

COMMENT LA REFLEXIVITE DES MALADES EST-ELLE ENVISAGEE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LE CADRE DE L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ?

Mamane Abdou Oumarou PhD student¹, Olivier Las-Vergnas PhD, HDR², Nassir Messaadi MD, PhD, HDR³

¹ Doctorant en sciences de l'éducation université de Lille, laboratoire CIREL équipe Trigone

² Professeur des universités, Responsable de l'équipe "Apprenance, Formation et Digital", Laboratoire CREF (UR 1589) ; Directeur de recherches doctorales associé au laboratoire CIREL, équipe Trigone (UR 4354) @ Université de Lille. Maître des conférences des universités à l'université de Lille

³ Maître des conférences des universités à l'université de Lille

RESUME : Les interactions entre les personnes malades et les professionnels de santé, s'effectuant dans le cadre de l'accompagnement médical, représentent un enjeu pour le système de santé. En effet, de plus en plus d'approches des soins centrées sur le patient (coopération, codécision, co-construction de projet thérapeutique) sont promues dans le but d'offrir une plus grande autonomie à ces derniers. Ces nouvelles coopérations en santé s'appuient entre autres sur les capacités réflexives dont font preuve les personnes malades. Cette investigation cherche à comprendre comment les professionnels de santé envisagent la réflexivité des malades. La méthode d'enquête par questionnaire utilisée a permis le recueil de données auprès de 197 professionnels de santé sur les territoires de Niamey (n=124) et de Lille (n=73). Les analyses statistiques descriptives et l'Analyse en Composantes Principales (ACP) ont été appliquées. Les résultats font apparaître deux catégories d'approches de soins et de représentations de la réflexivité des malades qu'en font les professionnels de santé. Il s'agit de l'approche paternaliste qui s'intéresse moins à la réflexivité des malades et constituée des modalités unilatérale et collégiale (caractéristique des professionnels de santé à Niamey) et de l'approche par coopération qui s'intéresse plus à la réflexivité des malades et composée des modalités bilatérale et partenariale

(caractéristique des professionnels de santé à Lille). Cette recherche a permis de caractériser les représentations que les professionnels de santé ont de la réflexivité des malades. Bien qu'assez mitigée, ces représentations peuvent être améliorées en vue d'une meilleure prise en compte de la réflexivité des malades.

MOTS-CLES : réflexivité des malades, accompagnement médical, approches des soins

ABSTRACT : *The interactions between sick people and health professionals, taking place within the framework of medical support, constitutes a challenge for the health system. Indeed, more and more patient-centered approaches to care (cooperation, co-decision, co-construction of the therapeutic project) are being promoted with the aim of offering greater autonomy to the latter. These new forms of cooperation in health are based, among other things, on the reflexive capacities shown by sick people. This investigation seeks to understand how health professionals consider the reflexivity of patients. The survey questionnaire used allowed the collection of data from 197 health professionals in the territories of Niamey (n=124) and Lille (n=73). Descriptive statistical analyses and Principal Component Analysis (PCA) were applied. The results showed two categories of approaches to care and representations of the reflexivity of patients made by health professionals. This is the paternalistic approach which is less interested in the reflexivity of patients and consists of unilateral and collegial modalities (characteristic of health professionals in Niamey) and the cooperative approach which is more interested in reflexivity patients and composed of bilateral and partnership modalities (characteristic of health professionals in Lille). This research has made it possible to characterize the representations that health professionals have of the reflexivity of patients. Although quite mixed, these representations can be improved in order to better take into account the reflexivity of patients.*

KEYWORDS: *patient reflexivity, medical support, care approaches*

INTRODUCTION

L'approche du partenariat de soin avec le patient, les nouvelles coopérations réflexives en santé et la prise en considération des dimensions réflexives des personnes malades offrent des perspectives nouvelles à l'accompagnement médical. En effet, la nécessité et le bénéfice d'impliquer ou de faire participer les personnes malades à leurs propres soins par l'acquisition des compétences nécessaires à leurs autonomisations est devenue un enjeu pour le système de santé. Il en est pour preuve, la multitude des travaux de recherche, de dispositifs et d'approches des soins mis en œuvre autour des questions de l'expérience patient (Jouet et al, 2010 ; Tourette-Turgis, 2013 ; 2015), de la relation des soins et du partenariat en santé (Jouet et al, 2014 ; Boivin et al, 2014 ; Lecocq et al, 2017 ; Gross, 2017 ; Leloux et al, 2019). Les personnes malades font preuve d'activités réflexives qu'elles mobilisent dans le cadre du soin de la maladie. La réflexivité, cette capacité à réfléchir sur ses actions, de questionner les situations vécues pour en construire du sens s'explore à travers un ensemble de disposition (prise de conscience, prise de décision, autoanalyse) de comportement (résolution de problème, agentivité, autorégulation) et de posture sociale (implication, engagement, participation) qui pourraient être mise au service de l'accompagnement médical.

Il s'agit de donner aux personnes malades la possibilité d'être acteurs, voire co-auteurs, dans le processus thérapeutique ainsi que lors des activités éducatives (Boavida, 2013).

Dans une visée compréhensive et descriptive, cette enquête s'est donnée pour objectifs de recueillir les observations d'activités réflexives des malades ; décrire la place de la réflexivité des malades dans le cadre de l'accompagnement médical ; décrire les enjeux de l'accompagnement médical et de la relation médicale face aux conditions socioéconomiques et culturelles ; déterminer l'influence des savoirs des malades sur la pratique des professionnels de santé.

Méthodologie

Avec une perspective comparative, l'enquête a touché 197 professionnels de santé dont 124 à Niamey et 73 à Lille. Il s'agit d'une enquête quantitative par questionnaire dont les questions ont été élaborées à partir des verbatims issus d'une enquête qualitative par entretien ayant concerné des malades diabétiques et des professionnels de santé. Les analyses à l'aide des catégories conceptuelles (Paillé & Muchielli, 2016 ; Glaser & Strauss, 2017 ; Lejeune, 2019) et lexicométriques (Reinert, 1983, 1986 ; Ratinaud & Marchand, 2015 ; Khelifi, 2021) ont permis l'élaboration de l'outil

questionnaire en transformant certaines catégories conceptuelles en variables d'intérêts formulées dans les questions. La structuration du questionnaire est présentée en 3 grandes rubriques qui sont : rapport à la réflexivité des malades ; démarche de l'accompagnement médical et contenus des interactions.

Les 10 questions avec chacune 4 modalités portent sur : les observations de la réflexivité, les jugements sur la réflexivité (valeur et utilité perçue), la perception de relation avec la personne malade, le mode de prise de décision, les objectifs des soins, les priorités des soins, les objets des discussions avec le malade et les attentions aux différentes dimensions de la personne malade.

Des données sociodémographiques concernant le genre, la localité, la catégorie professionnelle, le lieu d'exercice professionnel et la durée d'exercice professionnel ont été recueillies. Une échelle de Likert, outil psychométrique de mesure d'attitude ou d'observation des fréquences des faits, a été utilisée. Elle comprend 5 niveaux à travers laquelle il est demandé à l'enquêté d'exprimer le degré d'observation relatif à l'affirmation. Deux méthodes d'analyse ont été appliquées. Il s'agit des statistiques descriptives en ce qui concerne les données sociodémographiques (variables qualitatives) et de l'Analyse en Composantes principales (ACP) pour les variables quantitatives.

