

**Thématiques abordées dans la revue  
« Le Partenariat de Soins avec le Patient - Analyses » (PSPA) :  
Une analyse lexicale des 30 premiers articles parus  
(2020-2024)**

**Olivier Las-Vergnas (1, 2, 3)**

1 : ApForD-CREF (UR 1589) Université Paris-Nanterre

2 : Trigone-CIREL (UR 4354) Université de Lille

3 : Collectif CoReS (<http://cores.hypotheses.org>)

**Résumé :**

**Contexte et Objectif :** Cet article analyse les thématiques des trente premiers articles publiés dans la revue "*Le Partenariat de Soins avec le Patient - Analyses*" (PSPA) entre 2020 et 2024. Cette revue valorise les savoirs des patients en complémentarité avec ceux des professionnels de santé, abordant des pratiques de partenariat dans les domaines du soin, de la recherche, et de la formation. L'étude visait à classer les thématiques selon leurs spécificités lexicales et à évaluer leurs liens avec les caractéristiques des auteurs (origines géographiques ou disciplinaires).

**Méthodes et Résultats :** Le logiciel IRaMuTeQ a permis d'identifier cinq classes thématiques : (1) La relation avec le médecin, (2) La confrontation et les démarches menées, (3) L'implication dans le projet (4) La co-construction et les représentations (5) La formation et la pair-aidance. Les mots "patient", "santé", "soin" et "partenariat" sont effectivement centraux, tandis que les mots discriminants ont permis de dégager des spécificités géographiques et disciplinaires.

**Conclusion :** Cette analyse met en lumière les thématiques majeures abordées dans la revue PSPA et propose une base pour des comparaisons futures avec d'autres revues plus ou moins spécialisées. Elle constitue une première étape vers un observatoire des productions thématiques sur le partenariat de soins.

**Mots clefs :** partenariat patient, bibliométrie, analyse lexicale, revue PSPA

**Abstract:**

**Background and Objective:** This article analyzes the themes of the first thirty articles published in the journal "*Le Partenariat de Soins avec le Patient - Analyses*" (PSPA) between 2020 and 2024. This journal highlights patient knowledge in complementarity with that of healthcare professionals, focusing on partnership practices in the fields of care, research, and training. The study aimed to classify the themes based on their lexical specificities and assess their links with the characteristics of the authors (geographical or disciplinary origins).

**Methods and Results:** The IRaMuTeQ software was used to identify five thematic classes: (1) The relationship with the physician, (2) Confrontation and actions taken, (3) Project involvement, (4) Co-construction and representations, (5) Training and peer support. The words "patient," "health," "care," and "partnership" are central, while discriminating words helped reveal geographical and disciplinary specificities.

**Conclusion:** This analysis highlights the major themes addressed in the PSPA journal and provides a basis for future comparisons with other more or less specialized journals. It represents a first step towards an observatory of thematic productions on care partnership.

**Keywords:** patient partnership, bibliometrics, lexical analysis, PSPA journal

## **1. Contexte et Objectif**

Depuis sa création en 2020 par le Centre d'innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P) de la faculté de médecine de l'Université Côte d'Azur, la revue semestrielle PSPA (<https://pspa.episciences.org/>) a proposé -en open access- 7 numéros, regroupant au total 30 articles rattachées à l'idée d'analyser le « partenariat de soin avec le patient ». Cette revue francophone entièrement accessible en *open access* est maintenant gérée sous la forme d'une épi-revue du Centre pour la Communication Scientifique Directe (CCSD). Elle se définit sur sa page d'accueil comme recueillant « des articles qui traitent de savoirs des patients, proches ou de citoyens, particulièrement lorsqu'ils sont mobilisés avec ceux de professionnels de santé et en complémentarité, que ce soit dans les milieux de soin, dans la recherche, dans la formation ou en éducation populaire dans le domaine de la santé et des processus de partenariat entre ces acteurs »<sup>1</sup>. Avec un tel positionnement éditorial, elle occupe une place singulière dans le paysage des revues liées à la santé publiées en France qui mérite d'être explorée à l'heure du développement des discours et pratiques de tels partenariats.

L'objectif de cet article est de proposer une classification des thématiques abordées dans ces numéros, fondée sur les spécificités des vocabulaires (ou lexiques) utilisés. L'idée est aussi de regarder à cette occasion si ces familles de lexiques peuvent être corrélées avec les origines géographiques ou professionnelles des auteurs ou encore différenciées selon les numéros. Ce travail permettra aussi de construire par la suite des comparaisons avec des revues internationales se positionnant selon des projets éditoriaux plus ou moins proches, comme la revue *open access* qu'est le *Journal of Participatory Medicine* (<https://jopm.jmir.org/>).

## **2. Méthode générale et paramétrage**

Pour conduire le présent travail, le logiciel d'analyse lexicale Iramuteq (disponible à l'adresse <http://iramuteq.org>) a été utilisé. Cet outil libre mis au point par Pierre Ratinaud (Ratinaud et Déjean, 2009) permet en particulier de classer des textes ou segments de textes grâce à un algorithme créé par Max Reinert (1987) et diffusé depuis ses origines par le biais du logiciel commercial Alceste.

En partant d'un corpus textuel comme celui de ces 30 articles, l'algorithme permet d'identifier des classes de mots souvent employés ensemble dans certains d'entre eux et peu employés dans les autres. Ainsi, à partir de ces classes, il est possible de proposer une partition des articles (ou des phrases qui les composent) en quelques groupes caractérisés par les mots qui en sont les

---

<sup>1</sup> Voir <https://pspa.episciences.org/>

plus emblématiques. Concrètement, le résultat de l'algorithme se présente sous la forme deux classifications duales (une avec des classes de mots et l'autre avec les classes de fragments de corpus qui y correspondent). On peut ensuite regarder également si tel ou tel de ces groupes d'articles (ou de phrases) se trouve plus ou moins corrélé à certaines modalités de variables descriptives, choisies préalablement, comme des numéros de revue ou années de publication, ou encore à certaines caractéristiques des auteurs (comme leurs pays ou disciplines d'origine). Les caractéristiques des classifications sont déterminées grâce à plusieurs paramètres, comme cela est indiqué en encadré 1.

#### **Encadré 1 : Paramétrage d'une analyse Reinert avec le logiciel libre Iramuteq**

Concrètement, plusieurs types de paramétrages sont possibles.

Il faut tout d'abord faire le choix du corpus que l'on considère comme susceptible de représenter le mieux le corpus d'articles. On peut choisir pour cela d'étudier les seuls titres ou d'y ajouter les mots clefs d'indexation, des résumés et bien sûr pourquoi pas les textes intégraux (en y incluant ou non les références bibliographiques citées). Même s'il est recommandé de tester systématiquement ces différentes possibilités, on peut être guidé par le fait que plus le corpus choisi est limité à des mots signifiants de chaque article (titres et mots clefs d'indexation, si ceux-ci sont bien discriminants), plus les classes devraient être clairement distinctes les unes des autres, mais bien sûr moins riches en détails. Ainsi dans le cas du présent travail, le choix qui a été fait après plusieurs essais est celui de retenir un corpus composé -pour chaque article- des titres, mots clefs d'indexation et résumés. De fait, l'usage des textes intégraux se révèle le plus souvent fournir des classifications très touffues, plus difficiles à interpréter ; en effet les termes qui pourraient être saillants s'y retrouvent noyés dans la diversité des développements déployés par les auteurs.

Un deuxième paramétrage correspond au choix des variables descriptives (et des modalités qu'elles peuvent prendre) pouvant servir à chercher des corrélations. Dans le cas présent, seront associées à chaque article 4 modalités de variables, à savoir le numéro de la revue, l'année de parution ainsi que le pays et la discipline (ou le statut) d'origine des auteurs<sup>2</sup>.

D'autre part, deux derniers paramètres concernent l'analyse lexicale par elle-même. L'un correspond à la façon de découper le corpus pour effectuer la recherche des mots qui se ressemblent. On peut au choix rechercher les mots les plus souvent utilisés ensemble dans chaque texte (ici les 30 articles), considéré chacun comme insécable, afin d'obtenir des classes de textes ou, -a contrario- découper chaque texte en phrases (ou segments de texte) et effectuer la recherche des mots les plus fréquents au sein de la même phrase : on crée ainsi des classes non plus de textes mais de phrases (ici le corpus titre + résumé contient au total 167 phrases). Même si, là aussi, il est recommandé de tester les deux solutions, il est plus logique pour la présente analyse de se focaliser sur l'analyse en texte insécable, puisque le but est de comparer directement les articles et non pas le détail des phrases qui les composent. L'autre paramètre de réglage de l'analyse est le nombre de classes espérées à la suite du traitement. Pour le régler, on ajuste dans le logiciel le nombre de classes terminales (NCT) attendues ainsi que, si nécessaire, la taille minimum des classes à retenir (nombre minimum de phrases ou textes par classe, NMS).

Enfin, il est utile de préciser deux points techniques : Iramuteq peut être réglé pour séparer les mots signifiants (appelés « actifs ») de ceux qui n'ont que des fonctions secondaires, comme les articles,

---

<sup>2</sup> Ces données ont été fournies directement par Luigi Flora, directeur de la revue PSPA

démonstratifs, conjonctions ou adverbes qu'alors le logiciel ne prendra pas en compte dans les analyses. Iramuteq peut aussi être paramétré pour rassembler toutes les formes conjuguées ou accordées d'un même mot avec celle que ce mot prend à l'infinitif ou au masculin singulier (et qui est appelée « lemme ») : ainsi toutes formes « médical, médicale, médicaux, médicales » sont additionnées comme étant des occurrences du lemme « médical », dans une opération intitulée « lemmatisation ».

De plus, Iramuteq propose des fonctions complémentaires : comptage de tous les mots employés dans tout le corpus selon les différentes modalités des variables choisies ou encore analyse sur la totalité du corpus des nombres de cooccurrences des mots au sein des mêmes textes. Cette dernière analyse est fournie sous la forme d'un graphe appelé « analyse des similitudes » (Ratinaud et Marchand, 2012).

### 3. Description du corpus et comptage des mots

Le travail présenté ici a été effectué avec les titres et résumés des 30 articles de PSPA tels que ceux-ci sont disponibles à l'adresse <https://pspa.episciences.org/> . Le tableau 1 donne le nombre d'occurrences par année des 24 mots (lemmes au sens de l'encadré 1) apparaissant au moins 12 fois dans le corpus. Sans surprise, ce sont les termes « patient, santé, soin et partenariat » qui arrivent en tête (plus de 2 fois par article). On peut juste noter l'écart important entre « patient » (143, soit 4,5 fois en moyenne par article) et « malade » (15 fois, dont 14 en 2022) et sa fluctuation selon l'année.

Lemme	*Y_2020	*Y_2021	*Y_2022	*Y_2023	*Y_2024	Total
patient	40	31	25	3	44	143
santé	11	24	28	10	6	79
soin	20	21	11	7	11	70
partenariat	23	13	11	3	14	64
partenaire	8	3	8	2	14	35
professionnel	7	10	9	2	3	31
recherche	6	5	7	2	2	22
social	1	8	0	5	7	21
approcher	5	3	7	1	2	18
médical	4	10	3	0	1	18
formation	5	4	3	0	5	17
mettre	5	4	1	1	5	16
engagement	0	4	3	0	8	15
malade	0	1	14	0	0	15
article	4	6	3	1	1	15
projet	9	0	1	0	3	13
travail	1	1	4	1	6	13
médecin	0	5	5	0	3	13
qualité	1	5	0	2	5	13



Figure 1 : graphe des co-occurrences des mots apparaissant ensemble au moins 5 fois dans le même résumé d'article (fonction « analyse des similitudes » d'Iramuteq)

#### 4. Classification des articles et des lexiques employés

Au-delà de ces comptages généraux, l'algorithme de classification de Reinert, réglé pour obtenir 5 classes de mots, permet d'obtenir la classification qui est représentée sur la figure 2. Ce graphique, appelé dendrogramme, montre les mots les plus spécifiques de chacune de ces classes, dont on peut donc considérer qu'elles correspondent à des familles d'intérêts spécifiques des différents articles.

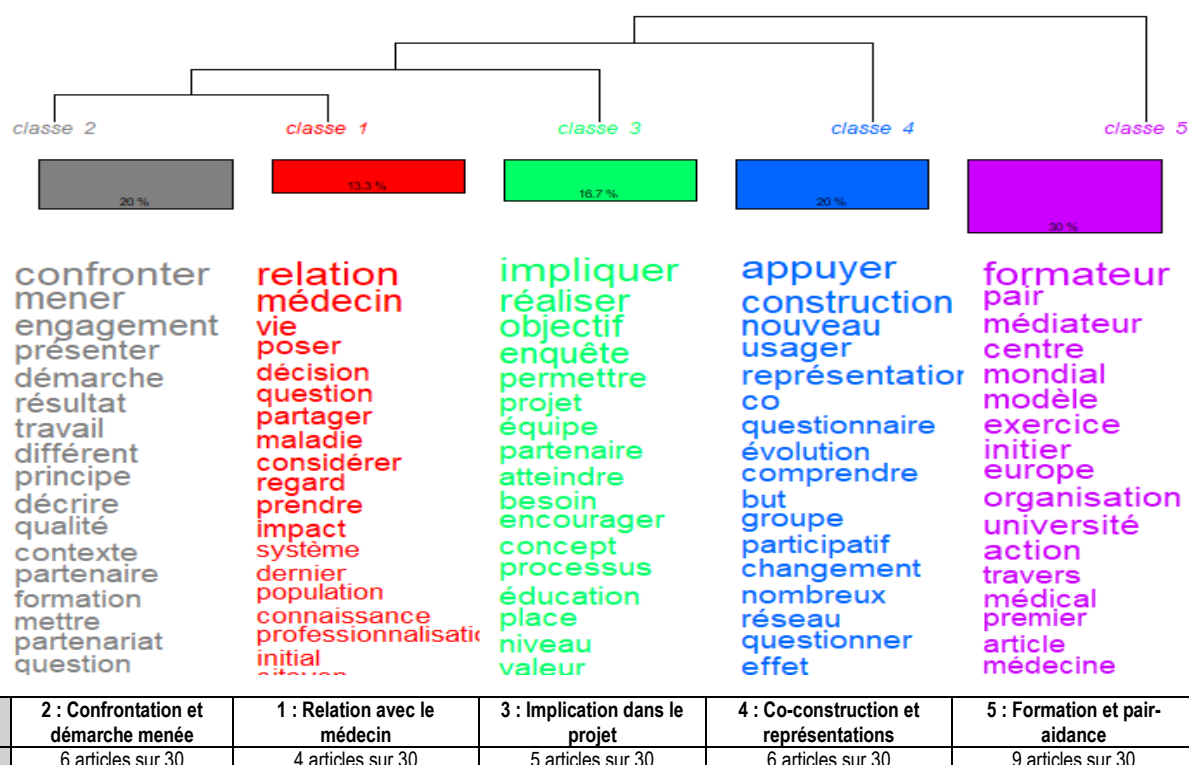


Figure 2 : classification en 5 classes des mots les plus utilisés souvent utilisés ensemble dans les titres et résumés de 30 articles : liste des mots spécifiques et nombre d'articles attribués à chacune de ces classes.

