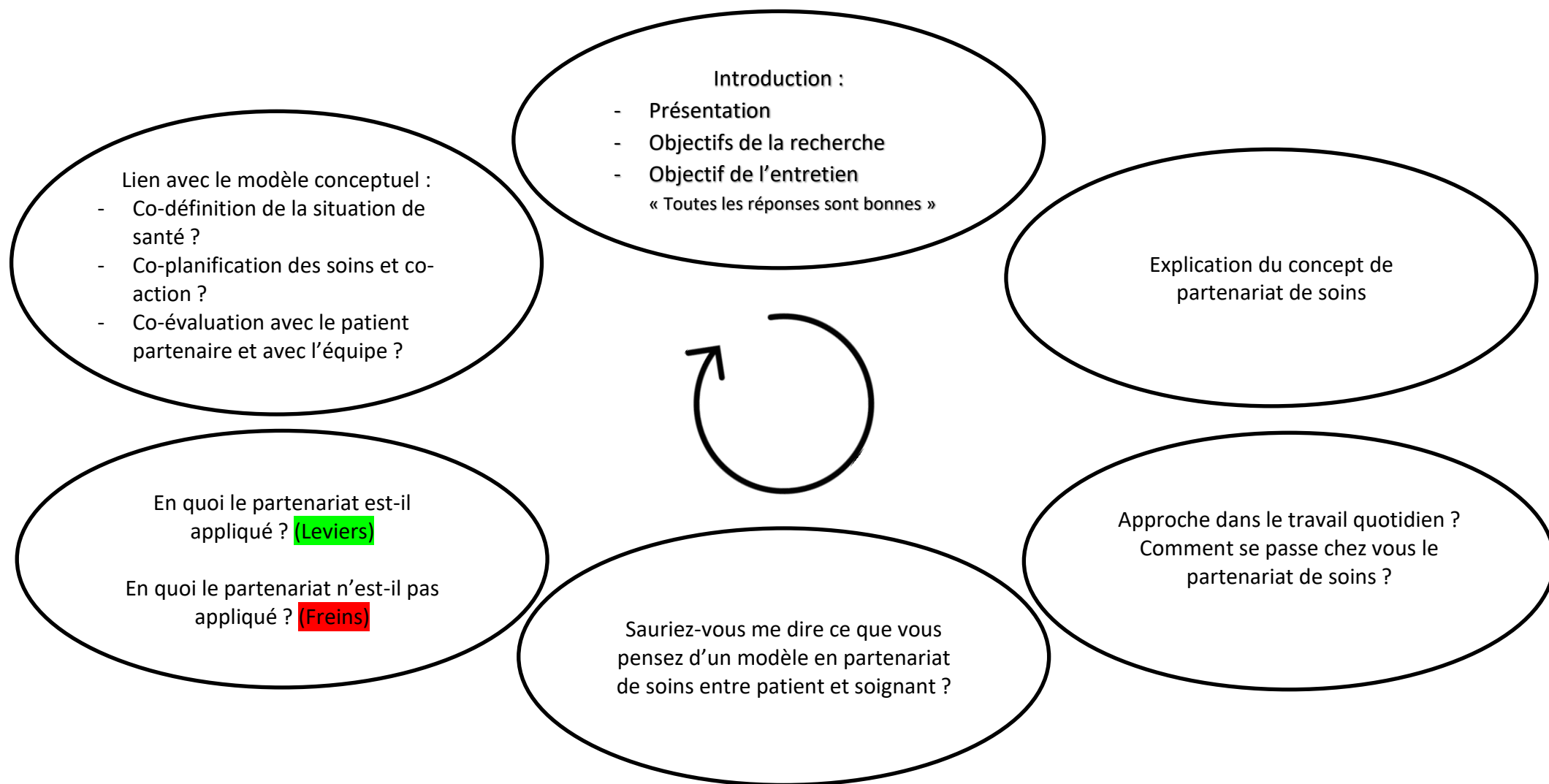


Référence bibliographique : Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Van Cutsem C, Bustillo A, Laloux M. Le modèle de partenariat humaniste en santé. Soins. 2017 Jun;62(816):17–23.