Résultats

Répartitions de la population en fonction des données sociodémographiques

Pour rappel l'étude a touché 197 professionnels de santé (124 à Niamey et 73 à Lille) avec une forte prédominance du sexe masculin à Niamey soit 67,7% tandis qu'à Lille 54,7% des répondants s'abstiennent à déclarer leur genre. La répartition en nombre d'année d'expérience professionnelle fait ressortir une forte proportion de la catégorie de 0 à 5 ans (64,5 %) suivi de 6 à 10 ans (32,2%) à Niamey et la catégorie de plus 21 ans d'expérience (43,8%) suivi 0 à 5 ans (31,5%) à Lille. La moyenne des années d'expérience à Niamey est de 4,6 ans tandis qu'à Lille elle est de 16,9 ans. Une forte prédominance de praticiens hospitaliers à Niamey soit 74% tandis qu'à Lille 89,7% des répondants exercent en médecine de ville. Le taux de réponse à Niamey est de 24,8% tandis qu'il est de 14,6% à Lille. Cette disparité s'explique par le fait que les canaux de diffusion des questionnaires n'ont pas été les mêmes pour des raisons liées aux contextes et conditions de réalisation de l'enquête.

Regroupement des questions et Analyse en Composantes

Principales (ACP)

Il a été opéré le choix de regrouper les questions par focales afin de donner plus de lisibilité et faciliter la compréhension. Il s'agit des groupes thématiques suivants : rapports à la réflexivité (observation, jugements sur la réflexivité et apprentissages), démarche de l'accompagnement médical (objectifs des soins, prise de décision, perception de la relation) et contenus des interactions (priorités des soins, objets des discussions et attentions aux dimensions des malades). Les résultats de chacun des groupes thématiques sont donnés à l'aide de tableaux présentant les statistiques descriptives des familles des questions ainsi que des figures issues des ACP (plan factoriel des variables, des individus et des ellipses de confiance des variables qualitatives et qualitatives supplémentaires).

Rapports à la réflexivité : observation, jugements sur la réflexivité et apprentissages

Les statistiques descriptives, telles que la moyenne et l'écart-type, des modalités des variables des familles de question sont présentées dans le tableau ci-dessous. Une grande partie des variables de ces questions ont des écarts types faibles (<1) donc significatif. Ceci explique une assez bonne homogénéité de la population.

Tableau 1 : statistiques descriptives des familles de questions portant sur les rapports à la réflexivité : observation, jugements sur la réflexivité et apprentissages

Variable	Objet de la mesure	Observations	Obs. avec données manquantes	Obs. sans données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
MalInfoCon	Observation des activités réflexives des malades	197	0	197	2,000	5,000	3,406	0,952
MalReflxCsc		197	0	197	2,000	5,000	3,396	0,878
MalDefObj		197	0	197	2,000	5,000	3,157	0,915
MalAppCon		197	0	197	1,000	5,000	3,289	1,084
ReflxFavObs	Ce que la réflexivité des malades permet	197	0	197	1,000	5,000	3,792	0,882
ReflxFavEng		197	0	197	2,000	5,000	3,985	0,772
ReflxFavPart		197	0	197	1,000	5,000	3,680	0,804
ReflxFavErgo		197	0	197	1,000	5,000	3,411	0,891
ReflxValAjou	Représentation de la réflexivité	197	0	197	1,000	5,000	3,843	0,990
ReflxFacSec		197	0	197	1,000	5,000	2,817	1,164
ReflxFrein		197	0	197	1,000	5,000	2,178	1,017
ReflxDestab		197	0	197	1,000	5,000	2,320	1,017
ApprDif	Formes d'apprentissages	197	0	197	1,000	5,000	4,162	0,842
ApprAjust		197	0	197	2,000	5,000	4,020	0,898
ApprReflPro		197	0	197	2,000	5,000	4,025	0,912
ApprModifPer		197	0	197	2,000	5,000	3,868	0,888

L'ACP des variables des familles des questions portant sur les rapports à la réflexivité (observation, jugements sur la réflexivité et apprentissages) se présente comme suit : les axes opposent les professionnels de santé pour qui la réflexivité a peu d'intérêt à ceux qui lui trouve beaucoup d'intérêt (encadrés de couleur orange) ; les flèches (en biais à gauche) représentent les professionnels de santé pour qui la réflexivité a peu d'intérêt et constitue un frein ; les flèches (en biais en haut à droite) représentent les professionnels de santé pour qui la réflexivité a beaucoup d'intérêt et constitue un facteur favorable ; les flèches (en biais en bas à droite) représentent les professionnels de santé pour qui la réflexivité a beaucoup d'intérêt et leur permet d'apprendre des malades.

Ainsi, cette opération permet-elle de quantifier les corrélations entre les variables du jeu de données.

Les groupes de variables ayant des tendances identiques identifiés sur le cercle des corrélations sont : réflexivité pose des problèmes, réflexivité est un facteur favorable et réflexivité permet des apprentissages.