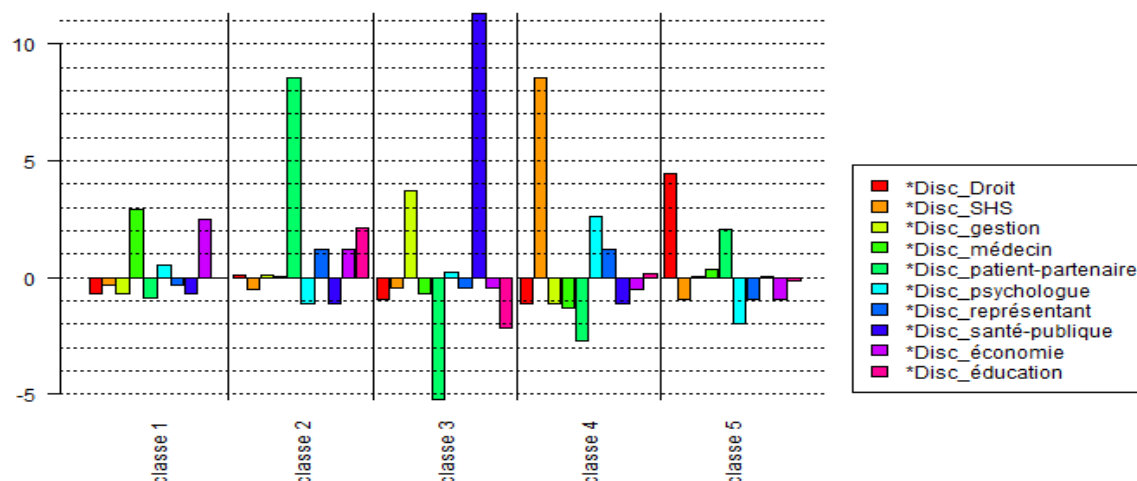
On observe que les listes de mots repérés ne comportent pas les mots les plus fréquents du corpus que sont « patient, santé, soin et partenariat ». Cela confirme comme cela était visible sur la figure 1 qu'ils sont aussi centraux c'est-à-dire presque équitablement répartis entre les classes d'articles, contrairement à ceux qui sortent en tête des listes dans ce dendrogramme.

Le tableau inséré en bas de la figure 2 indique les nombres d'articles correspondant respectivement à ces 5 classes et propose des noms qui peuvent leur être donnés. A noter que la numérotation de ces classes qui résulte de l'algorithme de classification correspond simplement

à l'ordre de discrimination des classes et non à leur importance relative. En annexe, le tableau TA récapitule le classement de l'ensemble des 30 articles dans ces 5 classes.

### 5. Exploration des classifications obtenues et recherches de corrélations

Une fois ces 5 classes déterminées, on peut rechercher d'éventuelles corrélations avec les modalités des différentes variables utilisées pour caractériser les articles, à savoir les origines disciplinaires et géographiques des auteurs ainsi que les années et numéros de publication. Ainsi, pour chacune de ces classes de mots, la figure 3 indique les coefficients de corrélation avec les disciplines d'origine, la figure 4 par numéro de la revue, et la 5 par pays des auteurs (attention, sur ces figures, les classes ne sont pas dans le même ordre que dans le dendrogramme de la figure 2 et doivent être remises dans le bon ordre pour explorer correctement les corrélations).



1 : Relation avec le médecin	2 : Confrontation et démarche menée	3 : Implication dans le projet	4 : Co-construction et représentations	5 : Formation et pair-aidance	Nom de la Classe
4 articles sur 30	6 articles sur 30	5 articles sur 30	6 sur 30	9 sur 30	Nombre d'articles
Médecine /Economie	Patient partenaire	Santé publique /Gestion	SHS	Droit /Patient partenaire	Disciplines corrélées ou non

Figure 3 : coefficients de corrélation (ou d'anti-corrélation pour les valeurs négatives) entre les classes et les disciplines d'origine des auteurs. La valeur en ordonné est le  $\chi^2$  de la répartition des articles de cette modalité dans la classe considérée par rapport à une répartition qui serait équitable entre toutes les classes

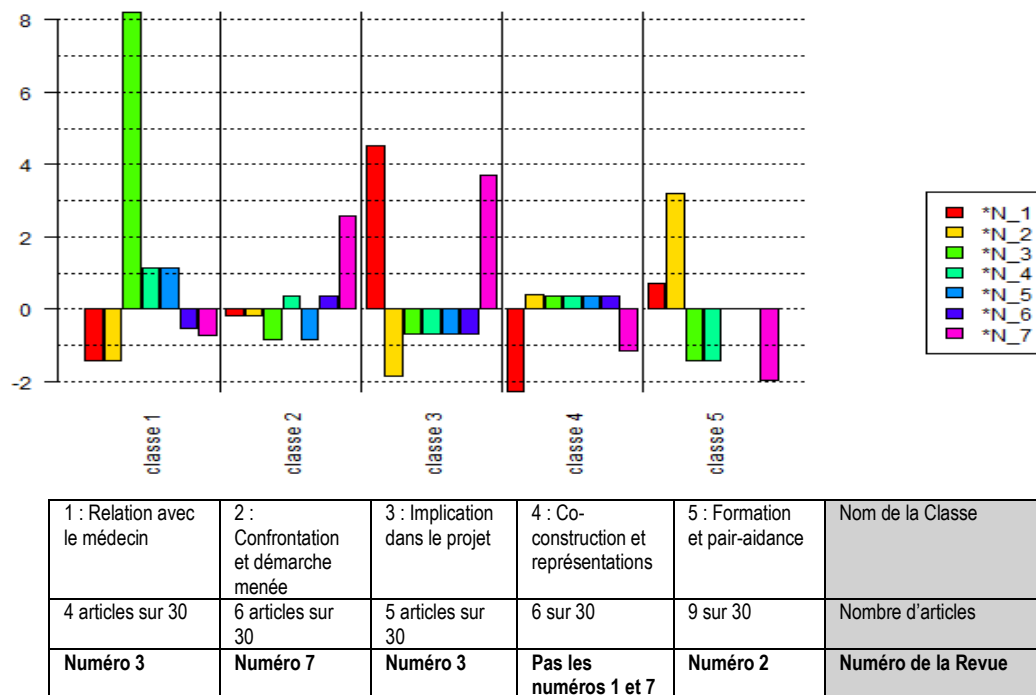


Figure 3 : coefficients de corrélation (ou d'anti-corrélation pour les valeurs négatives) entre les classes et les numéros de la revue PSPA

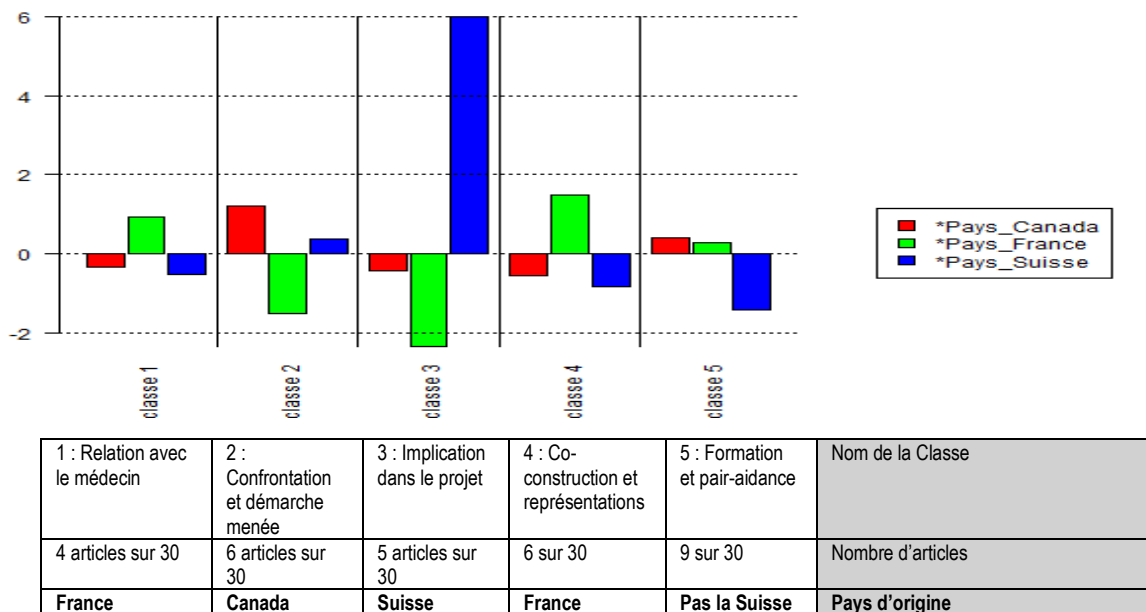


Figure 4 : coefficients de corrélation (ou d'anti-corrélation pour les valeurs négatives) entre les classes et les pays d'origine des auteurs.

## 6. Synthèse, limites et conclusion

A partir de cet ensemble d'éléments, on peut donc décrire le corpus des 30 articles de PSPA en résumant les caractéristiques des classes de cette classification comme cela est décrit dans l'encadré 2

**Encadré 2 : description des contenus éditoriaux de PSPA fondés sur la classification en 5 classes présentée**

**Classe 1 : 4 articles concernant la relation avec le médecin**

Cette classe dont les mots les plus significatifs sont « relation, médecin, vie, poser décision » regroupe 4 articles, dont voici un titre caractéristique : « **parcours de soin disparate et complexe évaluations et impacts sur la qualité de vie des patientes endométriosiques** ». Elle montre une corrélation spécifique avec les disciplines « médecin » et « économie », le N°3 et le pays France.

**Classe 2 : 6 articles concernant la confrontation et les démarches menées**

Cette classe dont les mots les plus significatifs sont « confronter, mener, engagement » regroupe 6 articles du corpus dont voici un titre caractéristique « **opérationnalisation du partenariat de soin avec les patients mise en œuvre d'une recherche intervention en Occitanie** ». Elle montre une corrélation spécifique avec les disciplines « patient-partenaire » et secondairement « éducation », n°7 et le pays Canada.

**Classe 3 : 5 articles concernant implication dans le projet**

Cette classe dont les mots les plus significatifs sont « impliquer, réaliser, objectif, enquête » regroupe 5 articles dont voici un extrait caractéristique « **pratiques institutionnelles concernant l'approche patient partenaire apps en Lorraine** ». Elle montre une corrélation spécifique avec les disciplines « gestion » et « santé publique », les Numéros 1 et 7 et le pays : Suisse

**Classe 4 : 6 articles concernant la co-construction et la représentation**

Cette classe dont les mots les plus sont significatifs « appuyer, construction, nouveau, usager, représentation » regroupe 6 articles dont voici un extrait caractéristique « **comment la réflexivité des malades est-elle envisagée par les professionnels de santé dans le cadre de l'accompagnement médical ?** ». Elle montre une corrélation spécifique avec les disciplines « SHS », « psycho », « représentant », et avec le pays France

**Classe 5 : 9 articles concernant la formation et la pair-aidance**

Cette classe dont les mots les plus significatifs sont « formateur, pair, médiateur » regroupe 9 articles dont voici un titre caractéristique « **paradoxes de l'exercice de la pair aidance en santé mentale en France entre expérience prometteuse et pratique contestable** ». Elle montre une corrélation spécifique avec les disciplines « droit » et « patient-partenaire » et N°2.

**Discussion des corrélations**

L'analyse des corrélations entre les classes et les numéros (figure 4) met bien en évidence le fait qu'il y a des thématiques spécifiques à des numéros, comme les relations avec les médecins dans le numéro 3 ou l'implication dans le projet comme les numéros 1 et 7. En revanche, on ne voit pas pour l'instant des évolutions temporelles franches, mais simplement des indices suggérant d'éventuelles tendances : classe 2 en augmentation et classe 5 en diminution, mais le volume de données et l'empan temporel sont trop faible pour qualifier ce phénomène. Par

ailleurs, les spécificités disciplinaires ou géographiques (figures 3 et 5) sont d'ores et déjà assez frappantes et peuvent être dès maintenant analysées au regard du projet éditorial de la revue, ce qui dépasse les possibilités de ce simple article consacrée à l'analyse lexicale brute en elle-même.

### Limites et prolongements

Bien sûr en jouant sur les paramétrages possibles d'Iramuteq (encadré 1), il est possible de produire de nombreuses autres versions de classifications, plus ou moins détaillées ou centrées sur des dimensions différentes (par exemple titres seuls versus détail des phrases des résumés). Dans cet article à visée didactique, nous avons choisi de nous concentrer sur une analyse fournissant une classification facile à lire de ce corpus. En ce qui concerne les conclusions scientifiques de ce travail, nous pouvons dire qu'ici elles se limitent à montrer la possibilité de cartographier la contribution de la revue PSPA au paysage thématique. Il ne s'agit bien sûr d'une première étape. Dès lors que nous disposerons d'une période de temps plus large que 4 ans ou d'un échantillon de revues de comparaison (se positionnant selon des projets éditoriaux plus ou moins proches, comme la revue *open access* qu'est le *Journal of Participatory Medicine* (<https://jopm.jmir.org/>), ce travail pourra servir de base et s'élargir progressivement en observatoire de cette production thématique, comme cela a déjà été fait dans d'autres domaines connexes (Las Vergnas et al., 2017) ou pour d'autres revues (Las Vergnas et al., 2023).

### **Références bibliographiques**

Note de l'auteur : Pour des raisons de place, les articles de la revue PSPA ne sont pas listés en bibliographie, mais simplement repérés par leurs titres dans le tableau TA en annexe et le lecteur est renvoyé au site *open access* de la revue pour en retrouver les caractéristiques complètes ainsi que les textes intégraux à l'adresse : <http://pspa.episciences.org>

- Las Vergnas, O., Jouet, E. et Renet, S. (2017). Entre reconnaissance des savoirs expérientiels des malades et coopérations réflexives collectives : un point d'étape bibliométrique. *Politiques de communication*, 2017, Le patient en observation, N°9, pp.117-161. [{hal-01781174}](#)
- Las Vergnas, O., Bury, P. et Jeunesse, C. (2023). Analyse de vingt ans d'articles de recherche dans la revue *Savoirs* : présentation de la méthode de catégorisation des courants de recherche. *Savoirs : Revue internationale de recherches en éducation et*

formation des adultes, 2023, La formation, champ de recherche, 2023/1-2 (61-62), pp.27-50. ([hal-04085530](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-04085530))

- Ratinaud P. et Déjean S. (2009). IRaMuTeQ : implémentation de la méthode ALCESTE d'analyse de texte dans un logiciel libre. Modélisation Appliquée aux Sciences Humaines et Sociales (MASHS2009). Toulouse - Le Mirail.
- Ratinaud P. et Marchand P. (2012) L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels : les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). 11èmes Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles, 2012, Liège, Belgique. 687-699. En ligne à <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20a.%20-%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>
- Reinert M. (1987). Un logiciel d'analyse lexicale. Cahiers analyse des données, 11-4, 471-484. En ligne à [http://www.numdam.org/item/CAD\\_1986\\_\\_11\\_4\\_471\\_0](http://www.numdam.org/item/CAD_1986__11_4_471_0)