Annexe 3 : Tableau des profils des participants

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5	Participant 6	Participant 7	Participant 8
Numéro d'identification	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Genre	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme	Homme	Femme
Statut	Infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie	Infirmière, master en sciences de la santé publique	Infirmière	Membre d'une maison des usagers	Patient	Membre d'une maison des usagers et d'un comité de patients dans un hôpital psychiatrique	Infirmier ayant une expertise d'une dizaine d'années dans une unité aiguë	Patient
Modèle de l'hôpital	Centré sur le patient	Non nommé	Partenariat de soins	***	Partenariat de soins	***	Centré sur le patient	Partenariat de soins
Type d'unité de soins	Unité spécialisée en assuétudes	Unité d'admission et d'intensification aiguë	Unité de psychiatrie légale : défense sociale	***	Unité de psychiatrie légale : défense sociale	***	Unité d'intensification chronique	Unité de psychiatrie légale : défense sociale
Formule de l'entretien	Visioconférence	Visioconférence	Appel téléphonique	Appel téléphonique	Rencontre présenteielle sur le site hospitalier	Appel téléphonique	Rencontre présenteielle sur le site hospitalier	Rencontre présenteielle sur le site hospitalier
Date de l'entrevue	26/11/2020	28/01/2021	01/02/2021	05/03/2021	19/03/2021	26/03/2021	31/03/2021	27/04/2021

Annexe 4 : Guide d'entrevue (Partie 1 : Guide sous forme circulaire⁴)



⁴ Le guide a été conçu sous une forme circulaire afin de permettre au chercheur « d'identifier, d'un coup d'œil, ce qu'il doit penser à faire, à dire ou à observer » (Lejeune, 2019, p.53).
Référence bibliographique : Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2nd ed. Belgium: deboeck supérieur; 2019. 155 p.

Annexe 4 : Guide d'entrevue (Partie 2 : Guide détaillé développé avant la collecte des données)

Introduction de l'entretien : présentation, information sur les objectifs de l'entretien et de la recherche.

Une présentation courte et vulgarisée permettra d'expliquer l'objet de l'étude aux participants de la manière suivante : « Le partenariat est une forme de relation de soin où l'infirmier laisse la possibilité au patient de devenir partenaire de ses soins. Il s'agit alors de reconnaître un savoir d'expérience chez le patient tout en reconnaissant le savoir que le soignant possède sur la santé et la maladie. Ainsi, durant l'ensemble du processus de soins, l'infirmier et le patient vont collaborer, négocier, discuter ensemble afin d'apporter des soins qui correspondent aux priorités et aux projets du patient ».

Après cette présentation du partenariat, une formule de lancement permettra à la personne participante de donner son point de vue sur le partenariat.

Par exemple : « Comme vous l'avez compris, la recherche porte sur les propriétés du partenariat, aussi, je vais vous demander de prendre tout votre temps pour m'expliquer comment, selon vous, cette approche est mise en œuvre dans votre travail ou au contraire, ce qui l'empêche d'être mise en œuvre. Autrement dit : comment se passe chez vous le partenariat de soins ? »

Des formules de relancement seront également possibles :

« Permettez-moi Monsieur/Madame, sauriez-vous me dire ce que vous pensez d'un modèle en partenariat entre les soignants et les personnes hospitalisées en psychiatrie ? »,

« Pouvez-vous me dire dans quelle mesure le partenariat est pratiqué dans votre unité de soins ? », « Pouvez-vous me dire en quoi le partenariat n'est pas appliqué dans votre unité de soins ? ».

Les questions suivantes du guide d'entretien seront également imprégnées par le modèle conceptuel de cette recherche. En effet, comme expliqué dans l'introduction, le modèle du partenariat humaniste en santé développe trois étapes afin de faire du partenariat une démarche opérationnelle (24). Dans la suite de l'entretien, il sera donc question d'interroger les participants sur chacune de ces étapes. C'est-à-dire, de questionner la manière dont le patient est impliqué ou non dans la définition de sa situation de santé. Ensuite, il s'agira de questionner la manière dont le patient est impliqué ou non dans les soins et dans la planification de ces derniers. La dernière question fera appel à la manière dont le patient est impliqué dans l'évaluation tout au long du processus et à la fin de l'hospitalisation.