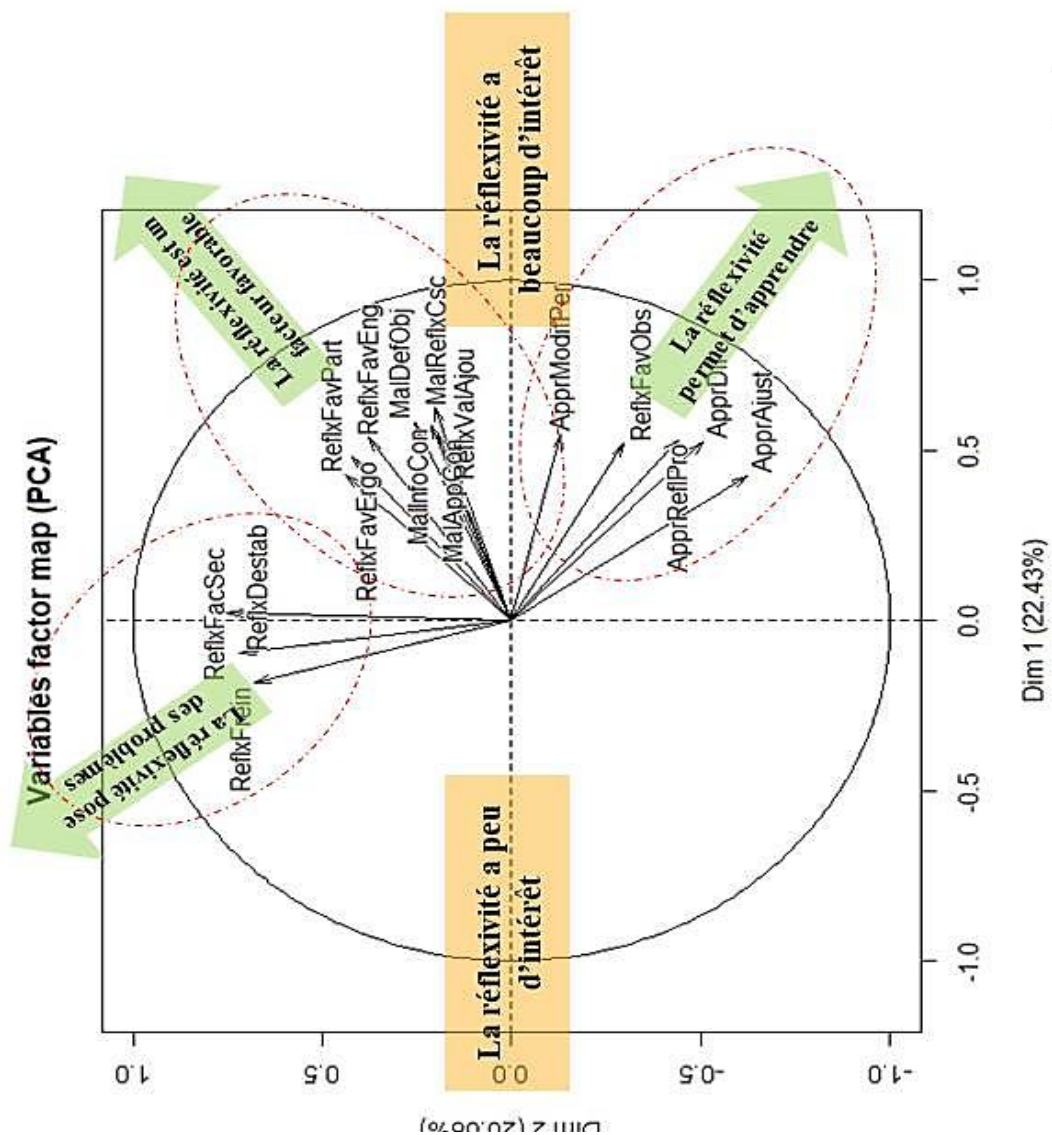


Figure 1 : ACP des variables des familles des questions portant sur les rapports à la réflexivité : observation, jugements sur la réflexivité et apprentissages

Démarche de l'accompagnement médical : objectifs des soins, prise de décision et perception de la relation

Une partie des modalités des variables des familles des questions ont des écarts types faibles (<1). Les données sont peu dispersées par rapport à la moyenne.

Tableau 2 : Statistiques descriptive des 3 familles de questions portant sur la démarche de l'accompagnement médical (objectifs des soins, prise de décision, perception de la relation)

Variable	Objet de la mesure	Observations	Obs. avec données manquantes	Obs. sans données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
ObjDimSymp	Objectifs des soins	197	0	197	2,000	5,000	4,289	0,709
ObjConnMal		197	0	197	2,000	5,000	3,980	0,782
ObjChanComp		197	0	197	1,000	5,000	3,761	0,909
ObjParcVie		197	0	197	1,000	5,000	3,497	1,123
DeciSeul	Modalités des prises de décisions	197	0	197	1,000	5,000	2,919	1,197
DeciColl		197	0	197	1,000	5,000	3,452	0,906
DeciMal		197	0	197	2,000	5,000	4,117	0,938
DeciMalProch		197	0	197	1,000	5,000	3,213	1,090
RelaMG	Perceptions de la relation	197	0	197	1,000	5,000	3,523	1,181
RelaPart		197	0	197	1,000	5,000	3,721	1,019
RelaCothepe		197	0	197	1,000	5,000	3,477	1,118

L'ACP des variables des familles des questions portant sur la démarche de l'accompagnement médical (objectifs des soins, prise de décision, perception de la relation) se présente comme suit :

- les axes opposent les professionnels de santé pour qui la réflexivité a peu d'intérêt à ceux qui lui trouve plus d'intérêt (encadrés de couleur orange) ;

- les flèches (en biais à gauche) représentent les professionnels de santé pour qui les décisions doivent être uniquement de leur ressort et considèrent qu'ils sont dans une relation uniquement médicale ;
- les flèches (en biais en haut à droite) représentent les professionnels de santé pour qui la réflexivité influe sur la définition des objectifs des soins à travers une décision de type collégiale ;
- les flèches (en biais en bas à droite) représentent les professionnels de santé pour qui la réflexivité influe sur les relations qui sont de types partenariale et de co-thérapie avec des prises de décisions avec les malades et leurs proches.

Les groupes de variables ayant des tendances identiques identifiés sur le cercle des corrélations sont : prise en charge en modalité unilatérale, prise en charge en modalité collaborative, prise en charge en modalité bilatérale et partenariale.

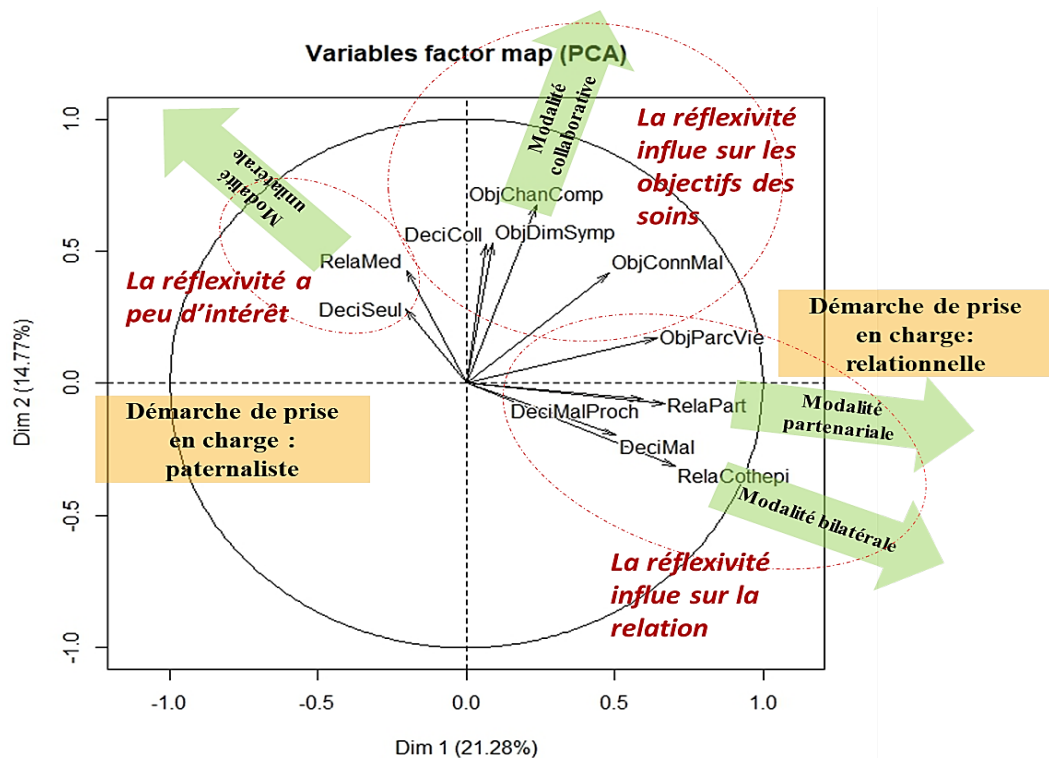


Figure 2 : ACP des variables des familles des questions portant sur la démarche de l'accompagnement médical (objectifs des soins, prise de décision, perception de la relation)

Contenus des interactions : priorités des soins, objets des discussions et attention aux dimensions du malade

Ici aussi une grande partie des modalités des variables des familles des questions ont des écarts types faibles (<1). Ceci explique une assez bonne cohérence de la population.