Année	N°	Classe	Titre de l'article
2020	1	5	Le déploiement du partenariat avec les patients dans la formation initiale des professionnels de la santé
2020	1	5	Enseigner l'exercice médical par l'Art et les savoirs expérientiels avec la participation du patient
2020	1	3	Le Projet de soins anticipé : un premier pas du réseau vers le partenariat entre patient-e-s et professionnel-le-s de la santé
2020	1	3	Connaissance, perception et définition du concept « Patient Partenaire de Soins » : qu'en pensent les professionnels de santé impliqués en éducation thérapeutique ?
2020	1	3	Pratiques institutionnelles concernant l'Approche Patient Partenaire (APPS) en Lorraine
2020	1	2	Opérationnalisation du partenariat de soin avec les patients : mise en œuvre d'une recherche-intervention en Occitanie
2020	1	5	Le centre d'innovation du partenariat avec les patients et le public : Un moteur du développement de la culture du partenariat de soin avec le patient, avec les patients et le public en Europe.
2021	2	5	Du patient-formateur au médiateur de santé-pair : histoire d'une formation universitaire ancrée dans la cité
2021	2	4	Démocratie et engagement en santé - Démocratie sanitaire, représentation, participation, engagement
2021	2	5	De la création d'un contexte du partenariat de soin avec le patient possible pour chaque citoyen, à la professionnalisation de patients au service de l'intérêt général
2021	2	4	Co-construction entre usagers et professionnels dans la recherche et le soin
2021	2	5	Paradoxes de l'exercice de la pair-aidance en santé mentale en France : entre expérience prometteuse et pratique contestable
2021	2	2	Pour une vision du soin en adéquation avec son temps et son appropriation par les populations et leurs organisations
2021	2	5	L'exercice médical à travers les mutations et l'émergence du partenariat de soin avec le patient
2021	3	4	La contribution des patients au développement des connaissances professionnelles sur les réseaux sociaux
2021	3	1	Parcours de soin disparate et complexe : évaluations et impacts sur la qualité de vie des patientes endométriosiques
2021	3	1	Implémentation du Dossier Médical Partagé dans l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants en médecine générale : représentations des principaux acteurs
2022	4	2	Analyse réflexive du partenariat en santé à partir de mon expérience de patiente-partenaire
2022	4	4	La participation des patients : défis et enjeux de la co-innovation en santé connectée
2022	4	1	Innover en partenariat par la création d'une aide à la décision d'applications mobiles dans la relation médecin-patient : la recherche ApiAppS -
2022	5	4	Comment la réflexivité des malades est-elle envisagée par les professionnels de santé dans le cadre de l'accompagnement médical ?
2022	5	1	Patient partenaire et transfert dans le soin
2022	5	5	Médiateur de Santé/Pair et psychoéducation en santé mentale : une rencontre sous les auspices de l'innovation dans le soin
2023	6	4	Rien sur nous sans nous : études exploratoires et participatives des groupes des entendeurs de voix en France
2023	6	5	Santé bucco-dentaire, petite enfance et précarité : une analyse des freins et des leviers à l'accès aux soins à travers le vécu des familles
2023	6	2	Attribuer un prix de thèse de médecine générale en partenariat avec des patients partenaires
2024	7	3	Vers une participation effective des patients à la formation initiale des médecins : retour sur les travaux menés par le ministère chargé de la santé
2024	7	2	Mise en œuvre d'un dispositif expérimental en Bretagne pour sécuriser l'engagement patient dans le partenariat en ETP, au regard de son statut et de la préservation de ses droits sociaux
2024	7	3	Les enquêtes SCAPE en Suisse pour recueillir l'opinion des patientes et patients et favoriser le partenariat patient-chercheur
2024	7	2	Qui sont les patients partenaires formés par le DU Art du soin en partenariat avec le patient ?

Tableau TA : Liste complète des 30 articles mentionnant leur classification dans les 5 classes décrites dans le corps du texte

**Titre**

Partenariat patient et nouvelles technologies : vers une amélioration des pratiques médicales ?

Patient partnership and new technologies: towards improved medical care?

**Auteurs**

Arthur CLAESSENS (1) \* ; Emmanuelle VERKEST (2) ; Jean-Jacques ERBSTEIN (3)

(1) Département d'oncologie médicale, Institut de Cancérologie de Lorraine

(2) Centre national de ressources et de résilience et patiente engagée

(3) Médecin généraliste libéral, écrivain et patient engagé

\* Auteur correspondant

**Mots clés**

Patient partenaire, empowerment, e-santé, intelligence artificielle, décision partagée

Patient partnership, empowerment, e-health, artificial intelligence, shared decision-making

**Abréviations**

IA : Intelligence artificielle

## **Abstract**

Les nouvelles technologies remodelent la société et le système de santé. Nous investiguons dans ce travail les implications entre santé numérique, intelligence artificielle, plateforme de santé sur l'engagement des patients et leurs interactions avec les soignants. Au travers d'une analyse matricielle, les différents atouts et opportunités mais aussi faiblesses et menaces issues des nouvelles technologies et pesant sur le partenariat sont analysés. L'intégration des outils numériques se doit d'être un levier d'empowerment des patients sans altérer la relation de soin ni la personnalisation des décisions médicales. Une régulation adaptée, une meilleure littératie numérique et une accessibilité des solutions adaptée aux acteurs semble être un compromis nécessaire pour développer un partenariat patient équilibré et éthiquement acceptable à l'ère du numérique.

New technologies are reshaping society and the healthcare system. In this article, we investigate the implications of e-health, artificial intelligence and health platforms for patient engagement and interaction with healthcare providers. Through a matrix analysis, the various strengths and opportunities, as well as weaknesses and threats, arising from these new technologies and impacting on the patient partnership, are analyzed. The integration of digital tools must be a driver of patient empowerment, without altering the care relationship or the personalization of medical decisions. Appropriate regulation improved digital literacy and accessibility of solutions adapted to the different actors seem to be a necessary compromise for developing a well-balanced and ethically acceptable patient partnership in the age of digital healthcare.

## **Introduction**

Les nouvelles technologies transforment la société et les interactions entre les êtres humains. Le déploiement ces dernières années de l'intelligence artificielle (IA) accélère encore ces tendances et modifie les comportements des populations et les interactions avec le système de santé. Le partenariat patient est une démarche bilatérale, collaborative entre un patient, ses aidants et les professionnels de santé qui l'entourent vers un objectif commun de décision partagée et d'empowerment (autonomisation) des patients face à leurs pathologies. Cette approche, comme illustrée par Pomey dans le « Montreal model », propose une amélioration de la qualité du soin au travers de l'approche expérientielle du patient et de son implication dans le système de santé. Cette revue propose d'explorer comment les nouvelles technologies redéfinissent la construction et la prospérité du partenariat de soin. [1]

## **Matériel et méthodes**

La méthodologie de ce travail est organisée autour d'une revue narrative argumentée, fondée sur une sélection raisonnée de sources issues de la littérature scientifique et d'avis d'experts, et structurée selon une approche matricielle SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces) permet une approche globale de la problématique. Les axes d'intérêts étaient l'intégration des nouvelles technologies pour le partenariat patient autant pour la gestion des pathologies chroniques, l'amélioration de la prise en charge que pour l'optimisation de la décision partagée. L'acceptation des nouvelles technologies a été abordée. La discussion est co-construite autour de la thématique proposée et agrémenté d'une sélection d'articles se limitant aux publications issues de journaux à comité de lecture pour illustrer les dimensions abordées dans l'analyse matricielle.

## **Résultats**

Le panorama du partenariat patient à l'ère du numérique a été dressé en 4 grandes catégories ayant pour objectif de structurer la réflexion et analyser les différentes contraintes entre les praticiens et les patients pour établir un partenariat patient de qualité face aux nouvelles technologies en 2025. L'ensemble des résultats est synthétisé dans la figure 1.

## Forces

Cette section propose un panorama des atouts existants favorisant l'intégration des nouvelles technologies dans le développement du partenariat patient. Ces éléments technologiques identifiés contribuent favorablement à renforcer la relation de soins.

### *Patients et soignants citoyens.*

Les patients comme les soignants évoluent dans un environnement complexe et une société en constante évolution. L'adoption des outils numériques font désormais partie du quotidien. L'appropriation par les patients d'internet et des nouvelles technologies s'est développé parallèlement à l'essor de ces solutions numériques. L'usage de ces outils dépend de multiples facteurs, et leur utilisation permet aux patients et aux soignants de s'organiser en réseaux, d'interagir et de créer des espaces d'échange. [2]

### *Adoption croissante*

L'adoption croissante par les professionnels de santé des solutions de télémédecine ou des assistants virtuels entraîne une transformation du mode d'exercice, allant de la prise de consultation à la gestion des examens complémentaire, jusqu'à la chirurgie augmentée. Les solutions disponibles sont en expansion rapide, avec un intérêt pour les logiciels visant à améliorer le diagnostic, le traitement et l'optimisation du temps de travail. Le développement des objets connectés est également un axe de développement majeur. [3]

### *Données biométriques et connectées*

Les données biométriques, en particulier celles recueillies par les objets connectés, offrent une nouvelle perspective de développement. Elles permettent aux professionnels de la santé de suivre les patients en continu et de gérer leur état de santé en temps réel.

## Opportunités

Cette section dresse un aperçu des ressources actuellement peu exploitées, dont l'activation pourrait favoriser le développement du partenariat entre patients et soignants.

### *Améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.*

Faciliter l'accès aux soins dans les zones sous-dotées Dans les régions où la présence de professionnels de santé est limitée, l'accès aux soins requiert des solutions innovantes et adaptées. Si les outils numériques ne sauraient remplacer les soignants, ils permettent néanmoins d'assurer un suivi à distance et d'intervenir auprès des patients malgré l'éloignement géographique. Ces technologies offrent ainsi une meilleure réactivité face aux difficultés rencontrées, qu'elles soient exprimées ou non par les patients.

#### *Renforcer l'éducation thérapeutique*

Développer l'éducation thérapeutique L'éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques mobilise de nombreux acteurs et place le patient au cœur du dispositif. Les outils numériques enrichissent le savoir collectif issu de l'expérience et donnent aux patients la possibilité de co-construire leurs connaissances de manière dématérialisée. Ils facilitent également la compréhension des spécificités de la maladie et des contraintes associées, contribuant ainsi à une gestion plus autonome et efficace de leur santé.

#### *Interactions continues avec le système de santé*

Les outils numériques permettent de favoriser la mobilité du patient au-delà de son environnement, tout en maintenant un lien constant avec les soignants. Un suivi à distance avec un accompagnement médical est désormais possible, quel que soit leur lieu de vie.

#### Faiblesses

Cette section propose un panorama des obstacles limitant l'intégration des nouvelles technologies dans le développement du partenariat patient voir de son impact potentiellement négatif.

#### *Manque de confiance dans l'outil numérique, personnalisation de l'interaction*

L'adoption des solutions numériques est souvent freinée par un manque de confiance envers les outils et par le besoin de réponses personnalisées. Le manque de reproductibilité entre deux réponses générée par l'intelligence artificielle (IA) est fréquemment cité comme un facteur de réticence à l'adoption de ces solutions. De plus, la personnalisation des réponses générées peut parfois être limitée voir sembler inappropriée dans certaines

situations, en fonction des caractéristiques socio-culturelles et de l'expérience de la personne utilisant un outil numérique. Les réponses des outils numériques peuvent également souffrir d'un « manque d'empathie » ce qui peut être perçu comme un obstacle par les utilisateurs. Enfin, la compréhension insuffisante du fonctionnement de ces solutions peut limiter leur acceptation au sein de certaines populations.

#### *Intégration des technologies dans le système de santé, acculturation numérique*

Les inégalités socio-économiques ou générationnelles peuvent limiter la mise en place des solutions numériques. Le choix de l'indépendance de l'humain vis à vis de l'outil numérique est de plus en plus remise en question dans toute la société. L'accès à un réseau fiable et sécurisé est également une question structurelle limitante. L'obligation numérique s'est imposée au quotidien, parfois vécue comme brutale ou inappropriée, notamment lorsque l'acculturation n'a pas eu lieu. Cela représente une contrainte majeure pour l'intégration des nouvelles technologies dans le partenariat de soin. Cependant, il est important de souligner que cette problématique ne relève pas uniquement de la responsabilité du professionnel de santé ni du patient. Les réticences sont liées au changement de paradigme qu'elle implique dans la relation entre le patient et le soignant. En effet, lorsque le soignant consacre du temps à expliquer l'utilisation d'une solution, ce temps n'est pas dédié à la discussion des problématiques de santé du patient, ce qui peut susciter des frustrations. [4,5]

Il est également pertinent de mettre en perspective le temps médical, en particulier lorsque ce sont les patients qui suggèrent des outils numériques pertinents pour leur suivi. Dans ce cas, la disponibilité du soignant à accepter un enseignement sur l'usage de ces nouvelles plateformes proposées par le patient constitue une question importante.

#### Menaces

Cette section propose un panorama des facteurs susceptibles d'entraver ou compromettre d'intégration des nouvelles technologies au développement du partenariat patient.

#### *Contraintes réglementaires*

Initialement non régulées, les nouvelles technologies font désormais face à des réglementations croissantes. La mise en place de lois, chartes et labellisations (nécessaires)

pourrait menacer le développement de solutions numériques indépendantes, (d'acteurs institutionnels ou privés), au profit de solutions souvent non spécifiques proposées par les grandes entreprises du secteur numérique. Les limitations de financement des solutions indépendantes peuvent restreindre l'innovation et diminuer la qualité. Une dynamique autour de l'émergence de start-ups centrées sur la rentabilité et l'exploitation des données personnelles, entre en tension avec l'éthique de manière préoccupante.

### *Enjeux éthiques*

Les enjeux éthiques liés à l'utilisation des outils numériques dans le partenariat patient-soignant concernent plusieurs dimensions, notamment la question des réponses génériques et non personnalisées, ainsi que la surestimation des capacités de l'IA. Les réponses fournies par l'IA peuvent manquer de nuances et être inadaptées à des situations individuelles spécifiques. La dénomination même « d'intelligence artificielle » suggère une forme d'infaillibilité, pouvant amener à accorder une confiance aveugle aux réponses générées. Ce phénomène, a déjà été observé avec l'émergence d'Internet avec les moteurs de recherche qui jouaient un rôle similaire. Une différence majeure reste qu'avec le moteur de recherche, l'utilisateur a la possibilité d'interroger plusieurs sources, et de conserver une conscience active du processus de recherche. Avec l'IA générative, c'est la formulation même de la question qui détermine une réponse prédigérée, supprimant ainsi la médiation critique et réduisant l'autonomie de l'utilisateur dans l'interprétation des informations. [6]

### *Résistances organisationnelles*

La prolifération des solutions numériques limite la lisibilité et ne garantit pas leur interopérabilité. Le millefeuille numérique constitue un obstacle potentiel à l'intégration efficace des technologies dans un système de santé complexe, où la coordination et l'harmonisation des outils sont essentielles. La mise en place, la formation, le suivi et l'intégration des solutions numériques dans leur pratique quotidienne représente également un défi majeur du temps soignant. Ce besoin de temps supplémentaire peut constituer un facteur limitant, freinant l'adoption des technologies numériques et leur intégration dans les processus de soins quotidiens.

### *Réticences des acteurs impliqués*

Du point de vue du patient, la numérisation des données biométriques peut générer des inquiétudes et une crainte de jugement, ce qui pourrait affecter négativement la relation de soin. Concernant les professionnels de santé, la collecte automatisée de données et la possibilité d'obtenir des avis spécialisés en temps réel entraînent un besoin accru de disponibilité, potentiellement au détriment du temps dédié à la consultation. Le dossier patient unique, conçu pour faciliter la coordination des soins, introduit un paradoxe en uniformisant et décontextualisant les données du patient. Bien que l'accès universel aux données soit censé améliorer la prise en charge, il peut au contraire nuire à la relation soignant-soigné en traitant la confidentialité des données comme une question purement technique. Ce traitement administratif risque de masquer les impacts relationnels, comme le fait que certains patients peuvent s'autocensurer par crainte d'être jugés. Par exemple, un antécédent de dépression noté dans le dossier patient unique devient une donnée brute, déconnectée de son contexte, alors qu'un soignant se doit de nuancer et contextualiser cette information lors d'une consultation orale. L'IA amplifie cette problématique en automatisant l'interprétation des données sans saisir les subtilités du non-dit, ce qui peut conduire à des erreurs d'interprétation. L'accès illimité aux données par l'ensemble des soignants, bien qu'envisagé pour améliorer la prise en charge, peut objectiver le patient et engendrer des interprétations hors contexte, remplaçant ainsi la relation dialogue professionnel-patient par une vérité administrative.