Annexe 5 : Courrier électronique aux directions des départements infirmiers des hôpitaux sélectionnés

Madame/Monsieur la/le directrice/directeur du département des soins,

Infirmier bachelier spécialisé en santé mentale et psychiatrie, je réalise actuellement ma deuxième année de master en Sciences de la Santé publique à finalité de Pratique Avancée en Sciences Infirmières (PASI) à l'Université de Liège (ULiège).

Dans le cadre de mon mémoire, je pose la question suivante :

« Quelles sont les propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en santé mentale et psychiatrie en Belgique francophone ? »

La présente étude s'intéresse donc à l'approche en partenariat entre les infirmiers et les personnes hospitalisées dans une unité de soins spécialisée en santé mentale et psychiatrie. L'objectif général est l'identification et l'articulation des propriétés de l'implémentation d'une telle approche sur le terrain.

La méthodologie choisie pour cette recherche est de type qualitatif en faisant appel à la méthode de la théorisation ancrée. (Fortin et Gagnon, 2016 ; Lejeune, 2019 ; Guillemette, 2006 ; Glaser et Strauss, 1967 ; Corbin et Strauss, 1990)

La collecte des données se fera via des entretiens semi-directifs. Pour débiter cette collecte, je souhaite interviewer un infirmier ou une infirmière au sein de votre établissement. Deux autres institutions seront également sollicitées pour participer à cette recherche.

Par la suite, en fonction de l'analyse des premières collectes des données, d'autres entrevues avec d'autres infirmier(e)s ou des personnes gestionnaires de soins au sein de votre institution seront peut-être à réaliser.

Par la présente, je me permets de vous solliciter afin d'avoir votre accord quant à la participation de votre institution dans cette recherche, et dans ce cas, vous demander également de bien vouloir me proposer le ou les noms de votre personnel infirmier susceptible d'accepter de participer à un tel entretien. Le fait qu'il puisse participer à cette recherche durant leurs heures de travail ou non est bien entendu à votre discrétion.

Dans le cas d'un avis favorable, je vous propose de me contacter via mon adresse mail (robin.glesner@student.uliege.be) ou par téléphone au ***. Nous pourrions convenir d'un rendez-vous téléphonique/présentiel afin que je puisse vous expliquer les modalités pratiques et répondre à vos interrogations éventuelles.

Cordialement,

Robin Glesner

Annexe 6 : Courrier électronique à destination de la Maison Des Usagers (MDU) sélectionnée

Madame, Monsieur,

Par ce mail, je me permets de rentrer en contact avec vous : Maison Des Usagers, [nom de la maison des usagers].

Je suis infirmier bachelier spécialisé en santé mentale et psychiatrie, je réalise actuellement ma deuxième année de master en Sciences de la Santé publique à finalité de Pratiques Avancées en Sciences Infirmières (PASI) à l'Université de Liège (ULiège).

Dans le cadre de mon mémoire, je pose la question suivante :

« Quelles sont les propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en santé mentale et psychiatrie en Belgique francophone ? »

La présente étude s'intéresse donc à l'approche en partenariat entre les infirmiers et les personnes hospitalisées dans une unité de soins spécialisée en santé mentale et psychiatrie. L'objectif général est l'identification et l'articulation des propriétés de l'implémentation d'une telle approche sur le terrain.

La collecte des données se fera via des entretiens semi-directifs. À ce stade, je souhaite interviewer une personne active dans votre MDU et qui a eu un parcours en tant que patient dans un hôpital psychiatrique en Belgique francophone. L'objectif est de pouvoir réaliser une rencontre via un appel téléphonique de 45 à 60 minutes avec cette personne.