Tableau 3 : Statistiques descriptive des 3 familles de questions portant sur les contenus des interactions (priorités des soins, objets des discussions et attention aux dimensions)

Variable	Objet de la mesure	Observations	Obs. avec données manquantes	Obs. sans données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
DiscMesHyg	Fréquence des discussions	197	0	197	1,000	5,000	4,132	0,829
DiscPrdPharm		197	0	197	1,000	5,000	3,680	1,193
DiscPrdAlim		197	0	197	1,000	5,000	3,320	1,167
DiscEtaEspri		197	0	197	1,000	5,000	3,726	1,086
AttDimPhy	Attention aux dimensions	197	0	197	1,000	5,000	4,330	0,825
AttDimPsy		197	0	197	2,000	5,000	4,259	0,814
AttDimSoci		197	0	197	1,000	5,000	3,843	1,015
AttDimEco		197	0	197	1,000	5,000	3,761	1,129
PrioEcouMal	Priorités dans les échanges	197	0	197	2,000	5,000	4,396	0,746
PrioCompMal		197	0	197	2,000	5,000	4,198	0,837
PrioInfoMal		197	0	197	1,000	5,000	4,284	0,845
PrioAutosoïn		197	0	197	1,000	5,000	3,766	1,109

L'ACP des variables des familles des questions portant sur les contenus des interactions (priorités des soins, objets des discussions et attention aux dimensions) se présente comme suit :

- les axes opposent les professionnels de santé dont les interactions avec les malades sont faibles à ceux ayant des interactions fortes (encadrés de couleur orange) ;
- les flèches (en biais en haut à droite) représentent les professionnels de santé dont les interactions avec les malades sont fortes et celles-ci portent sur les priorités des soins ;
- les flèches (en biais à droite et au milieu) représentent les professionnels de santé dont les interactions avec les malades sont fortes et celles-ci portent sur les attentions à certaines dimensions des malades;

- les flèches (en biais en bas à droite) représentent les professionnels de santé dont les interactions avec les malades sont fortes et celles-ci portent sur les objets des discussions.

Les groupes de variables ayant des tendances identiques identifiés sur le cercle des corrélations sont : priorités des soins, attention aux dimensions du malade et objets des discussions.

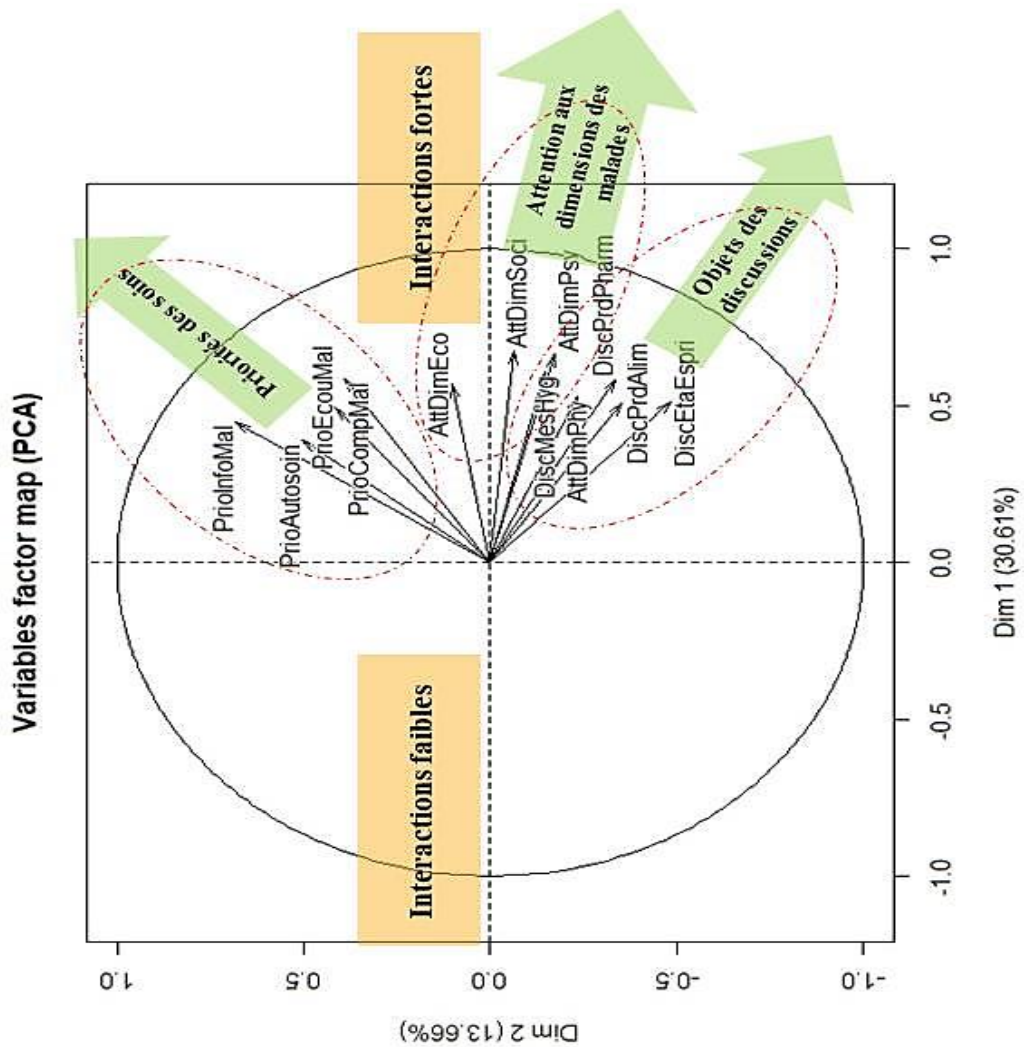


Figure 3 : ACP des variables des familles des questions portant sur les contenus des interactions (priorités des soins, objets des discussions et attention aux dimensions)

Les 3 ACP des familles des questions permettent de constater qu'une première catégorie des professionnels de santé considère que la réflexivité a peu d'intérêt car elle est perçue comme un frein à l'accompagnement médical qui se veut unilatéral et à faibles interactions. Tandis qu'une seconde catégorie des professionnels de santé considère que la réflexivité a beaucoup d'intérêt car elle constitue un facteur favorable permettant des apprentissages dans l'accompagnement médical, influe sur les objectifs et la relation des soins et sur les contenus des interactions avec les malades (priorités des soins, attention aux dimensions du malade et objets des discussions).

Création de nouvelles familles de variables et méta analyse

Un regroupement des modalités des variables présentant des corrélations positives a été opéré. Des nouvelles familles de variables (au nombre de 10) ont été créées à partir des moyennes des groupes des variables corrélées. Une nouvelle ACP a été réalisée en vue de mieux comprendre le phénomène émergent qui est celui de la catégorisation des rapports des professionnels de santé à la réflexivité des malades et la démarche des soins dans le cadre de l'accompagnement médical.