## **Discussion**

L'apport des nouvelles technologies dans le partenariat patient ne répond pas à une logique unidirectionnelle. Même si des avancées certaines sont observées, des limites s'exercent quant à son apport positif dans le partenariat de soin. L'appropriation par le patient et le soignant des nouvelles technologies est complexe et multidimensionnelle [7] (Figure 2).

### Engagement des patients dans leur parcours de soin à l'ère du numérique

Entrer en maladie constitue une étape singulière dans le parcours de vie, souvent accompagnée d'un bouleversement des repères habituels. Ce moment, bien qu'encadré par les professionnels de santé et les proches, place le patient dans une posture nouvelle pouvant générer un sentiment de dépossession de son rôle habituel. Cette transition, qui implique un temps nécessaire d'adaptation, peut être l'occasion pour le patient d'explorer et

de s'approprier le numérique. Il peut rapidement devenir un soutien essentiel, permettant de répondre : aux questions restées en suspens ou n'ayant pu être exprimées après une consultation, incompréhensions, ou encore au besoin d'informations complémentaires.

Les outils numériques apportent une réassurance durant l'intervalle entre les consultations médicales. Ils permettent au patient d'accéder à une forme d'autonomie et/ou de réconfort, tout en contribuant à renforcer son implication active dans la gestion de sa santé. Les professionnels de santé peuvent, quant à eux, mobiliser ces outils en tant que supports complémentaires au partenariat patient-soignant. Ainsi, un temps en début de consultation pourrait être consacré à l'échange autour des recherches réalisées par le patient, des questions qui en ont découlé et des réponses obtenues. Pouvant clarifier les informations, tout en abordant l'impact émotionnel ou pratique ressenti par le patient, renforçant ainsi la relation et favorisant une approche collaborative.

Les outils numériques sont plus efficaces si le patient y est sensibilisé et familiarisé, comme les patients âgés se tournent de plus en plus vers ces technologies afin de gagner en autonomie et en capacité d'auto-prise en charge. Bien que les nouvelles technologies soient parfois perçues comme complexes ou peu intuitives ; des formats adaptés, des tutoriels courts, visuels et auditifs, facilitent grandement leur adoption. Ces supports permettent d'atteindre un large public, indépendamment du niveau de littératie numérique. Les outils numériques gagnent en qualité, en pertinence et en acceptabilité lorsqu'ils sont co-construits par des professionnels de santé et les personnes concernées (patients, proches). Cette approche participative favorise la création de solutions adaptées aux besoins et renforcent l'adhésion des utilisateurs. Ces technologies offrent l'opportunité de vivre la maladie différemment, en permettant notamment de dédramatiser certains aspects et en réduisant l'emprise que la maladie peut avoir sur le quotidien. Elles favorisent ainsi l'empowerment du patient et de ses proches, en mettant davantage l'accent sur les solutions et les ressources disponibles plutôt que sur les contraintes induites par la pathologie. [1, 8]

Reproduction des enjeux de la consultation physique

Le numérique ne parvient pas à résoudre certains enjeux déjà présents dans les interactions physiques. Par exemple, les patients vivant dans des déserts médicaux ont moins d'interactions avec les soignants que ceux résidant dans des zones urbaines. La rareté des consultations (virtuelles ou physiques), ne favorise pas la création d'un lien durable entre soignant et soigné. Par ailleurs, les patients résidant dans des zones mal desservies par le numérique peuvent adopter des attitudes extrêmes, allant d'un surinvestissement à un désengagement total vis-à-vis des outils numériques, ce qui nuit à une communication fluide. Enfin, le format numérique ne se prête pas toujours à l'échange spontané ou à la confiance, orientant plutôt les interactions vers des réponses directrices suivant un parcours prédéfini, ce qui limite l'expression libre et engagée du patient. [3]

### Comment les outils numériques modifient-ils la prise de décision partagée ?

La décision partagée, née de la rencontre, de la compréhension mutuelle et de l'expérience des acteurs, permet aux soignants et patients de définir un cadre clair et un espace de discussions autour des objectifs, des modalités et de la temporalité d'un accompagnement individualisé.

Les nouvelles technologies en santé, représentées historiquement par la télémédecine, la surveillance des maladies chroniques et du suivi à distance semblent utiles et efficace mais doivent rester complémentaires à la prise en charge humaine directe. [9, 10]

Le partage en temps réel d'informations concernant les délais, les étapes du parcours de soin ou les résultats d'examens constitue une avancée qui peut fluidifier le dialogue décisionnel et renforcer la transparence dans la relation soignant-soigné, même hors du cadre de la consultation conventionnelle. Cette réactivité permet d'ajuster plus rapidement la prise en charge lorsque la situation évolue. Les portails numériques spécialisés sur une pathologie ou un type de médecine permettent aux patients de s'entraider face à des problématiques spécifiques à leur besoins quotidien mais sont également source d'information majeure quant aux solutions thérapeutiques des autres internautes et des symptômes ou effets secondaires associés. Les soignants se doivent d'accueillir cette connaissance partagée et de la recontextualiser dans le cas précis du patient afin de tirer le meilleur parti de ces propositions, et d'ouvrir la discussions aux propositions thérapeutiques.

Toutefois, à l'heure actuelle, les obstacles les plus observés concernent principalement les aspects liés à l'expérience utilisateur (interfaces peu intuitives, architectures peu intuitives voire complexes, navigation contraignante), limitant l'adhésion effective aux outils. Les niveaux de littératie numérique proposés ne sont pas toujours adéquats, oscillant entre une infantilisation excessive ou complaisance pouvant induire des biais. Certaines solutions parfois fournissent ainsi un simulacre de réponse en reformulant la demande initiale, suivi de questions successives qui éloignent progressivement l'utilisateur de sa requête initiale, par manque de solutions ou par biais algorithmique. En l'absence de contact humain direct, les applications numériques doivent impérativement proposer un environnement fondé sur des valeurs favorisant au minimum une alliance thérapeutique, voire une relation de confiance avec l'outil proposé. Le professionnel de santé conserve un rôle central dans l'interprétation, la hiérarchisation et la contextualisation des données de santé. Cette médiation spécialisée est essentielle pour transformer l'information en décision éclairée et partagée, adaptée à chaque situation clinique. [11]

### Comment les outils numériques modifient-ils l'autonomie du patient ?

De l'autonomie informationnelle (accès aux données de santé, comptes rendus et analyses) à l'auto-surveillance et auto-évaluation des pathologies chroniques, les outils numériques peuvent être un levier pour augmenter l'autonomie des patients. L'observance thérapeutique peut trouver certains axes d'amélioration grâce aux innovations technologiques, via les objets connectés, messages de rappels, piluliers intelligents, pouvant améliorer la qualité de vie et l'adhésion au traitement.

Les auto-évaluations numériques peuvent, en complément du vécu du patient, objectiver certains symptômes ou effets indésirables. Elles facilitent l'analyse de la temporalité des symptômes et enrichissent la discussion avec le professionnel de santé.

Lorsque le dialogue direct entre patient et soignant s'avère difficile, notamment dans les situations où le patient rencontre des difficultés à verbaliser clairement ses souffrances ou ses problématiques ; certains comportements perçus comme socialement stigmatisant ou sensibles (addictions, troubles du comportement, comportements à risque, etc.) peuvent être passés sous silence par crainte du jugement. Cette peur conduit fréquemment les patients à taire leur problématique, les privant ainsi d'un soutien ou d'un accompagnement adapté. En dialoguant avec une IA neutre et non jugeant les patients auraient la possibilité

d'identifier des ressources pertinentes, d'acquérir des stratégies de régulation comportementale avant une première consultation ou dans l'intervalle entre deux rencontres avec un professionnel. Cet aspect facilitateur permettant aux patients de dépasser leurs craintes et d'initier un dialogue constructif avec les professionnels de santé semble être une promesse pour promouvoir l'établissement d'une relation de confiance et la prise en compte des spécificités individuelles. [12, 13, 14]

Cependant, l'usage de ces outils soulève aussi plusieurs limites. La multiplicité des supports appelle également à un accroissement de la complexité et pose des questions en termes d'interopérabilité des données. Les implications éthiques multiples notamment concernant les explications relatives à l'exploitation des données personnelles restent généralement insuffisantes, inintelligibles, voire opaques. Il convient par ailleurs de rappeler que les législations sont inégales entre les pays avec la possibilité de monétiser les données dans certains pays.

### Comment les outils numériques modifient la communication avec les médecins ?

Le partage en temps réel d'information concernant le temps d'attente, les prochaines étapes d'un parcours de soin, ou encore la disponibilité de résultats est une promesse des innovations technologiques déjà à disposition des patients et soignants et dont la dynamique d'expansion semble inarrêtable. Ces évolutions modifient aussi la manière dont les patients communiquent avec les soignants, que ce soit via les plateformes de santé partagées, messageries sécurisées. Ces communications asynchrones offrent plus de souplesse aux patients, qui peuvent transmettre leur situation à tout moment. Cependant, la réponse du professionnel de santé n'est pas toujours immédiate, ce qui peut générer des attentes non satisfaites ou des frustrations. Par ailleurs, tous les patients et soignants ne disposent pas des mêmes compétences numériques, avec de possibles inégalités dans la qualité des échanges. La multiplicité des canaux de communications hors de la consultation (appels et messages téléphoniques, courriels, photographies, plateformes de santé...) crée à la fois une fragmentation de l'information médicale, un manque de repère pour le patient afin de bien adresser sa demande mais également peut être à l'origine d'une charge mentale et

organisationnelle importante pour les professionnels de santé, au risque d'une perte de qualité de l'interaction et du lien de confiance.

L'usage intensif des nouvelles technologies tend à modifier notre manière de communiquer, souvent au détriment de la richesse expressive du langage et des émotions. Les textes produits par une IA par exemple sont généralement dépourvus des nuances et de l'expressivité propres à la parole vivante. Le langage numérique tend à effacer les variations expressives inhérentes à l'oralité humaine. Une formulation algorithmique reste nécessairement un reflet partiel de la parole humaine, tout comme une émotion simulée ne saurait se substituer à une interaction authentique. Pourtant, cette omniprésence du numérique ne passe pas inaperçue. Son intrusion dans nos vies suscite une résistance, une lutte silencieuse pour retrouver la force et le courage d'un vrai dialogue. Les interactions numériques, bien que pratiques, ne permettent pas toujours de restituer les nuances du langage oral. L'absence de tonalité, de langage corporel ou d'expression émotionnelle peut altérer la qualité de l'échange. [15]

### Vers des transformations profondes du partenariat patient

L'émergence et l'omniprésence du numérique pose la question de la redistribution des rôles des patients comme solution pour l'empowerment, des soignants avec la nécessité de comprendre et de maîtriser les outils pour les intégrer à leur pratiques et dans leur réflexion. L'éducation des professionnels de santé dès le début de leur cursus avec l'acquisition de nouvelles compétences requises pour l'adoption et la sublimation des outils. Les patients doivent pouvoir bénéficier de ces outils pour valoriser leur savoir expérientiel tant sur le plan individuel que l'élaboration d'espace d'échange (réseaux sociaux, sites spécialisés, messageries instantanées...) qui vivent ces deux dernières décennies des transformations profondes et redéfinissent les espaces décisionnels. Le numérique redéfinit aussi les attentes, les responsabilités et la place de chacun des acteurs dans la relation de soin. L'autonomie numérique doit rester le choix individuel de chacun des acteurs patient et soignant et ne doit pas être un motif d'exclusion de prise en charge comme le sont certains outils de service publique dématérialisé envers les populations vulnérables.

Nous pensons au terme de ce propos que l'intégration de nouvelles technologies dans le partenariat de soin doit être une opportunité pour que le patient gagne en autonomie et

que le savoir expérientiel puisse s'exprimer. L'organisation de réseaux de soins dématérialisé se doit de représenter une chance pour l'ensemble des acteurs au bénéfice de l'amélioration des pratiques médicales. L'inégalité d'accès aux outils et la dématérialisation des interactions représentent des défis majeurs pour que les nouveaux outils ne compromettent pas la relation et le partenariat de soin. (Figure 2)

### **Conclusion**

L'intégration des nouvelles technologies dans le système de santé doit préserver le partenariat et la relation de soins, sans sacrifier l'accompagnement individualisé au profit d'une standardisation des pratiques ni de la sécurité des données et leur utilisation.

## Références

1. Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarge, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé. *Santé Publique, Hors-Série(S1)*, 41–50.
2. Beerbaum, J., Robens, S., Fehring, L., Mortsiefer, A., & Meister, S. (2025). Patient adoption of digital use cases in family medicine and a nuanced implementation approach for family doctors: Quantitative web-based survey study. *JMIR Formative Research*, 9, e58867. <https://doi.org/10.2196/58867>
3. Lorient, A., Guillard, V., & Larceneux, F. (2025). VI/La consultation à distance : vers une reconfiguration de la relation patient–professionnel de santé. *Repères*. Récupéré de [https://shs.cairn.info/article/DEC\\_DAUPH\\_2025\\_01\\_0063](https://shs.cairn.info/article/DEC_DAUPH_2025_01_0063)
4. Rivard, S., & Lapointe, L. (2012). Information technology implementers' responses to user resistance: Nature and effects. *MIS Quarterly*, 36(3), 897–920. <https://doi.org/10.2307/41703485>
5. Cabrejo, L., Popelier, M., & Grimaldi, A. (2024). L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : passé, présent, avenir. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 18(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2023.12.010>
6. Ratti, E., Morrison, M., & Jakab, I. (2025). Ethical and social considerations of applying artificial intelligence in healthcare—A two-pronged scoping review. *BMC Medical Ethics*, 26, Article 68. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01198-1>
7. Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223–231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
8. Ghanem, A., Clovin, T., Fleming, R., & Nabelsi, V. (2024). Rôle du patient partenaire dans le virage numérique : l'exemple du portail patient de la PSV. *Symposium Télésanté – MSSS Québec*.
9. Smith, T., et al. (2019). Telemedicine for chronic disease management. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 364–374.
10. Zheng, Y., et al. (2020). Mobile health technology for diabetes management: A systematic review. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 22(8), 549–559.

11. Mousa, A. (2018). Sherry Turkle, Reclaiming Conversation. The Power of Talk in a Digital Age. *Questions de Communication*, (34).  
<https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.16891>
12. Deffains, B. (2025). Vers une médiation augmentée ? Comment l'IA révolutionne la gestion des conflits. *Revue électronique en langue française*, (5), 9.
13. Wah, J. N. K. (2025). Revolutionizing e-health: The transformative role of AI-powered hybrid chatbots in healthcare solutions. *Frontiers in Public Health*, 13, 1530799.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1530799>
14. Zhou, Z., et al. (2021). Patient perceptions of artificial intelligence in healthcare. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e23562.
15. Venkatesh, V., et al. (2019). Acceptance of healthcare technologies: A systematic review. *Journal of Health Informatics*, 27(3), 109–118.