Par la présente, je me permets de vous solliciter afin d'avoir votre accord quant à la participation de votre MDU dans cette recherche, et dans ce cas, vous demander également de bien vouloir en parler avec des personnes qui correspondent au profil recherché et qui accepteraient de participer à cette recherche.

Dans le cas d'un avis favorable, je vous propose de me contacter via mon adresse mail (robin.glesner@student.uliege.be) ou par téléphone au ***. Nous pourrions convenir d'un rendez-vous téléphonique afin que je puisse vous expliquer les modalités pratiques et répondre à vos interrogations éventuelles.

Cordialement,

Robin Glesner

Annexe 7 : Demande d'avis au Collège des enseignants

Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants
du Master en Sciences de la Santé publique
(Version finale acceptée par le Comité d'Éthique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Étudiant (prénom, nom, adresse courriel) : Glesner Robin, robin.glesner@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : PASI

3. Année académique : 2019-2020

4. Titre du mémoire : « Propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en santé mentale et psychiatrie en Belgique francophone ? »

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

Quentin Bullens, Chargé de cours à la Haute École de la Province de Namur, quentin.bullens@profs.hepn.be, HEPN.

6. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif général tend à mettre en avant les propriétés qui constituent l'implémentation de l'approche en partenariat entre les infirmiers et les personnes hospitalisées dans une unité spécialisée en santé mentale et psychiatrie en Belgique francophone.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments...) (+/- 500 mots)

Dans la fin des années 1960, le concept de partenariat entre le soignant et la personne soignée a émergé (3). La publication du rapport d'Alma-Ata (1978) par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a entraîné une utilisation de plus en plus fréquente de ce concept dans les discours en matière de santé (9–11).

L'objectif du partenariat est de faciliter le développement d'un nouveau mode de relation entre la personne soignée et le prestataire de soins (16). Dans cette approche, le « patient [devient] un partenaire incontournable pour toutes les décisions qui le concernent [...] » (17). L'amélioration de la santé physique, psychologique et du bien-être de la population est l'effet souhaité par la mise en place de ce modèle (17). Le soignant doit être respecté pour ses connaissances et son expertise dans sa spécialité clinique, tout en reconnaissant que le patient est expert de sa vie et possède des connaissances uniques qui sont indispensables au processus de prise de décision et de planification de ses soins (4,16).

Dans l'état actuel de nos connaissances, aucune recherche n'a étudié le partenariat de soins dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie en Belgique. Par contre, un manuel des pratiques innovantes qui explique les réformes des soins en santé mentale en Belgique et un rapport d'activité intitulé « projet de participation des usagers et des proches à la réforme des

soins de santé mentale » laissent une place à la mise en place du partenariat dans la pratique clinique en psychiatrie (28,34).

Cette recherche sera une étude qualitative qui aura pour but de décrire des phénomènes en ayant recours à l'approche méthodologique de la théorisation ancrée (19). Cette méthodologie utilise un échantillonnage théorique (19,38). Cela signifie qu'il ne sera pas question d'échantillonner une population, mais bien d'échantillonner des situations qui permettront de comprendre le phénomène étudié, soit : l'implémentation du partenariat (38). Les premières collectes des données auprès d'acteurs se feront avec trois infirmier(e)s qui exercent dans une unité hospitalière de psychiatrie en Belgique francophone. Les collectes des données se dérouleront sous la forme d'entrevue semi-dirigée (18). Les autres personnes participantes seront sélectionnées en fonction des résultats d'analyse des trois premiers entretiens auprès des infirmiers (38). En effet, l'objectif est d'obtenir des données « théorisables » (38). Nous pouvons toutefois déjà avancer qu'il sera possible de réaliser des entretiens auprès de personnes usagées de services de psychiatrie francophone. Pour des raisons éthiques, nous nous dirigerons vers une ou plusieurs association(s) de patients. Il sera également possible de réaliser des entretiens auprès de directeurs de départements infirmiers ou des infirmiers en chef dans des hôpitaux psychiatriques. Des professeurs spécialisés dans l'enseignement des soins infirmiers en psychiatrie pourraient également faire l'objet d'entrevues.