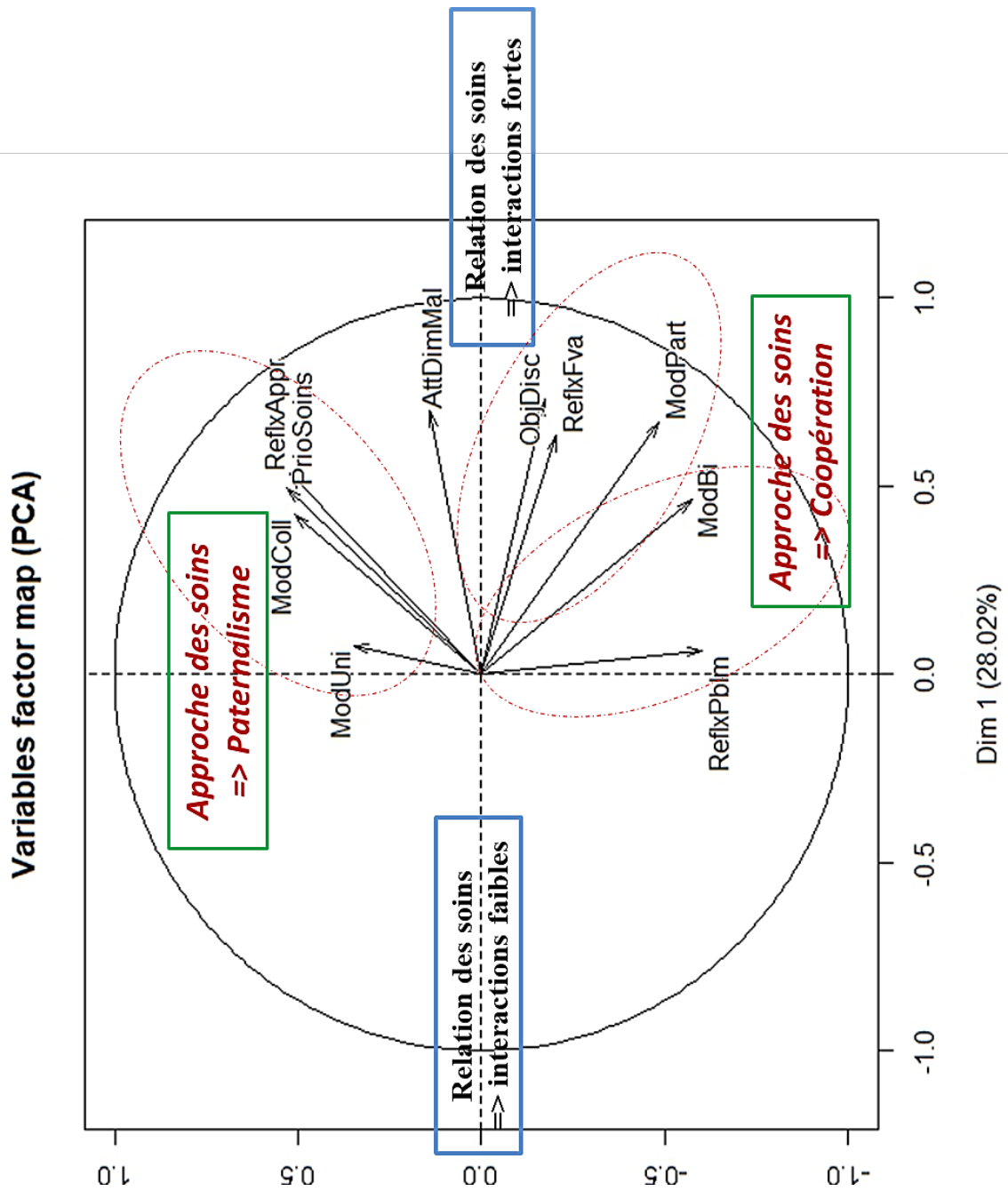


Figure 4 : ACP des 10 nouvelles variables portant sur les rapports à la réflexivité des malades et approches des soins

Ainsi, cette nouvelle ACP a permis de sortir 2 catégories de professionnels de santé au regard de leurs rapports à la réflexivité des malades et les approches des soins. Une première catégorie des professionnels de santé s'intéresse moins à la réflexivité des malades et est dans une approche des soins de type paternaliste. À l'intérieur de cette catégorie se retrouve une approche paternaliste en modalité unilatérale et une seconde modalité collégiale. Les professionnels de santé représentés par la modalité collégiale estiment que la réflexivité leur permet des apprentissages à partir des expériences des malades concourant à mieux définir les priorités des soins.

La seconde catégorie des professionnels de santé s'intéresse plus à la réflexivité des malades. Contrairement à la première catégorie, celle-ci est dans une approche des soins de type coopération. Ainsi, 2 modalités se présentent : une première qui est la modalité bilatérale estime que la réflexivité des malades est un facteur secondaire et peut être déstabilisatrice ou constituer un frein à l'accompagnement médical. En revanche, la seconde modalité de type partenariale trouve que la réflexivité des malades est un facteur favorable à l'accompagnement médical et permet d'avantage d'échanges autour des objets des discussions (état psychologique, produits alimentaires, pharmaceutiques et les mesures d'hygiènes).

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes catégories des professionnels de santé et les approches des soins en lien avec leurs rapports à la réflexivité des malades.

Tableau 4 : catégories des professionnels de santé et leurs rapports à la réflexivité des malades et approches des soins

Rapports à la réflexivité des diabétiques et approches des soins des professionnels de santé			
Paternalisme (s'intéresse moins à la réflexivité des malades)		Coopération (s'intéresse plus à la réflexivité des malades)	
Modalité unilatérale	Modalité collégiale (apprentissage, priorité des soins)	Modalité bilatérale (réflexivité facteur secondaire, frein)	Modalité partenariale (réflexivité facteur favorable, objets des discussions)

À la suite des ACP, des ellipses de confiance des variables qualitatives et quantitatives supplémentaires ont été tracées afin de déterminer les éléments de significativité comme l'illustrent les figures 5a, 5b, 5c, 5d ci-dessous.

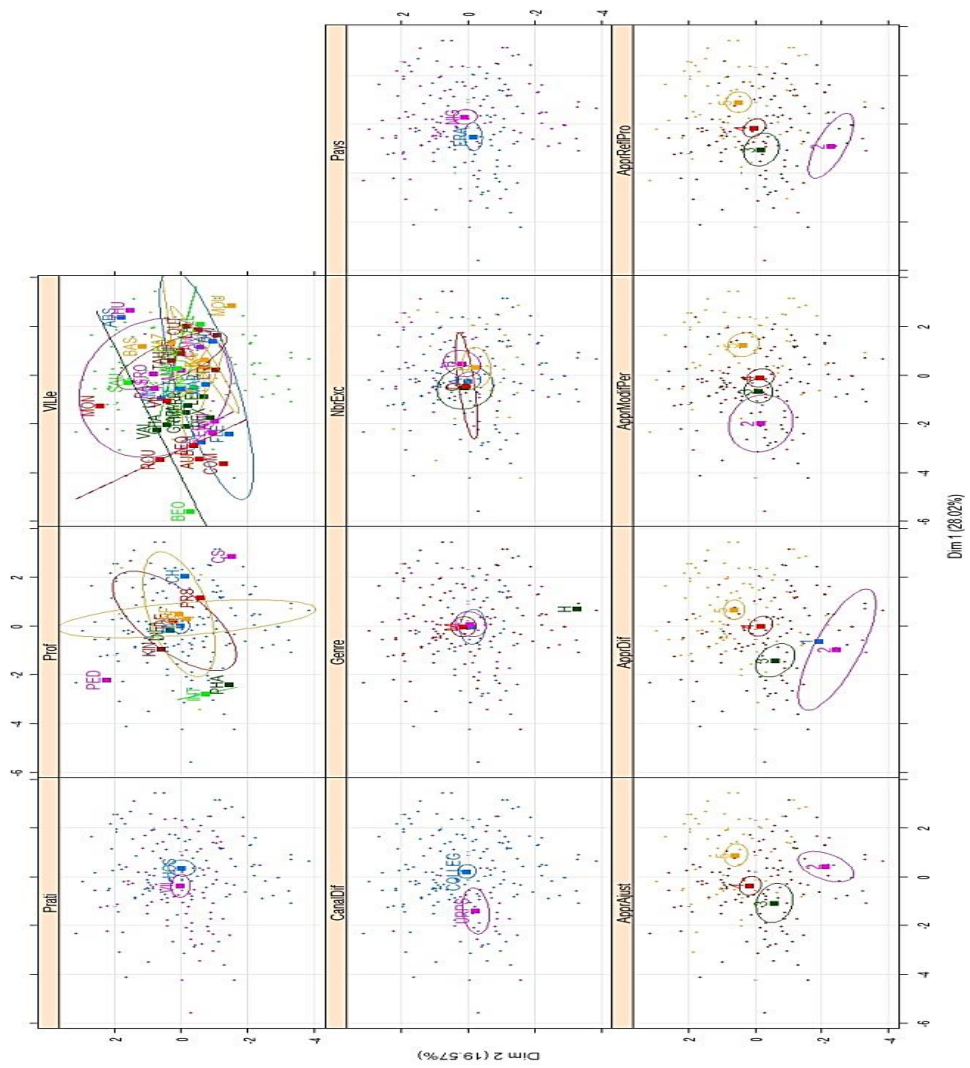


Figure 5a : ellipses de confiance des variables qualitatives et qualitatives supplémentaires.