## Figures

Figure 1. Matrice forces, faiblesses, opportunités, menaces autour du partenariat patient et des nouvelles technologies. La section force représente les atouts actuels permettant de projeter un usage des nouvelles technologies vers le partenariat patient. La section opportunité représente les atouts non encore exploités pour renforcer le partenariat patient avec l'apport des nouvelles technologies. La section menace collige les éléments de l'environnement pouvant interférer négativement dans l'intégration des nouvelles technologies et le partenariat patient. La section faiblesse répertorie les difficultés actuelles pour que les nouvelles technologies interagissent favorablement avec le partenariat patient.

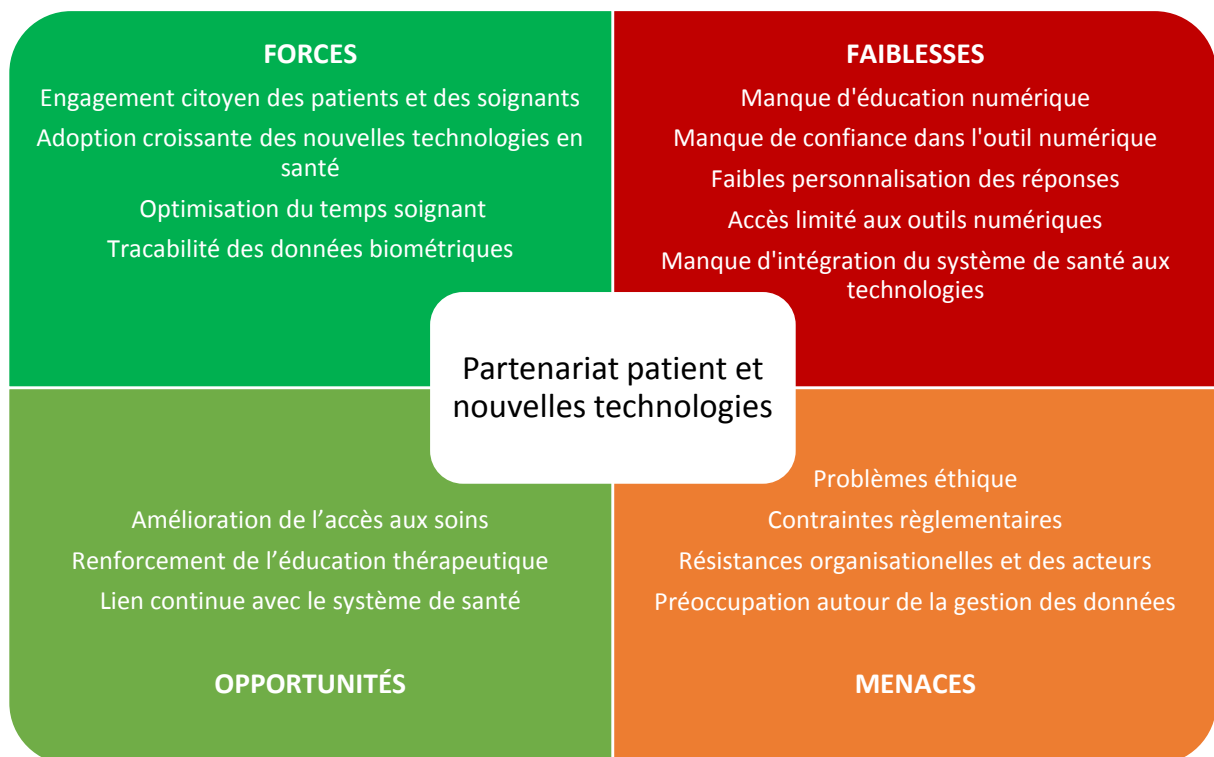
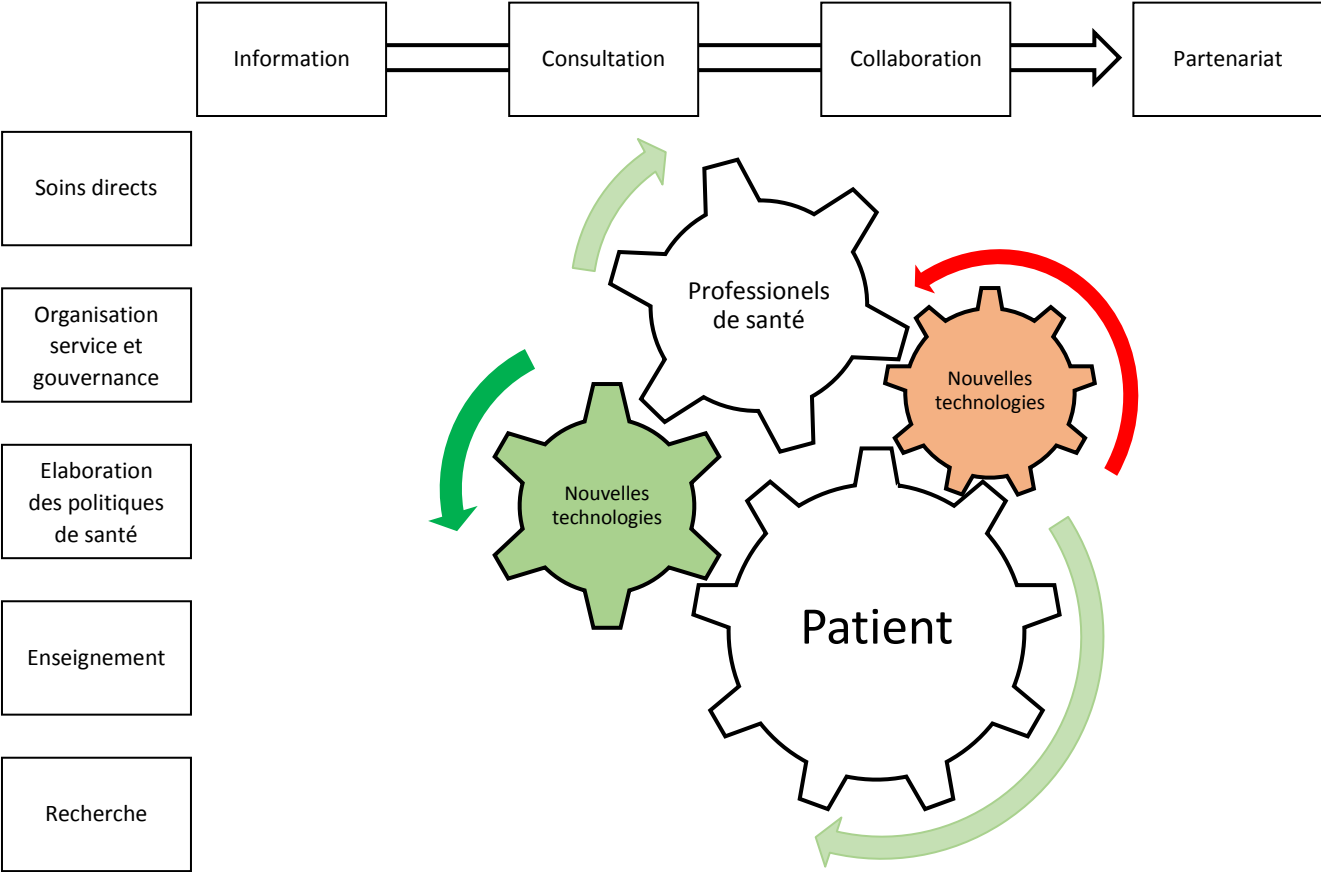


Figure 2. Intrications des dynamiques à l'œuvre entre nouvelles technologies, professionnels de santé et patients dans le partenariat de soin adapté du continuum multidimensionnel de l'engagement du patient selon Carman [2].



# Éléments de compréhension de nouvelles formes de soin : rapport d'expérience des tandems de partenariat médecin-patient partenaire en clinique

Luigi Flora

PhD, Codirecteur patient, Centre d'Innovation du partenariat avec les patients et le public, faculté de médecine, Université Côte d'Azur, France.

Chercheur associé, Centre de Recherche Juridique de Paris 8 (CRJP8), Université Paris Lumières, France.

Centre d'Etude des SOLidarité sociales (CESOL); France.

Conseiller patient senior, Centre d'Excellence du partenariat avec les patients et le public (CEPPP), Centre de recherche du CHU (CHUM) de l'Université de Montréal, Québec, Canada.

Nicolas Fernandez

Professeur, Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Université de Montréal, Canada

Chercheur : Centre de recherche de l'Institut Universitaire de gériatrie (IUGM), Université de Montréal, Canada

**Résumé :** Depuis 2022, une organisation académique proposant un Art du Soins en partenariat avec les patients et le public dans une dimension systémique (Enseignement, Soins, recherche et éducation populaire) accompagne de nouvelles pratiques de soins. Cet article propose d'éclairer un de ces nouveaux exercices en clinique, celui de tandems de partenariat médecin patient en milieu clinique. Cet éclairage de tandems de partenariat de soins développés tant en soins primaires qu'en établissement de santé permet selon les auteurs de deux pays différents, d'apporter des éléments de pertinence de ce nouveau type d'exercice et de poser une première hypothèse du contexte nécessaire à une mise à l'échelle de ces nouvelles figures impliqués dans le soins.

**Mots clés :** partenariat patient, Art du Soins, tandem de partenariat, clinique, soins primaires, soins hospitalier

**Keywords:** *patient partnership, Art of Care, partnership tandem, clinic, primary health, hospital care and cure.*

**Abstract:** *Since 2022, an academic organisation offering an Art of Care in partnership with patients and the public in a systemic dimension (Teaching, Care, Research and Popular Education) has been accompanying new care practices. This article sheds light on one of these new clinical practices, that of doctor-patient partnership tandems in a clinical setting. According to the authors, who come from two different countries, this insight into care partnership tandems developed both in primary care and in health care establishments makes it possible to provide elements of relevance for this new type of practice and to put forward an initial hypothesis of the context needed to scale up these new figures involved in care.*

## INTRODUCTION CONTEXTUELLE

En 2022, des patients partenaires et une médecin, tous diplômés d'une formation à l'Art du Soin en partenariat avec le patient de la Faculté de médecine de Nice, ont décidé de s'impliquer dans les activités de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en soins primaires. Parallèlement à cette initiative, une patiente partenaire ayant suivi la même formation s'est impliquée dans un, puis deux tandems de partenariat de soin au sein d'un centre hospitalo-universitaire Côte d'Azur.

Dès lors, des modalités d'accompagnement ont été mises en place afin de former, constituer et accompagner des tandems médecin-patient partenaire, qui co-construisent au fur et à mesure de leur collaboration un modèle alternatif et complémentaire de soins. Bien qu'elle soit encore rare dans les systèmes de santé français, l'idée d'impliquer des patients dans les soins n'est pas nouvelle.

En effet, en santé mentale, des médiateurs de santé/pairs et des pairs aidants s'impliquent déjà depuis plus d'une décennie dans des services de santé mentale et d'addiction en France (Roelandt et al, 2015<sup>1</sup>; Le Cardinal et al, 2013<sup>2</sup>). Par ailleurs, la nouvelle modalité de soin en partenariat s'appuie aussi sur le développement de modèles de collaboration axés sur le partenariat de soins en milieux cliniques depuis deux décennies déjà [Pomey et al., 2015]<sup>3</sup>.

Or, il existe peu de travaux de recherche visant à décrire et à approfondir notre compréhension des éléments sous-jacents qui permettent à ce modèle de fonctionnement d'accéder à une pérennité.

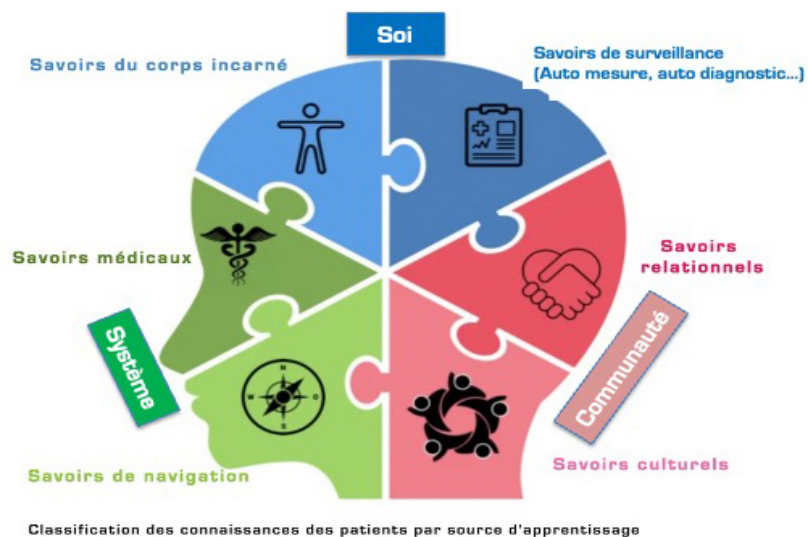
## DE QUOI CES TANDEMS DE PARTENARIAT DE SOIN EN MILIEUX CLINIQUES SONT-ILS CONSTITUES ?

En tout premier lieu, ces tandems s'appuient sur la combinaison de deux expertises : celle du professionnel de santé clinicien et celle du patient partenaire. Cette combinaison ne va pas de soi, puisque les expertises puisent dans des sources ontologiques et épistémologiques différentes : l'une est ancrée dans la pathogénèse, l'autre dans la salutogénèse (Flora, Koenig, 2021)<sup>4</sup>.

Concernant l'expertise de ces patients partenaires qui mobilisent leurs savoirs au service de l'intérêt général, Dumez et L'Espérance ont récemment proposé en prolongement des travaux initiés sur leurs savoirs expérientiels et leur place dans les systèmes de santé (Jouet et al., 2010<sup>5</sup>; Flora, 2012, pp. 52-55<sup>6</sup>; 2014<sup>7</sup>; Jouet, 2014<sup>8</sup>) une nouvelle cartographie catégorisant ces savoirs (Fig. 1) (Dumez et L'Espérance, 2024)<sup>9</sup>.

Figure 1

### La catégorisation des savoirs des patients



Notre hypothèse s'énonce comme suit : pour que le tandem puisse perdurer au-delà des moments initiaux marqués par l'engouement pour la nouveauté, il est nécessaire qu'une reconnaissance réciproque quant à la validité et de la légitimité d'expertises différentes, acquises à partir d'ancrages différents existe. Que soit reconnu le développement de compétences hautement complexes liées à la communication humaine qui seules peuvent permettre d'appréhender des situations humaines complexes afin d'y apporter humanité et pistes de solutions (Boivin et al., 2017)<sup>10</sup>, un Art du soin en partenariat avec le patient qui consulte, s'il le souhaite (Flora et al, 2020)<sup>11</sup>. Comme il est par ailleurs nécessaire que le tandem de partenariat s'appuie sur un contexte institutionnel qui reconnaît la valeur ajoutée de cette modalité de soins et y alloue les ressources, humaines, matérielles et financières, nécessaires pour soutenir son émergence et son maintien. Ceci signifie que la question de la rémunération de patients partenaires qui servent l'intérêt général et qui sont formés pour ce rôle, qu'il existe des espaces de travail communs et un soutien de formation pour le développement des compétences relationnelles pour les deux partenaires du tandem.

Finalement, la pérennité d'une telle initiative s'appuie sur des éléments structurels susceptibles de favoriser sa pérennité. Ces éléments s'appuient sur la distribution des rôles sous-jacents aux multiples identités professionnelles en présence (p.ex. médecin et patient partenaire), sur la prise en compte et l'application de nouvelles normes de pratiques encadrant l'évolution de celles-ci, et sur le degré d'ouverture de l'institution et ses membres au changement.