Les critères d'exclusion seront quant à eux, les suivants :

- Ne pas maîtriser la langue française
- Refuser de signer le formulaire d'information, d'informations complémentaires et de consentement éclairé
- Refuser la réalisation d'un enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone
- Refuser l'utilisation des données collectées lors des entretiens

Dans l'idéal, le processus d'une recherche par théorisation ancrée prend fin lorsque l'analyse théorisante arrive à saturation (38).

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Oui
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Oui, il sera peut-être question de questionner des patients ayant eu recours à des services hospitaliers de santé mentale (via des associations de patients).
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Oui (Il sera peut-être question d'interroger des patients. Une association de patient sera choisie pour des raisons éthiques).

7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Non, il sera également possible d'interroger une association de patients, des enseignants en bachelier de soins infirmier responsable de soins généraux, des gestionnaires d'hôpitaux psychiatriques.
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Éthique, car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 06/10/2020 Nom et signature du promoteur : Quentin Bullens, PhD



Annexe 8 : Réponse du Collège des enseignants



**RE: Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires
des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique**

12 Octobre 2020 16:46

Expéditeur : Master en Sciences de la Santé publique - ULiège

À : robin glesner

Glesner-Robin-m...mite d'Ethique.pdf (120,9 ko) [Télécharger](#) | [Supprimer](#)

Bonjour,

Suite à l'analyse de votre demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Département des Sciences de la Santé publique, le Collège restreint des Enseignants vous invite à envoyer la demande d'avis que vous nous avez fait parvenir (voir pièce jointe) au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège via l'adresse e-mail suivante : ethique@chuliege.be. N'oubliez pas de bien stipuler dans votre e-mail, que vous demandez un avis au Comité d'éthique en vue d'une publication.

Pourriez-vous également leur faire parvenir 19 exemplaires papier de ce document? Pour le dépôt de ces exemplaires, merci de respecter le calendrier disponible via ce lien : https://www.chuliege.be/upload/docs/application/pdf/2020-07/calendrier_reunions_comite_dethique_2020-2021.pdf

Bonne continuation.

Bien à vous,

Le Collège restreint des Enseignants

Annexe 9 : Réponse du Comité d'Éthique

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 03/11/2020

Monsieur le **Prof. A-F. DONNEAU**
Monsieur le **Mr R. GLESNER**
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Éthique
Notre réf: 2020/329

"Propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en santé mentale et psychiatrie en Belgique francophone. "
Protocole : **version 1**

Cher Collègue,

Le Comité constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité d'Éthique n'émet pas d'objection à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Éthique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Éthique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif : 04/366.83.16 – Coordination scientifique: 04/366.83.10
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU	Vice Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame le Professeur Adélaïde BLAVIER Psychologue, membre extérieur au CHU	
Madame le Professeur Florence CAEYMAEX Philosophe, membre extérieur au CHU	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame le Docteur Marie LEJEUNE / Madame le Docteur Sophie SERVAIS (suppléante) Hématologues, CHU	
Monsieur Pierre LISENS / Madame Viviane DESSOUROUX (suppléante) Représentant (e) des patients	
Madame Patricia MODANESE Infirmière chef d'unité, CHU	
Madame le Professeur Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur le Professeur Régis RADERMECKER Expert en méthodologie de la recherche clinique, CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacie, CHU	
Madame le Docteur Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieur CHU	
Madame Carine THIRION Infirmière chef d'unité, CHU	

Annexe 10 : Formulaire d'information à l'intention du participant, informations complémentaires et consentement éclairé

Titre de l'étude : Propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en santé mentale et psychiatrie en Belgique francophone.

Promoteur de l'étude : Quentin BULLENS, chargé de cours à la Haute École de la Province de Namur (HEPN).

Investigateur : Robin Glesner, étudiant en Master 2 en Sciences de la santé publique à finalité spécialisée en pratique avancée en sciences infirmières à l'Université de Liège.