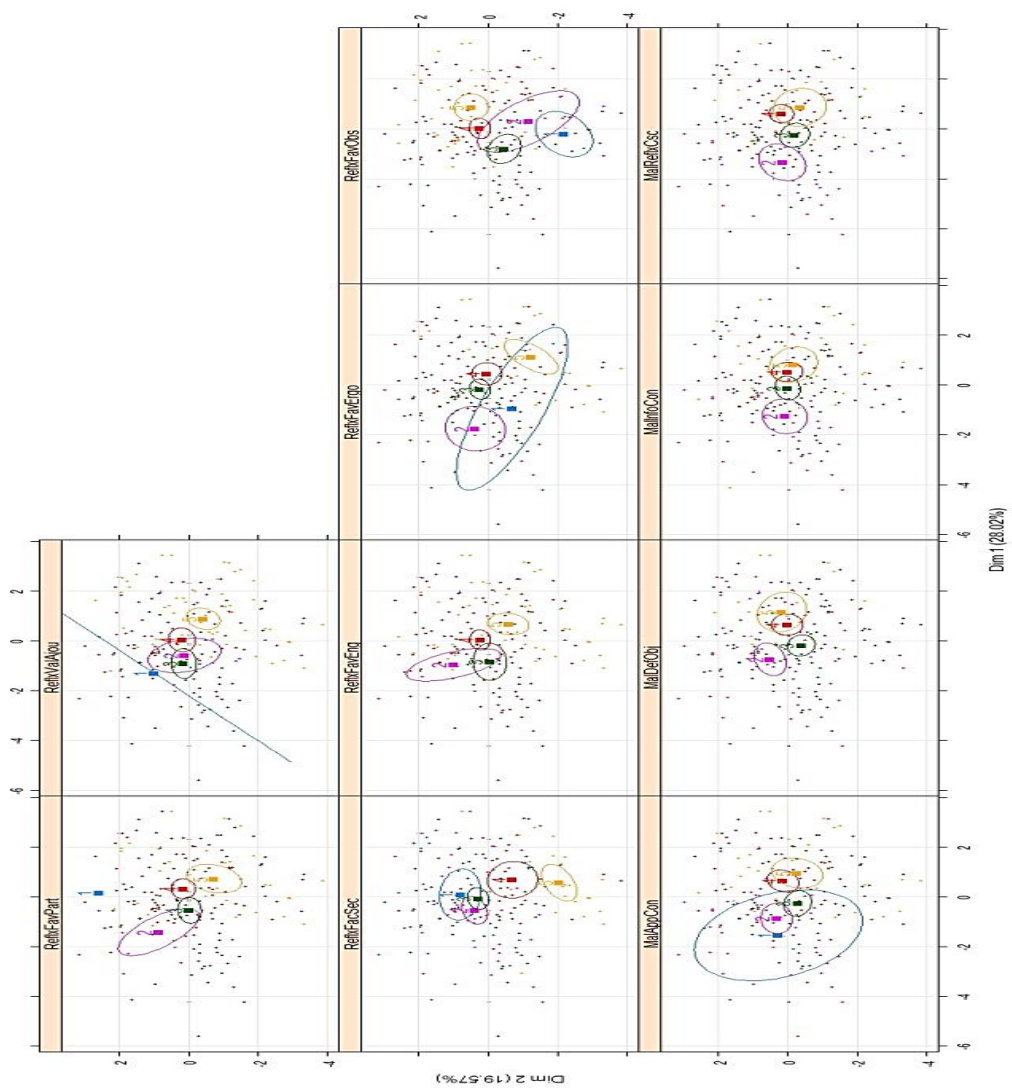


Figure 5b : ellipses de confiance des variables qualitatives supplémentaires

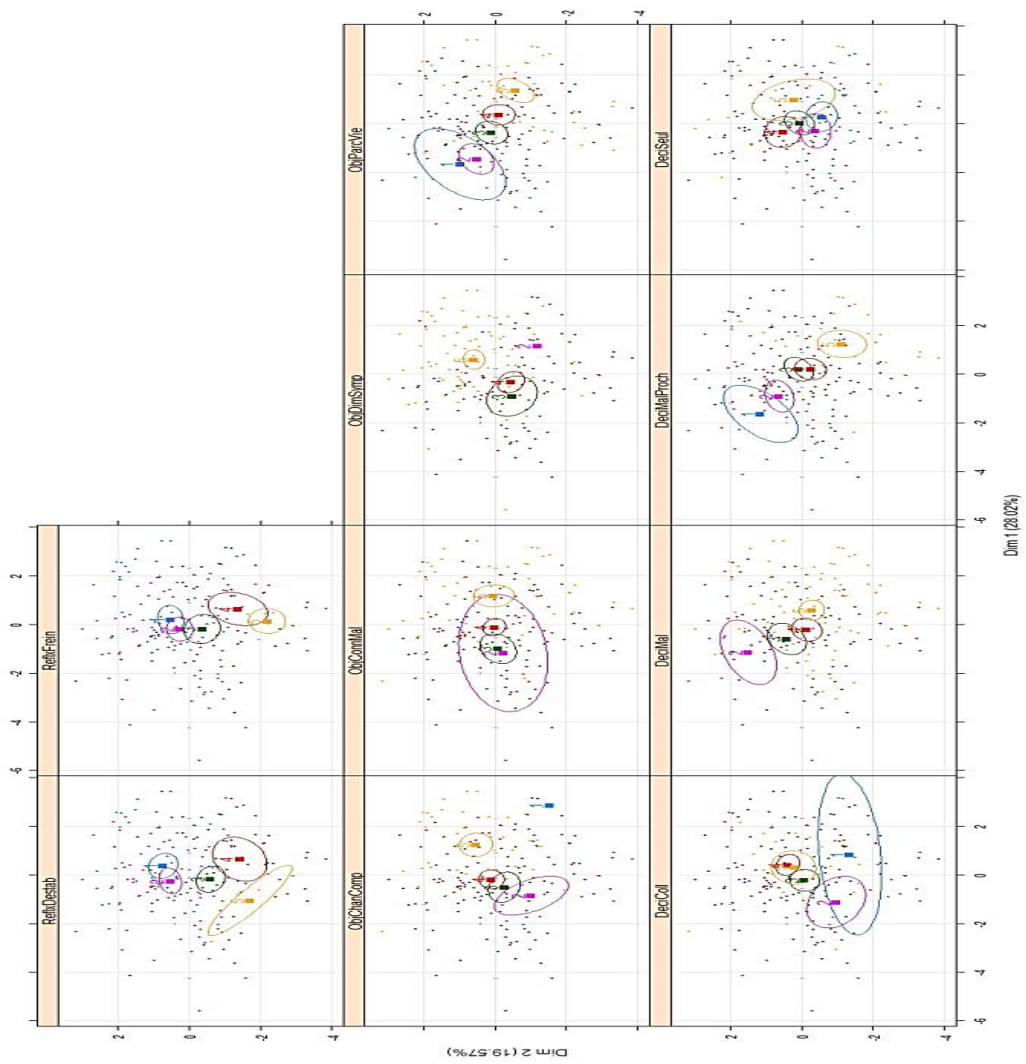


Figure 5c : ellipses de confiance des variables qualitatives supplémentaires

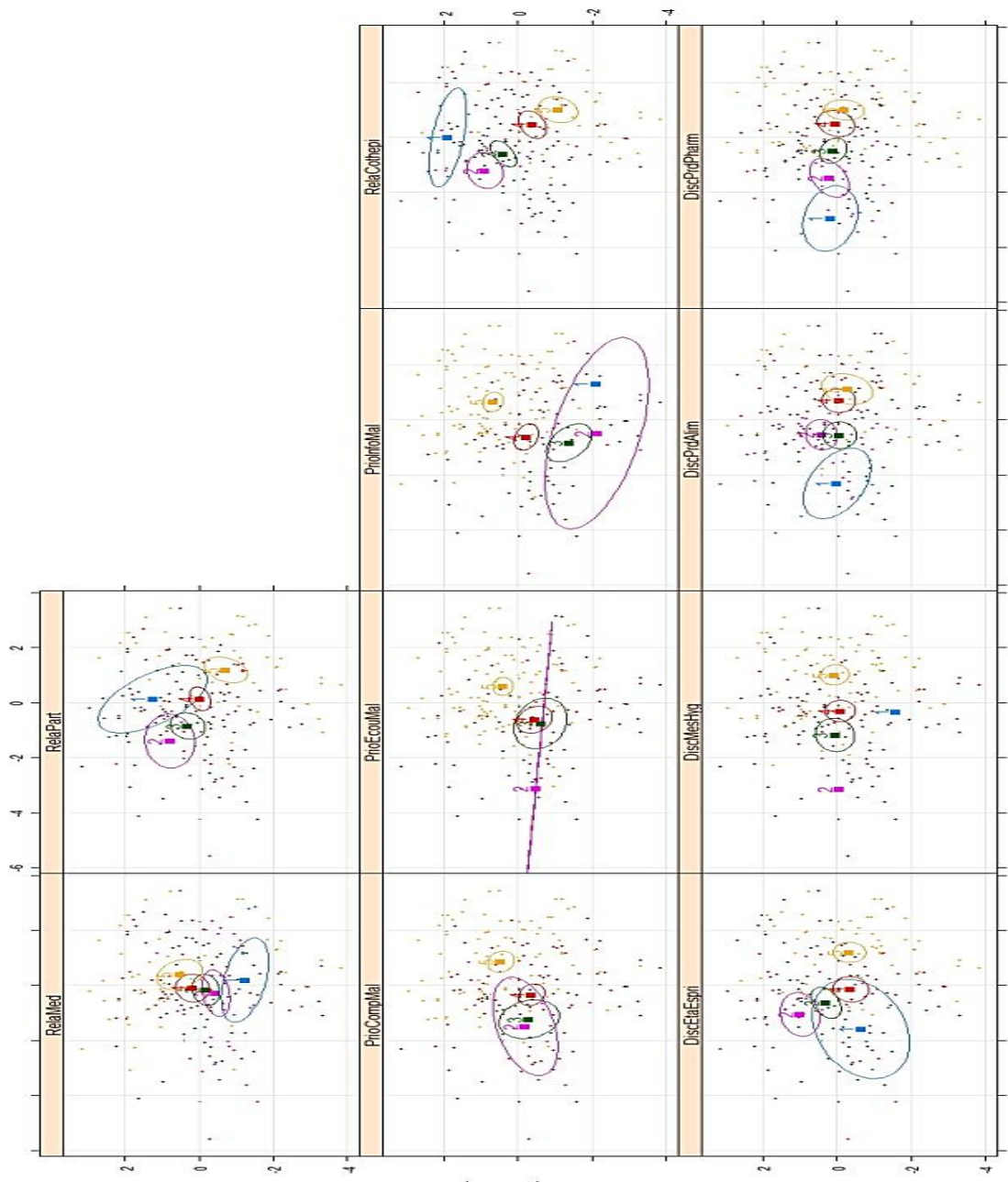


Figure 5d : ellipses de confiance des variables qualitatives supplémentaires

C'est ainsi que les modalités de certaines variables sont significativement différentes les unes des autres.

Il s'agit de : DiscMesHyg (mesures d'hygiène de vie, alimentation, activité physique, sommeil...etc.) ; DiscPrdPharm (accessibilité aux produits pharmaceutiques) ; PrioAutosoin (apprendre au malade comment faire de l'autosoin, de l'auto-surveillance) ; ObjConnMal (améliorer les connaissances du malade) ; ObjParcVie (aider à la construction de parcours de vie du malade) ; DeciMalProch (décision partagée/concertée avec le malade et ses proches) ; AttDimSoci (attention à la dimension sociale du malade) ; ApprDif (mieux appréhender leurs difficultés) ; ApprReflPro (analyser mes propres pratiques professionnelles) et ApprModifPer (modifier les perceptions et représentations que j'ai des malades).

Cependant les variables qualitatives ne font pas apparaître une assez grande différence entre les catégories sociodémographiques des professionnels de santé des 2 territoires. Seule la variable « Pays » pour la localité fait apparaître que les professionnels de santé à Niamey sont plus dans une démarche de type paternalisme (réflexivité à peu d'intérêt et approche des soins de type collégiale). Pour leur part, les professionnels de santé à Lille sont dans une démarche de type de coopération (s'intéressent plus à la réflexivité dans une approche plus bilatérale que partenariale).

DISCUSSION

Réflexivités des malades, une valeur plus ou moins mitigée pour les soignants les professionnels de santé