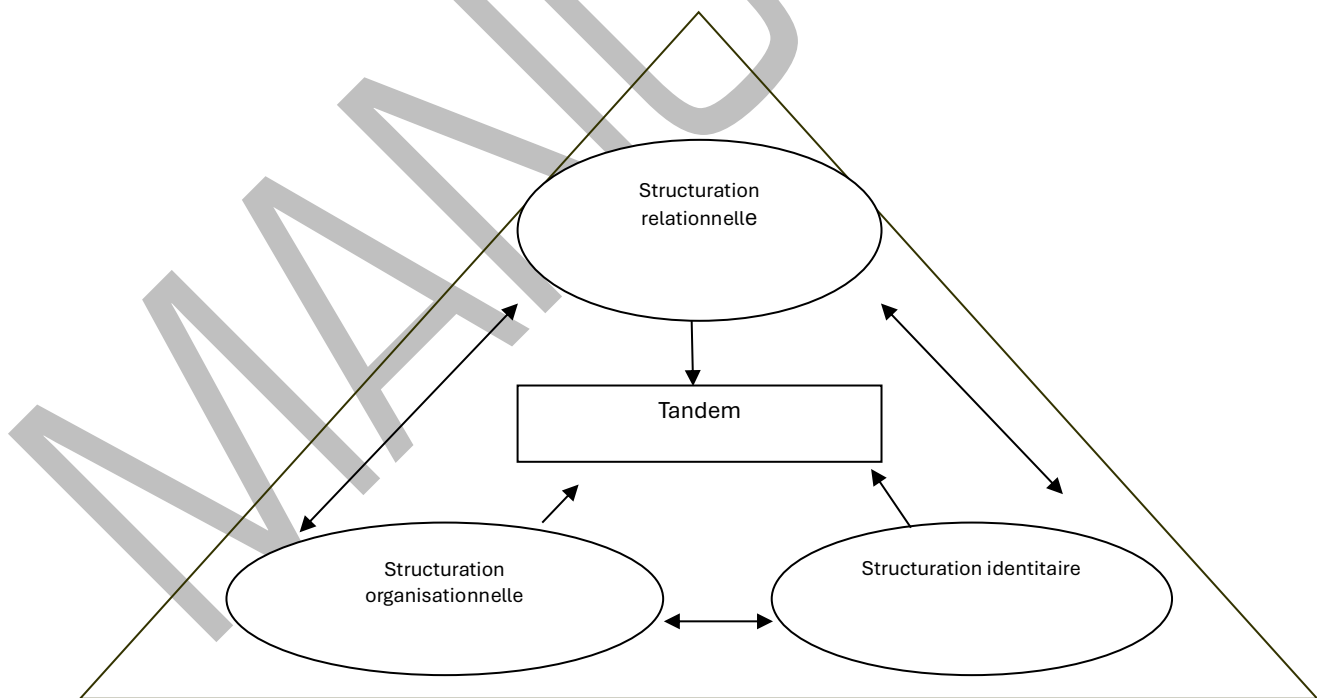
Afin d'étudier les tandems de partenariat qui évoluent dans un système et se construisent au fur et à mesure, nous avons choisi de les étudier selon la théorie de la structuration de Giddens (1987)<sup>12</sup>. La théorie de la structuration permet d'aborder toute organisation qui se construit au gré d'un processus continu. L'organisation en question —, dans notre cas, le tandem de partenariat —, se construit autour de l'articulation de règles et de ressources, qui traversent la succession d'actions accomplies par les acteurs en son sein. De ce processus émerge une structure malléable qui est à la fois le moyen et le résultat des actions et des comportements des acteurs. Chaque « action produit quelque chose de neuf, et en même temps toute action existe en continuité avec le passé qui fournit les moyens de son initiation » (Rajot, 2001, p 84)<sup>13</sup>.

Dans cette dualité entre le passé et le présent, des liens de positionnement entre acteurs et objets (sujets-sujets, sujets-objets) s'actualisent dans des actions accomplies à travers l'utilisation de ressources et le recours à des règles (ou normes) mises sous tension.

Lorsque les acteurs produisent et reproduisent ces liens de positionnement vis-à-vis des objets et des sujets dans l'organisation, de façon récurrente et au travers d'actions et comportements, des formes structurales apparaissent. Cette structure n'est pas statique, mais elle résulte d'une dynamique d'interaction constante générant un processus de structuration récursif.

En empruntant cette perspective dynamique pour observer des tandems de partenariat, trois processus de structuration qui sous-tendent l'action et les décisions communes au sein des tandems peuvent se distinguer: la structuration organisationnelle, la structuration relationnelle et la structuration identitaire. La Figure 2 présente le modèle de la Théorie de structuration (Corriveau, 2010)<sup>14</sup>.

Figure 2



Corriveau et al. 2010

Ce cadre conceptuel offre une perspective systémique sur les tandems de partenariat qui nous intéressent nous permettant d'observer comment se structurent les relations entre les acteurs impliqués dans les tandems (patient partenaire, médecin et patient), comment évoluent leurs identités respectives et comment ils constituent de novo les us et coutumes d'un établissement de santé qui prodigue des soins à une population.

Ainsi, nous avons abordé des tandems de partenariats actifs dont les premiers ont débuté à l'été 2022, une fois que les mesures prises en conséquence de la pandémie mondiale ont cessé en France, afin d'observer ce processus de structuration du tandem de partenariat. Les objectifs de cet article sont de premièrement comprendre comment évoluent les relations entre les acteurs ? Et secundo : comment évoluent leurs identités professionnelles respectives ?

## UNE RECHERCHE INTERVENTION

Afin de comprendre l'évolution des tandems de partenariat, et lors d'une étape préalable, des groupes d'analyse ont été constitués incluant des patients partenaires faisant partie des tandems de partenariat, et d'autres patients inscrits dans des activités d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Ces groupes d'analyse présentent leurs pratiques de tandem tandis que leur présentation est enregistrée par vidéo.

Ce type de groupe a pour objectif, d'une part, d'accompagner les patients partenaires dans ce type d'exercices émergent et, d'autre part, de mener une recherche- action afin d'éclairer à quoi correspond ce type d'activité.

Ces réunions sont coordonnées par un tandem de partenariat médecin-patient, en l'occurrence le tandem de partenariat opérationnel du Centre d'innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P).

Dans un deuxième temps et à la demande des patients partenaires, un cercle de parole libre était organisé, au sein duquel tous les sujets pouvaient être librement abordés — et pas uniquement des situations de cas —, par chacun des participants.

Parallèlement à ce processus d'apprentissage collectif, il a été décidé d'organiser des entretiens individuels, dans le cadre d'une approche de recherche-intervention, afin de sonder les perspectives des acteurs participants au sein même des tandems.

C'est donc, parmi les personnes participantes à ces groupes d'analyse que des participants impliqués dans les tandems de partenariat en clinique, ont été invités à un second échange quelques semaines après par le patient-chercheur (LF). Le but de ce deuxième échange, mené par le patient-chercheur, consistait à réinterroger chaque acteur, patient-partenaire et médecin, sur leurs perceptions du travail en tandem. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits, puis soumis à une analyse thématique, guidée par la théorie de la structuration. Nous présentons ici un portrait de l'évolution des tandems de partenariat telle que véhiculée dans les propos de nos participants.

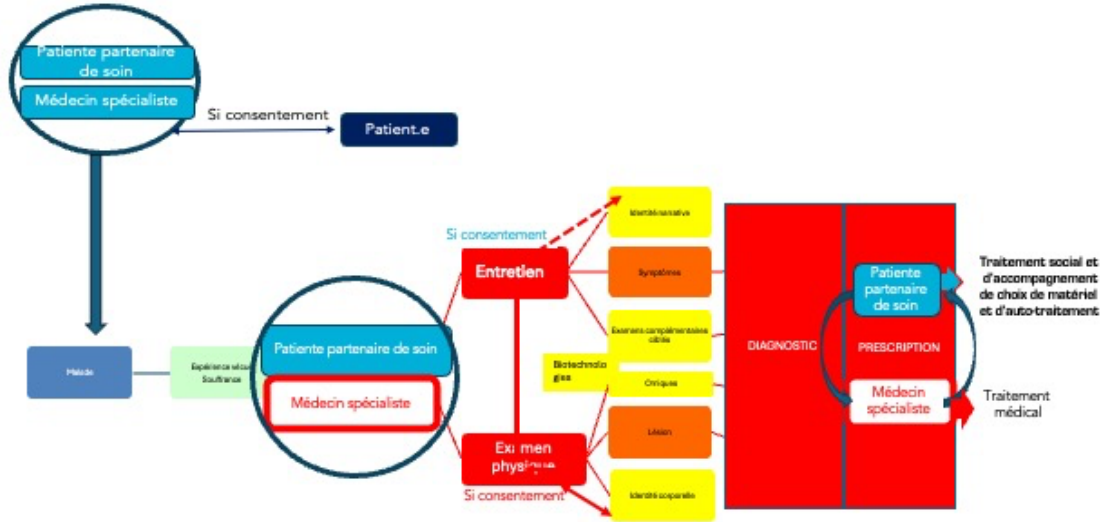
Tableau 1 : Liste des participants

Numéro	Description	Champs de pratique
1	Patient partenaire, Femme	Service spécialisé au CHU de Nice
2	Patient partenaire, homme, journaliste	-Patient partenaire en maison de santé pluriprofessionnelle
3	Médecin généraliste	Médecin partenaire en maison de santé pluriprofessionnelle
4	Médecin spécialiste	Médecin spécialiste en service spécialisé du CHU de Nice
5	Médecin spécialiste	Médecin spécialiste en service spécialisé du CHU de Nice

Voici présentées en introduction deux illustrations qui permettent de visualiser le processus de consultation d'un des tandems de partenariat en soins hospitaliers (Figure 4.) et le dispositif d'accompagnement des ces praticiens qui osent ce nouveau type d'exercice (Figure 5)

Figure 4

## Tandem de partenariat médecin-patient en service hospitalier



Inspiré des travaux de Marie-France Mamzer

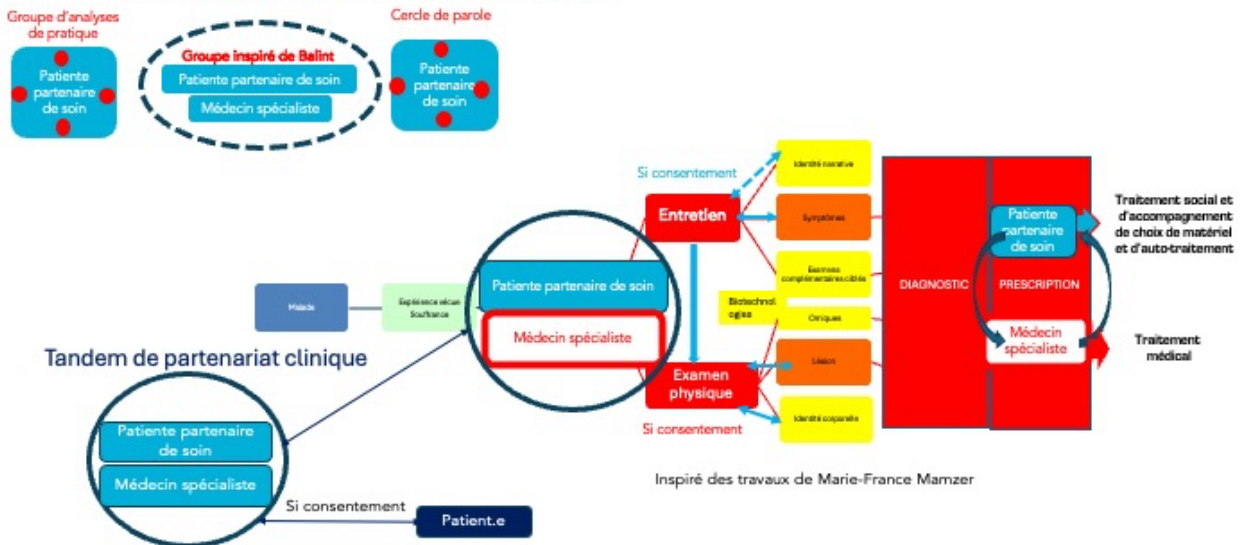
© C3P 2022

1<sup>ère</sup> communication de ce type d'exercice du soin à la journée éthique de la Fédération Hospitalière de France (FHF) 2022

Figure 5

## Accompagnement des tandems de partenariat

avec le cadre d'accompagnement éthique et d'apprentissage



Inspiré des travaux de Marie-France Mamzer

© C3P 2022

1<sup>ère</sup> communication de ce type d'exercice du soin à la journée éthique de la Fédération Hospitalière de France (FHF) 2022

Pour être complet sur l'ensemble de la recherche menée par l'équipe, si cet article questionne la pratique du tandem de partenariat et ses dynamiques de fonctionnement, l'étude est accompagnée concernant le tandem de partenariat en soins primaires d'une thèse de médecine générale. Cette thèse questionne également les patients qui consultent (Burel, 2024)<sup>15</sup>.

## COLLECTE DE DONNÉES

Les entretiens avec les patients partenaires se sont déroulés sur la base d'un protocole d'entretien à voix haute. Le participant et le patient chercheur, visionnent la captation vidéo de la présentation du cas en groupe d'analyse de pratique. Les échanges portaient sur ce que les idées évoquées par le visionnage de la séquence vidéo du groupe d'analyse, leurs réflexions a posteriori, enrichies du partage des images vidéo.

Ces entretiens offrent l'occasion aux membres du tandem de partenariat de partager leur réflexivité sur l'expérience acquise, afin de mieux cerner les contours de la pratique en tandem, avec ses lignes de forces, ses failles et tout ce qui peut être mis en place pour son amélioration.

Côté médecin, le recueil de données s'est organisé selon la méthode de l'entretien compréhensif (Kaufmann, 1996)<sup>16</sup>, les groupes d'analyses de pratique prévus dans la méthodologie de recherche action n'ayant pas alors pu être mis en place.

## ANALYSE THÉMATIQUE

Fortement inspirée par le modèle de Braun et Clarke (2006)<sup>17</sup> d'analyse thématique réflexive nous avons procédé aux 6 étapes suivantes : Étape 1 : Se familiariser avec les données, Étape 2 : Générer des codes initiaux, Étape 3 : Rechercher des thèmes, Étape 4 : Examiner les thèmes, Étape 5 : Définir les thèmes, Étape 6 : Rédiger.

Chacun des auteurs (LF et NF) a procédé aux étapes 1 à 3 en parallèle. À l'étape 4, les deux auteurs ont partagé et discuté des thèmes identifiés par chacun et ensemble ont procédé à arrêter les thèmes présentés dans cet article.