Formulaire d'information à l'intention du participant

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en Sciences de la Santé publique, une recherche a débuté avec comme objectif de mettre en avant les propriétés qui constituent l'implémentation de l'approche en partenariat entre les infirmiers et les personnes hospitalisées dans une unité spécialisée en santé mentale et psychiatrie.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation et d'objectifs afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veillez lire attentivement ces quelques pages d'informations et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur.
- Cette recherche est soumise à l'appréciation du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.

- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur si vous avez besoin d'informations complémentaires.
- L'entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone. Les données ne seront utilisées que par l'investigateur et le promoteur de cette recherche. Dès la fin de ce mémoire, l'intégralité des données audio sera effacée.

Objectifs et déroulement de l'étude

Cette recherche est organisée afin de connaître les propriétés de l'implémentation du partenariat de soins dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en santé mentale et psychiatrie en Belgique francophone.

L'approche méthodologique utilisée étant la théorisation ancrée, l'ensemble des personnes participant à l'étude ne seront pas connues avant le début de cette dernière. Les critères d'inclusion seront modifiés avant chaque entrevue. Il pourra être question d'interviewer des intervenants d'horizon très différent afin de permettre l'émergence d'une théorie.

Votre participation à l'étude durera le temps d'un entretien semi-dirigé individuel. L'investigateur vous posera des questions ouvertes sur l'implémentation du partenariat dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie hospitalière.

Description des risques et bénéfiques

Aucun risque, en termes de santé, n'existe suite à votre participation à cette étude.

De même, vous ne devez pas vous attendre à des bénéfices personnels du fait de votre participation à l'étude. Sachez seulement que votre participation permettra de mieux comprendre les propriétés de l'implémentation du partenariat dans la relation entre les infirmiers et les personnes hospitalisées en santé mentale et psychiatrie.

Retrait de consentement

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de retirer votre consentement à participer à l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche.
- De répondre de la manière la plus authentique possible aux questions posées par l'investigateur.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter l'investigateur principal, Robin Glesner, au numéro de téléphone suivant : ***.

Informations complémentaires

Comité d'Éthique

Cette étude a été évaluée par le Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'université de Liège qui a émis un avis favorable le 03/11/2020. Le comité d'Éthique s'assure que vos droits en tant que participant à une étude sont respectés. En aucun cas, vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Éthique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Protection de votre identité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigateur recueille des données vous concernant et les utilise dans un objectif de recherche et dans le cadre de publications scientifiques.

L'investigateur possède un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage non seulement à ne jamais révéler votre nom dans le contexte d'une publication ou d'une conférence, mais aussi qu'il codera vos données.

Les enregistrements audio seront retranscrits par écrit de manière manuelle par l'étudiant uniquement. Dès la retranscription de l'entrevue réalisée, toutes données à caractère personnel seront supprimées. En effet, un numéro d'identification personnel vous sera assigné. De cette manière, il ne sera pas possible de vous identifier à partir de la retranscription de l'entrevue.

L'étudiant chercheur gardera une liste reprenant votre numéro d'identification personnel, votre nom, votre prénom ainsi que votre moyen de contact afin de pouvoir vous recontacter le cas échéant. Cette liste sera gardée séparément des retranscriptions d'entrevues et ne sera accessible qu'à l'étudiant chercheur. À la fin de cette recherche, la liste sera détruite.

Consentement éclairé

Participant

Je déclare que j'ai été informé(e) sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'informations.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et qu'elles seront anonymisées. L'investigateur et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données.

J'accepte/n'accepte pas (**biffer la mention inutile**) que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées.

J'accepte/n'accepte pas (**biffer la mention inutile**) que l'entretien soit enregistré.

J'ai reçu une copie de l'information au participant, des informations complémentaires et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du **participant** :

Nom et prénom

Date

Signature

Investigateur

Je soussigné, Robin GLESNER, investigateur, confirme avoir fourni oralement et par écrit les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant ainsi qu'une copie des informations complémentaires et du consentement éclairé.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Nom, prénom, date et signature de **l'investigateur** :

Nom et prénom

Date

Signature