Les résultats ont permis de faire ressortir 2 catégories de professionnels de santé au regard de leurs rapports à la réflexivité des malades et les approches des soins : paternalisme (modalité unilatérale et collégiale) et coopération (modalité bilatérale et partenariale). Les professionnels, cliniciens et intervenants de santé déclarent observer que les malades sont de plus en plus réflexifs. Cette recrudescence du phénomène de réflexivité des malades n'est pas qu'une donnée dans l'air du temps. Elle est à mettre en lien avec la forte prévalence des maladies chroniques, la révolution numérique et l'avènement de la démocratie sanitaire et de son prolongement la démocratie en santé. Ce sont là des facteurs et conditions ayant permis son apparition ainsi que son émergence. Cependant, la réflexivité des malades est perçue de façon mitigée et controversée par les professionnels de santé. Dans le cadre de l'exercice des soins, elle est tantôt perçue comme un frein, un obstacle et un facteur secondaire pour les uns, ou comme une valeur ajoutée et un facteur favorable aux soins pour les autres. La réflexivité des malades favorise tout de même les apprentissages, la définition des objets des discussions et les priorités des soins.

Aussi, elle permet quelquefois aux professionnels, cliniciens et intervenants de santé d'analyser leurs propres pratiques professionnelles, modifier leurs perceptions et représentations qu'ils ont des personnes malades et contribue à leur apporter des connaissances nouvelles grâce aux expériences.

En favorisant apprentissages, discussions et priorité des soins, en suscitant la réflexivité des professionnels, cliniciens et intervenants de santé, la réflexivité des malades ne peut alors qu'être une valeur ajoutée pour le soin. Finalement les approches des soins de type paternalisme ou coopération, sont dépendantes des expériences et des rapports (perceptions, représentations, jugements) que les professionnels, cliniciens et intervenants de santé ont à la réflexivité des malades. Selon qu'ils s'intéressent plus ou moins à la réflexivité des malades, les professionnels, cliniciens et intervenants de santé portent des jugements positifs ou négatifs sur cette dernière. Ceci est à mettre en lien avec leurs expériences de l'accompagnement médical (interaction avec les malades) ou peut être avec leurs collègues.