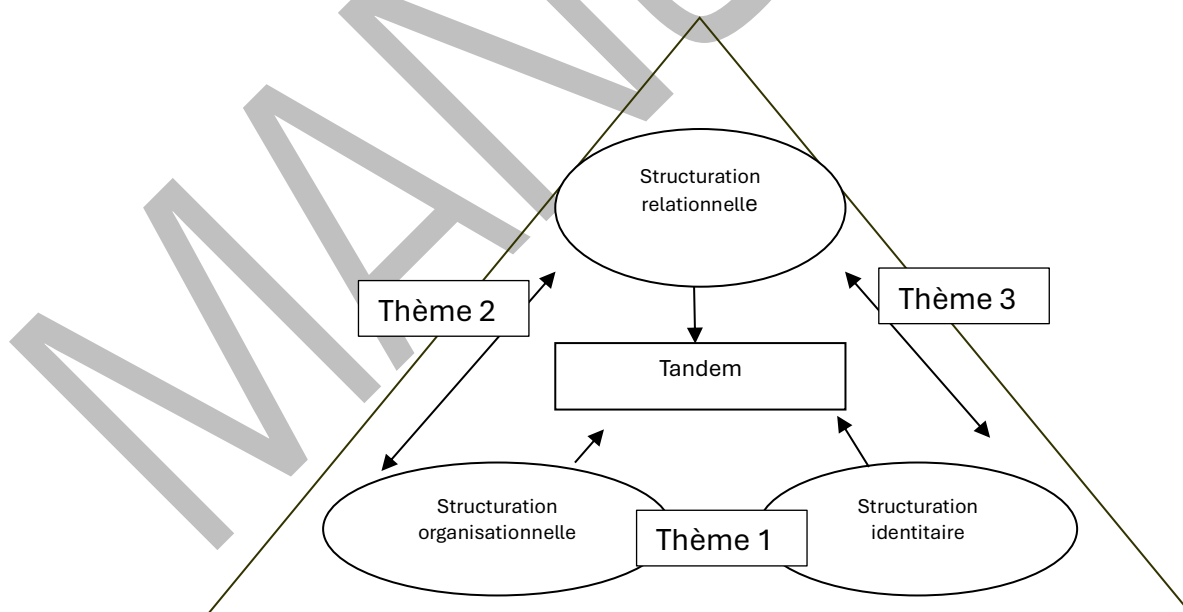
## RÉSULTATS

L'analyse thématique que nous avons réalisée a permis de dégager trois thèmes en lien avec l'évolution des tandems de partenariat.

Le premier réside dans le besoin de cerner les champs d'action complémentaires du patient partenaire, qui se situent à l'intersection des structures organisationnelle et identitaire de la Figure 1.

Le deuxième porte sur les défis de communication sous-jacents à d'éventuelles tensions identitaires, qui se situent entre structuration organisationnelle et relationnelle. Le troisième thème porte enfin sur la dimension thérapeutique de l'accompagnement du patient partenaire, qui se situe entre structuration identitaire et relationnelle. La figure 3 illustre les positions respectives des thèmes sur le schéma de la structuration du tandem.

Figure 3



Corriveau et al. 2010

## Thème 1 : Cerner les champs d'action complémentaires du patient partenaire

Le manque de clarté et d'expérience des membres de tandems de partenariat, font en sorte que les acteurs impliqués se heurtent à une première question : quelles sont les circonstances dans lesquelles un médecin pourrait faire appel au patient partenaire du tandem? Nous entendons par là, quelles sont les responsabilités, tâches ou sphères d'action que ce médecin considérerait comme appropriées pour son patient partenaire au sein du tandem. L'un des médecins participant à notre projet rapporte ainsi comment la détermination du champ d'action est variable selon la typologie et la personnalité du patient partenaire.

la première chose c'est donc d'échanger avec elle [patiente partenaire]. Cela m'a permis de commencer à délimiter un champ d'action qui, pour moi, n'est certainement pas encore figé et surtout qui n'est pas lié à des critères médicaux. (Médecin 1)

Pour ce médecin, l'apport du partenaire de soin reste à délimiter, les contours du champ d'action sont encore en flux. Le seul élément qui est clair est que le patient partenaire n'empiétera pas dans le domaine médical. Pour autant, ce médecin perçoit que le champ d'action du tandem, consiste en particulier à s'occuper des aspects complexes, liés aux facteurs psychosociaux et socio-économiques, sur lesquels il a peu de pouvoir d'action et qui relèvent, pour l'essentiel, de l'action du patient partenaire.

Ainsi, quand ce médecin réalise que son prochain patient est difficile à suivre, et que la rencontre risque in fine de lui prendre beaucoup de temps, il s'exprime : « quand [je vois le nom du patient sur le planning et que je me dis oh, oh là là j'en ai pour 1h30 », voilà que l'apport du patient partenaire devient saillant.

Il existe donc des besoins qui, en marge du travail médical proprement dit, restent flous, et d'autant plus facilement attribuables au champ d'action du patient partenaire. L'extrait ci-dessous illustre davantage cette notion. Ici, le médecin définit, encore vaguement, sa perception du champ d'action du patient partenaire :

« Tu ne vois plus pas parce que tu dis « bah de toute façon je ne peux rien faire de plus et là ça va juste me mettre en retard pour tout le reste de la journée encore une fois ». Encore une fois et souvent ça va être cette répétition en fait de situation (...). Par exemple, ou si je reçois [un patient], je ressens un épuisement, un épuisement cognitif. Une saturation cognitive en fait. Tu sais la fatigue n'est pas volontaire en fait mais c'est en fait... Et donc alors ce qui est impressionnant, c'est que c'est rare ce genre de situation. Ce sont des situations qui sont très rares heureusement. Mais ce sont ces quelques situations au sujet desquelles j'ai ressenti cet épuisement, et que j'ai orienté le ou la patiente vers le patient du tandem de partenariat, que j'ai délégué. »

## **Thème 2 : Les défis de communication sous-jacents à des tensions identitaires**

Par ailleurs, la présence du patient partenaire exerce une pression identitaire sur les acteurs en remettant en question certaines normes de pratique.

Les patients partenaires commencent à prendre des initiatives de soins, au-devant du médecin – ils s'approprient un champ d'action.

C'est le cas de l'un des patients partenaires qui prend des initiatives avec une patiente auprès de qui il s'est engagé :

(...) une autre décision importante qui a été le fruit du tandem de partenariat, c'est la recherche d'un logement. Le patient partenaire a suggéré l'idée de monter un dossier de logement thérapeutique. Et en fait cette décision a été vécue comme quelque chose de salvateur pour [la patiente]. Donc c'est très important. C'était très important pour elle et donc voilà. Après, à un moment donné [la patiente] m'appelait et demandait une consultation quasiment toutes les semaines pour la douleur et [depuis] ce n'est plus du tout le cas en fait. Elle gère sa douleur maintenant.

Enfin en tout cas elle me dit que quand il y a tel type de douleur elle fait comme un protocole en autonomie de la gestion des douleurs et elle ressent plus le besoin de venir en consultation ou de faire une consultation en « Visio » avec moi à chaque fois

Ce médecin témoigne d'une expérience plutôt réussie avec le patient partenaire du tandem dans la mesure où l'action de la patiente partenaire était pertinente en fonction des besoins de santé. De plus, il y a eu des bénéfices pour lui puisque les sollicitations pour son temps clinique ont diminué. Dans l'esprit du médecin, ceci est attribuable au travail en tandem avec le patient partenaire qui s'est, en quelque sorte, approprié une identité professionnelle de soignant.

Cette appropriation d'une identité professionnelle génère des malaises de communication au sein du tandem. Par exemple, dans l'échange ci-dessous avec le patient chercheur, qui mène l'entretien, nous arrivons à voir comment le patient partenaire prend conscience de son rôle complémentaire de celui du médecin. Ici, le patient partenaire, journaliste de formation, s'étonne des modes de communication entre le médecin et lui. Il prend la peine de rédiger des comptes rendus détaillés, en cohérence avec sa profession de journaliste, tandis que le médecin est habitué à des communications plus brèves.

Le patient partenaire: Alors moi comme toujours je suis un journaliste, alors je suis un écrivain et donc j'écris et j'envoie ainsi des courriels circonstanciés à [Dre B], enfin j'avais commencé à faire ça.

Le patient chercheur: Mais cela ce sont des allers retours? Enfin ce sont des allers même si tu n'as pas ou peu de retours ?

Le patient partenaire: Voilà, c'est le problème, c'est que j'avais des allers mais avec peu de retours. Et dans les retours, j'avais un courriel lapidaire dans lequel je lisais ouf j'ai enfin terminé de lire ton courriel, et voilà c'était un peu toujours comme ça.

Le qualificatif de « lapidaire » dans la description du courriel du médecin révèle un état d'étonnement du journaliste – patient partenaire, qui témoigne d'identités professionnelles en tension. L'échange ci-dessous illustre encore ces difficultés sur le plan de la communication. Au cours de l'échange le patient chercheur sonde le patient partenaire concernant le type d'information qu'il pense que le médecin aimerait recevoir.

Le patient chercheur: En fait tu avais un retour mais c'était trop d'informations pour elle ?

Le patient partenaire : C'est ça, mais alors du coup je me suis posé la question de savoir quel type d'information peut l'intéresser, parce qu'encore une fois mais je lui ai fait des comptes-rendus cliniques, ce que j'aurais à faire en station ECOS<sup>1</sup> tu vois? Je lui ai fait un compte rendu clinique de chacun de nos entretiens et j'ai eu l'impression qu'elle ne s'en bêtait pas les couilles mais tu vois mais...

Cette citation illustre l'écart entre les attentes du patient partenaire, dans ce cas des rapports détaillés sur la patiente, et les attentes du médecin. Le patient partenaire s'attend à ce que le médecin reconnaisse la valeur de son rapport et s'en serve pour ses interventions avec la patiente. L'interrogation porte autant sur le « quoi » communiquer avec le médecin que le « comment ». Ce patient-partenaire prenait conscience qu'un apprentissage lui incombait, au regard des échanges avec le médecin :

Le patient partenaire : car il va me falloir, et tu l'as bien formulé et caractérisé, que j'approfondisse comment échanger avec la médecin

Le patient chercheur: Mmm

Le patient partenaire: Ce que je ne sais pas faire

Le patient chercheur: Pas encore

---

<sup>1</sup> Le partenaire de soin dans le cadre de ce tandem de partenariat en soin clinique est également patient partenaire formateur à la faculté de médecine et participe à des Examens Clinique Observables Structurés (ECOS) formatifs, d'où la présence de patients en capacité de proposer une analyse critique à l'étudiant en médecine.

Le patient partenaire : Absolument, merci de la rectification, pas encore mais ça va venir... Et tu viens de le dire simplement et de manière efficace mais tu l'as formulé, c'est exactement ce que j'ai ressenti sans arriver à l'exprimer, j'ai eu l'impression de ne pas être entendu

Il va sans dire que cela va dans les deux sens, les médecins ont aussi exprimé l'idée qu'ils auraient eux aussi à apprendre à communiquer avec les patients partenaires. Les médecins ont plutôt abordé la question à partir de leur questionnement à propos du champ d'action de chacun des partenaires de ce tandem.

Une autre perspective des identités professionnelles en tension a émergé, à la question de savoir comment le médecin présente le patient partenaire auprès d'éventuels autres intervenants.

Une des patientes partenaires rencontrées travaille avec deux médecins ce qui lui octroie une position intéressante de comparaison<sup>2</sup>.

À la question de comment ses tandems la présentent, elle répond comme suit et révèle un malaise avec les liens associatifs des patients partenaires:

La patiente partenaire : Et bien la docteure [F] me présente comme une patiente partenaire en fait, tu vois ? Elle ne parle pas trop de l'association avec laquelle je suis présente. Alors que le docteur [G] va plus dire, voilà...c'est alors... bien que maintenant il le dit... un peu plus, voilà c'est la référente de l'association AVML Côte d'Azur et elle est patiente experte, partenaire, ça dépend de quel qualificatif il va utiliser. Mais ça y est, maintenant, il le rajoute tu vois ! Mais au début non, tandis que [Dre F] elle l'a fait tout de suite et [Dre F] va m'inviter, puisque, tu sais on a, ils ont un bureau et à côté, il y a une salle de consultation et donc dans cette salle de consultation le patient se déshabille. On lui prend les mesures, on lui fait souvent un écho-doppler.

---

<sup>2</sup> Parmi ces deux expériences de patients partenaires impliqués dans des tandems de partenariat de soin, l'un exerce en soins primaires avec une médecin généraliste au sein d'une Maison de Santé pluriprofessionnelle en « asynchrone », c'est à dire que le ou la patiente qui consulte est invité, s'il le souhaite, vers le patient du tandem alors que l'autre exerce au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) en consultation « synchrone », c'est à dire avec le médecin en tandem si le ou la patiente l'accepte.

Et [Dre F] me fait souvent venir dans cette salle de consultation une fois que la ou le patient a été mesurée, a fait tous les examens nécessaires, elle m'invite pour avoir mon avis sur la sur le lymphœdème qu'il a tu vois !

Cet extrait illustre le contraste entre deux approches au tandem de partenariat, et nous permet de visualiser comment se dénoue la tension identitaire. Dans l'extrait ci-dessus, la patiente partenaire et la médecin examinent ensemble la patiente qui s'est déshabillée et la patiente partenaire est invitée à exprimer sa propre analyse clinique, sa propre expertise basée sur ses savoirs expérientiels.

En contrepartie, le docteur [G] invite la patiente partenaire, avec l'assentiment de ses pairs, à des rencontres de discussion scientifique au sein desquelles les tandems sont représentés et communiquent. Il décide également de la présence dans le service de la patiente partenaire du tandem lors de rencontres avec des entreprises proposant des matériels de soins à domicile pour les patients.

### **Thème 3 : La dimension thérapeutique de l'accompagnement du patient partenaire**

Finalement, nos analyses démontrent que le patient apporte une dimension thérapeutique, plutôt que fonctionnelle. Cette dimension thérapeutique passe exclusivement par l'accompagnement offert au patient, qui vise à lui donner les mots pour exprimer ses malaises et ses besoins. Les liens plus étroits qui se tissent entre patients partenaires et patients qui consultent, permettent d'entrevoir que, d'une manière ou l'autre, le patient partenaire sert de modèle de rôle pour la patiente : une personne vivant avec une maladie et naviguant efficacement au travers du système de santé, avec un pouvoir d'agir explicite (*Empowerment*).

Ainsi, ces patients partenaires se considèrent comme des interprètes de l'expérience de la vie avec la maladie, un guide subjectif dans l'expérience de vie et de soins, ce qui est en soi reconnu comme un élément central du soin ; à propos de leur apport au travail du tandem, le patient partenaire soulève la manière dont son rôle est nommé :

Le patient chercheur: [...] tu aurais des choses à retirer, ajouter, modifier dans ta manière de présenter ton rôle et ton activité avec [Dre S]?

Le patient partenaire : Je n'enlèverais rien... [...] En revanche je le formulerais probablement autrement

Le patient chercheur: d'accord.

Le patient partenaire : moi, j'ai du mal avec le terme de médiation parce que je tends à penser mais peut-être est-ce là aussi un préjugé, que ce terme a été définitivement galvaudé, mais en revanche je te dirais et aujourd'hui c'est ce que je dis. Je dis que je suis un interprète.

Ce choix de termes interroge le patient chercheur qui invite son interlocuteur à clarifier sa pensée, et surtout à distinguer entre interprète et traducteur :

Le patient partenaire : un peu comme un traducteur, plus qu'un traducteur parce que je ne fonctionne pas en direct mais plutôt légèrement en décalé, ou un interprète, c'est à dire quelqu'un qui se charge de capter une parole... Que ce soit de la part d'un patient ou que ce soit de la part de la MSP<sup>3</sup> en général. Par exemple c'est [Dre S] qui va me dire tel patient, voilà le type de soin et de quel type de souffrance, de quel type de problème. Et à partir de cela d'essayer de comprendre comment je pourrais au mieux expliquer à chacun des patients que j'accompagne, la réalité de sa problématique dans des termes qui lui soient compréhensibles. Et à partir de là d'écouter son ressenti, et de le retransmettre à [Dre S].

La notion d'interprète enchâsse dans l'esprit du patient partenaire bien plus que l'idée d'agir en tant que médiateur, ou interprète auprès du médecin. Les propos que nous avons captés et analysés laissent entrevoir une notion d'accompagnant dans un processus de souffrance, guidant le patient vers le rétablissement d'un équilibre de vie avec la maladie, et visant à développer une agentivité ancrée sur des compétences issues de l'expérience.

---

<sup>3</sup> MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

## DISCUSSION

Nos résultats soutiennent l'argument que l'apport du patient partenaire est reconnu de manière globale par les médecins et les patients. Toutefois, ceux-ci n'ont pas encore arrêté une définition claire du champ d'action propre aux patients partenaires<sup>4</sup> par manque d'expérience vis-à-vis de ce mode de soins. De plus, le travail conjoint d'un médecin et d'un patient partenaire soulève des tensions au niveau identitaire qui complexifient la communication entre eux.

Finalement, les patients partenaires commencent à concrétiser leur apport thérapeutique en le concevant comme un accompagnement du patient vers un nouvel équilibre de vie.

De surcroît, le travail conjoint d'un médecin et d'un patient partenaire soulève des tensions au niveau identitaire, qui complexifient la communication entre eux.

Le fonctionnement du tandem de partenariat est fortement caractérisé par les liens entretenus entre les acteurs à travers la délimitation et la distribution émergente des tâches et responsabilités envers le patient. Nous reconnaissons que la structuration organisationnelle, telle qu'elle émerge de nos données, s'inscrit dans une dialogique de différenciation-intégration.

Chaque acteur articule ses propres règles et ressources dans l'optique de se différencier, en termes d'apport au patient, au sein du tandem. Toutefois, cet objectif de différenciation s'insère dans une coordination à partir de règles et de ressources établies, qui sont en tension.

Cette coordination, s'appuyant fortement sur une identité professionnelle appuyée par un diplôme de médecine, diplôme universitaire, ou statut de membre d'une association de patients, accorde une autonomie opérationnelle aux individus qui pensent ainsi pouvoir agir de façon relativement indépendante de leurs collègues.

---

<sup>4</sup> L'auteur français de cet article a déjà rencontré ce manque de définition du rôle dans des métiers émergents lors de recherches précédentes (médiation de santé publique, médiation de santé pair, pair-aidance dans la réduction des risques ou encore patients formateurs dont des recommandations de ministères sont apparues fin 2023).

Même si, à certains égards, dans les relations établies au sein du tandem, la dimension transactionnelle selon un mode donnant-donnant peut prendre le pas sur les investissements émotionnels, il n'en reste pas moins que le travail en tandem semble reposer non seulement sur un processus objectif, lié à l'action ou à la tâche de soin à accomplir, mais également sur un processus subjectif, lié, entre autres, aux relations interpersonnelles dont, en particulier, avec le patient qui consulte. Ainsi, nos résultats font état d'effets marquants de l'affinité interpersonnelle sur les liens relationnels. Le processus de structuration relationnelle passerait donc par une qualification des relations, positives ou négatives, vécues entre les membres du tandem et le patient, positive ou négative, qui serait à la base du choix de travailler avec un individu plutôt qu'un autre. Il va sans dire que ceci constituerait un élément déterminant pour soutenir le tandem.

Une dynamique d'humilité, qui amène le ou la patiente partenaire du tandem, comme le médecin ou tout autre professionnel de santé, à apprendre en réciprocité les uns des autres, et qui se révèle comme un élément central, sous-jacent aux expériences positives véhiculées par les participants à l'étude.

Ceci révèle la dynamique de partenariat tel qu'évoqué par Flora, (Flora, 2012; 2015<sup>18</sup>) dont les travaux doctoraux mettent en évidence qu'il est possible de passer de rapport d'autorités de pouvoir à des autorités de savoirs (complémentaires) qui s'ils n'annihilent pas les enjeux de pouvoirs les mettent au second plan au bénéfice de toutes les parties et de ce qui les réunit (Flora, 2012; 334-362).

Par ailleurs, nos analyses tendent également à mettre en lumière chez nos interlocuteurs, une remise en cause de leurs pratiques, une plus grande ouverture au travail en tandem, et une prise en compte des avantages qu'ils y voient. Ces propos illustrent l'évolution d'une identité professionnelle où semblent intervenir des variantes individuelles dans un contexte commun, mais également une prise de conscience des avantages qui apparaissent lors des expériences concrètes de travail en tandem.

## QUELQUES ÉLÉMENTS ESSENTIELS DANS L'EXERCICE DU SOIN EN TANDEM DE PARTENARIAT

Des facteurs clés ont été identifiés dans nos données qui sont susceptibles, selon nous, de permettre une reproduction et une multiplication de ces tandems de partenariat, voire d'une mise à l'échelle de ces nouvelles pratiques dans le soin :

Le premier, qui vaut pour tout exercice du soin, réside dans la compatibilité intrinsèque entre les membres du tandem. Tout comme la dimension éthique devrait prévaloir dans le soin, entre un professionnel de santé et un patient, pour optimiser les facteurs thérapeutiques, la subjectivité et la réflexivité entrent également en ligne de compte pour que l'exercice soit objectivement efficient ;

Le second point, qui, lui aussi prévaut ou devrait prévaloir dans toute relation de soin, réside dans la confiance qui doit s'opérer entre les parties prenantes ;

Le 3<sup>ème</sup> point consiste en la manière dont chacun des membres du tandem y trouve et y précise sa place et le champ d'expertise qui lui incombe, ce qui peut se concevoir au fur et à mesure et devrait s'ajuster en cours de pratique, mais qui nécessite pour cela que les deux premiers points soient opérants ;

Le 4<sup>ème</sup> élément réside dans les espaces formels (groupe d'analyse de pratiques...) et informels (communication par courriel enrichie de moments d'échange lors de l'exercice de tandems asynchrones ...) indispensables pour que la réflexivité et le retour d'expérience puissent avoir lieu d'une manière ou d'une autre, selon les particularismes de chacun des membres autant que des tandems qu'ils constituent;

Le 5<sup>ème</sup> facteur est la compréhension de l'expertise et de la complémentarité de chacun, tel que démontré dans les tandems en milieux hospitaliers, au sein desquels nous constatons qu'une même patiente exerce avec deux médecins différents dans différentes sphères en fonction même du mode d'exercice du médecin ;

Un autre élément important, déjà identifié dans une recherche précédente et qui se confirme dans ce type d'exercice du soin, consiste en la détermination et la répartition des tâches de chacun basées sur les savoirs, sur une autorité de savoir qui dépasserait les enjeux de pouvoir si bien décrits par Michel Foucault (Flora, 2012, p. 328).

La question de la mise en œuvre doit également être abordée vis-à-vis et à partir de la réflexivité de l'expérience de la vie avec la maladie, ou de la situation de handicap du patient partenaire. Celui-ci devrait identifier s'il peut s'il est plus aisé pour lui d'intervenir auprès de patients qui vivent avec sa pathologie ou non, et si oui, s'il a des moments du parcours susceptibles de créer un traumatisme vicariant du fait d'une mise en perspective encore impossible de moments de vulnérabilité issus du parcours de soin du patient du tandem. Un état qui devrait être éclairé au sein du tandem de partenariat.

Enfin, concernant le secret médical du côté du médecin, et la confidentialité dans la pratique du patient impliqué au sein du tandem, il s'agit-là d'un sujet parmi les plus importants. Le patient ne divulgue aucune information qui lui est confiée sans le consentement exprès du patient qui consulte. Il privilégie l'encouragement de ce dernier à exprimer, si nécessaire, l'information au médecin lui-même.

## CONCLUSION

Il est clair que les tandems que nous avons rencontrés, s'investissent beaucoup dans la régulation de leur travail collectif. Cela se voit dans les modalités de communication qui s'adaptent pour remédier à d'éventuelles incompréhensions, ainsi que la conciliation que chacun met en œuvre entre ses attentes vis-à-vis de ce que l'autre peut apporter, et la réalité concrète dictée par des informations ou situations qui émergent à tout moment. Ceci soutient une perspective selon laquelle la qualité des soins prodigués aux patients serait amélioré par une meilleure collaboration en partenariat.

En partant de la création d'un centre de recherche ayant pour mission de cultiver l'approche du partenariat de soin avec les patients (Karazivan et al, 2015)<sup>19</sup> de manière systémique, (Pomey et al, 2015) dans et à partir d'une faculté de médecine française en 2020, des patients partenaires au service de l'intérêt général ont pu être identifiés à partir de leurs savoirs expérientiels (Jouet et al, 2010) mobilisables à travers leurs compétences (Flora, 2015<sup>20</sup>; DCCP, 2015<sup>21</sup>). Les projets de recherche tels que celui présenté ici, visent à consolider et accompagner l'implantation de cette approche dans les milieux de soin et l'approche systémique, d'une part, et à l'implanter également dans l'enseignement, la recherche et dans la conception même des politiques de santé, d'autre part.

Nous émettons l'hypothèse, à partir des résultats constatés auprès des populations accompagnées dans cette démarche — dont certains sont éclairés dans cet article —, que ce type d'exercice du soin peut constituer une réponse appropriée à la problématique que nous rencontrons actuellement en matière de de démographie médicale. Une réponse qui permet, de surcroît d'améliorer, la qualité de soins offerts à la population, tout en impactant positivement la qualité de vie au travail des cliniciens, grâce à un élément important déjà identifié par le passé (DCCP, 2014)<sup>22</sup> et caractérisé par une journaliste chargée de répondre aux questions des abonnés du journal quotidien pour lequel elle œuvre (Selvi, 2023)<sup>23</sup>, Ceci, dans le contexte actuel d'exercice au sein du système de santé, représente sans conteste une véritable valeur ajoutée. Ces nouvelles formes de soin ont été méthodologiquement accompagnées dans un cadre de recherche- intervention, avec des objectifs visant spécifiquement à cerner cette nouvelle forme de soin comme sa pertinence. C'est ainsi que la présente étude a permis d'archiver et d'approfondir la connaissance de ces activités ainsi menées, et de permettre selon les résultats recueillis une reproductibilité certaine. C'est, précisément, ce que cet article a tenté d'éclairer.

## BIBLIOGRAPHIE

---

<sup>1</sup> Roelandt J.-L., staedel B., Raphaël F. Marsili M., François G., Le Cardinal P., Desmons P. (2015). Programme Médiateurs de santé/pairs : rapport final de l'expérimentation 2010-2014. Centre Collaborateur de l'OMS santé mentale Europe (CCOMS).

<sup>2</sup> Le Cardinal P., Roelandt J.-L., Rafael F., Vasseur-Bacle S., François G, Marsili M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. L'Information psychiatrique, N° 89 : pp. 365–730

<sup>3</sup> Pomey M.-P., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M.-C., Débarge B., Clavel N., Jouet E. (2015), [Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé](#). Santé publique, HS, S1, 41-50.

<sup>4</sup> Flora L., Koenig M., (2021). La question du rétablissement et du patient partenaire, in Manuel de la psychiatrie". Paris : Edition Elsevier Masson, pp. 779-782.

<sup>5</sup> Jouet E., Flora L., Las Vergnas O. (2010). « Construction et Reconnaissance des savoirs expérientiels des patients ». Note de synthèse du N°, Pratique de formation : Analyses, N°58/59, Saint Denis, Université Paris 8, pp. 13-94

<sup>6</sup> Flora L. (2012). Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé, Thèse de doctorat de sciences sociales, spécialité « Sciences de l'éducation », Université Vincennes Saint Denis – Paris 8, campus Condorcet.

<sup>7</sup> Flora L., Jouet E., Las Vergnas O. (2014), "Contribution à la cartographie des publications établissant le fait social de la reconnaissance des savoirs des malades", dans Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : du savoir expérientiel des malades aux interventions des professionnels de santé, Paris, Archives contemporaines, pp. 235-236.

<sup>8</sup> Jouet E. (2014). La reconnaissance des savoirs des malades : de l'émergence au fait social. Dans, Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : du savoir expérientiel des malades aux intervention des professionnels de santé. Paris: Archives contemporaines : pp. 9-21.

<sup>9</sup> Dumez, V., L'Espérance, A. (2024). [Beyond experiential knowledge: a classification of patient knowledge](#). Soc Theory Health (2024). <https://doi.org/10.1057/s41285-024-00208-3>

- 
- <sup>10</sup> Boivin A., Flora L., Dumez V., L'Espérance A., Berkesse A., Gauvin F.-P. (2017). "Transformer la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du "modèle de Montréal". In "La participation des patients", Paris : Editions Dalloz, pp. 11-24
- <sup>11</sup> Flora L., Darmon D., Benattar J.-M. (2020). "Le Centre d'Innovation du partenariat avec les patients et le public : un moteur du développement de la culture du partenariat de soin avec le patient, avec les patients et le public en Europe". [Le partenariat de soin avec le patient : Analyses](#), N°1, pp. 138-163.
- <sup>12</sup> Giddens A. (1987). La constitution de la société. Paris : Presses Universitaires de France.
- <sup>13</sup> Rajot, J. (2001) La théorie de la structuration chez Antony Giddens, in Autissier, D. Wacheux, (dir.) Structuration et management des organisations. Gestion de l'action et du changement dans les organisations. Paris : L'Harmattan.
- <sup>14</sup> Corriveau, L., Boyer, M., Fernandez, N., Striganuk, S. (2010). Construits théoriques sur la dynamique du travail collectif dans des établissements scolaires. In C. L. L. Corriveau, D. Périsset-Bagnoud, L. Savoie-Zajc (dirs.) (Ed.), Travailler ensemble dans les établissements scolaires et de formation : processus, stratégies et paradoxes. Bruxelles: De Boeck Université, pp. 93-106
- <sup>15</sup> Burel L. (2024). Le tandem partenariat médecin généraliste – patient partenaire : une expérience transformative. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Côte d'Azur.
- <sup>16</sup> Kaufmann J.-C. (1996), L'entretien compréhensif. Paris : Nathan.
- <sup>17</sup> Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, N° 3, pp. 77-101
- <sup>18</sup> Flora L. (2015). Le patient formateur : nouveau métier de la santé ? Comment les savoirs expérientiels de l'ensemble des acteurs de santé peuvent relever les défis de nos systèmes de santé, Presses Académiques Francophones : Sarrebruck, Allemagne.
- <sup>19</sup> Karazivan P., Dumez V., Flora L., Pomey M.-P., Del Grande C., Guadiri S., Fernandez N., Jouet E., Las Vergnas O., Lebel P. (2015), [The Patient as Partner in Care : Conceptual Grounds for a Necessary Transition](#), *Academic Medicine*, April, 90; 4; 437-441
- <sup>20</sup> Flora L. (2015), Un référentiel de compétences de patient : pour quoi faire ? Du savoir expérientiel des malades à un référentiel de compétences intégré : l'exemple du modèle de Montréal, Presses Académiques Francophones, Sarrebruck, Allemagne.

---

<sup>21</sup> DCP (2015). Référentiel de compétences des patients, Direction collaboration et partenariat patient, Faculté de médecine, Université de Montréal.

<sup>22</sup> DCP. (2014), Programme partenaires de soins : rapport d'étape (2011-2013), Direction collaboration et partenariat patient, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

<sup>23</sup> Selvi A. (2023). Comment cette formation primée en 2018 révolutionne le rapport patient-soignant. Nice matin, le dossier du dimanche. 29/05/2023. Un article prolongé le 22 juin 2023 d'une émission de web TV : [Comment prendre soin de nos soignants? C'est le thème de votre émission En quête de solutions](#), Nice matin téléWeb.