Un système de santé encore dominé par le modèle paternaliste ?

Gagnayre & d'Ivernois, (2003) nous rappellent que la place du malade a considérablement évolué au-delà même des connaissances acquises grâce à l'éducation thérapeutique. Cette évolution s'accompagne de l'apparition de la figure d'un patient non seulement porteur de véritables compétences et ayant développé au fil du temps une connaissance de sa maladie mais aussi considéré comme personne ressource pour les autres (Tourette-Turgis, 2015).

Malgré ces évolutions et les appels à la prise en compte de la réflexivité des malades, le système de santé reste encore dominé par le modèle paternaliste (Jouet et al, 2010). Cela est peut-être dû au fait que les nouvelles approches des soins, démarche centrée sur le patient (Haute Autorité de Santé, 2015), modèle de partenariat patient (Boivin et al, 2017 ; Lecocq et al, 2017 ; Leloux et al, 2019)), prennent du temps pour se mettre en place. Dès lors, le modèle biomédical reste ancré dans la pratique comme le mentionnaient Jouet et al. (2010), « les modèles biomédical et managérial se sont imposés dans l'accompagnement médical de la santé et de la maladie dans de telles sociétés. Le sujet est réifié dans son expérience de la pathologie » (Jouet et al, 2010).

D'un autre côté, il faut préciser que dans les situations de maladies aiguës, les professionnels, cliniciens et intervenants de santé restent maîtres du jeu en conservant son paternalisme.

Pourtant, l'accompagnement médical en général ou d'autres dispositifs tels que l'éducation du patient ou patient partenaire pourraient gagner en efficacité, en efficience et en qualité s'ils prenaient en compte les dimensions réflexives qu'implique l'expérience vécue de la maladie.

En dépit de la prégnance du paternalisme médicale, plusieurs dispositifs, interventions et approches des soins telles que les universités des patients (Tourette-Turgis, 2013), patient expert (Tourette-Turgis & Pelletier, 2014 ; Tourette-Turgis, 2015 ; Jodelet, 2017), patient formateur et patient co-chercheur (Jouet et al, 2014 ; Flora, 2015 ; Boivin et al, 2017) sont en train d'être expérimentés çà et là. Les résultats de ces interventions sont d'ores et déjà concluants du fait que d'une part ils apportent des améliorations significatives au système des soins et permettent d'autre part de la pleine opérationnalisation de la démocratie sanitaire et de son prolongement la démocratie en santé (Gross, 2017).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette investigation a été conduite autour de la question de comment la réflexivité des malades est envisagée par les professionnels de santé dans le cadre de l'accompagnement médical.

Elle avait pour but de recueillir les observations des activités réflexives des malades ; décrire la place de la réflexivité des malades dans le cadre de l'accompagnement médical ; décrire les enjeux de l'accompagnement médical et de la relation médicale face aux conditions socioéconomiques et culturelles et enfin déterminer l'influence des savoirs des malades sur la pratique des professionnels de santé.

Les résultats auxquels elle a abouti permettent, au regard de leurs rapports à la réflexivité des malades et les approches des soins, de dégager deux catégories d'approches et de représentations qu'en font les professionnels de santé. Il s'agit de : paternalisme, s'intéresse moins à la réflexivité des malades, est constitué des modalités unilatérale et collégiale et de la coopération, s'intéresse plus à la réflexivité des malades, est composée des modalités bilatérale et partenariale.

Ces conclusions ont permis, dans le cadre de cette recherche, de caractériser les représentations que les professionnels de santé ont concernant la réflexivité des malades dans le cadre l'accompagnement médical et au-delà dans le contexte de la relation des soins. Les professionnels de santé en particulier et le système de santé en général auront tout à gagner à prendre en compte la réflexivité des malades. Cette dernière pourrait permettre par exemple l'amélioration des dispositifs des soins (d'éducation du patient « modèle réflexif ») et au-delà de relation des soins et le partenariat médical.

BIBLIOGRAPHIE

Boavida, J. M. (2013). Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32, 32-34. [https://doi.org/10.1016/S0870-2551\(13\)70045-3](https://doi.org/10.1016/S0870-2551(13)70045-3)

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". Vol. 2017, Paris : Editions Dalloz, 11-24.

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.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative (Armand Colin).

Gross, O. (2017). L'engagement des patients au service du système de santé. Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.gross.2017.01>

Haute Autorité de Santé. (2015). Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

Jodelet, D. (2017). Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social (Les classiques des sciences sociales, p. 270-294).

Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*, 2010(58-59), 13-94

Jouet, E., Vergnas, O. L., & Noël-Hureau, E. (2014). Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche. *Archives contemporaines*.

Khelifi, H. (2021). La lexicométrie : Un outil efficient pour l'analyse du discours. 13.

Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., & Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. *Soins*, 62(816), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.05.016>

Lejeune, C. (2019). Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. *Lectures*. <https://journals.openedition.org/lectures/17952>

Leloux, M., Néron, A., & Lecocq, D. (2019). Le patient, partenaire de ses soins et du système de santé. *Fédération des maisons médicales*, 88.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>

- Ratinaud, P., & Marchand, P. (2015). Des mondes lexicaux aux représentations sociales. Une première approche des thématiques dans les débats à l'Assemblée nationale (1998-2014). *Mots. Les langages du politique*, 108, 57-77. <https://doi.org/10.4000/mots.22006>
- Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique : Application à l'analyse lexicale par contexte. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 13.
- Reinert, A. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale. *Les cahiers de l'analyse des données*, Dunod, 12.
- Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : Une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cite*, N° 4(2), 173-185.
- Tourette-Turgis, C. (2015). Les patients experts et les soignants, vers des relations de réciprocité. *Soins*, 60(796), 37-39. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2015.04.008>
- Tourette-Turgis, C., Pelletier, J.-F. (2014). Expérience de la maladie et reconnaissance de l'activité des malades : Quels enjeux ? *Le sujet dans la cite*, N° 5(2), 20-32.

Tableau : liste des questions et codes des variables

Liste des questions	Codes variables
Dans le cadre du suivi du malade, je discute avec le malade de :	
Ses mesures d'hygiène de vie (alimentation, activité physique, sommeil...etc.)	DiscMesHyg
Son accessibilité aux produits pharmaceutiques	DiscPrdPharm
Son accessibilité aux produits alimentaires	DiscPrdAlim
Son état d'esprit	DiscEtaEspri
Dans le cadre du suivi du malade, il m'arrive de considérer comme prioritaire le fait de :	
Ecouter ce que dit le malade de sa maladie	PrioEcouMal
Vérifier ce que le malade a compris de sa maladie	PrioCompMal
Faire connaître au malade sa pathologie, le traitement, ses effets...	PrioInfoMal
Apprendre au malade comment faire de l'autosoins, de l'autosurveillance...	PrioAutosoin
Dans le cadre du suivi du malade, je cherche à :	
Diminuer les troubles et manifestations symptomatiques vécus par le malade	ObjDimSymp
Améliorer les connaissances du malade	ObjConnMal
Changer les comportements du malade	ObjChanComp
Aider à la construction de parcours de vie du malade	ObjParcVie
Dans le cadre du suivi du malade, je prends les décisions de façon :	
Seule (autonome)	DeciSeul
Collégiale (avec un ou plusieurs autres intervenants en santé)	DeciColl
Partagée/concertée (avec le/la malade)	DeciMal
Partagée/concertée (avec le malade et ses proches)	DeciMalProch
Dans le cadre du suivi du malade, j'observe que ma relation avec lui/elle est :	
Uniquement médicale (examen, diagnostic, prescription...)	RelaMed
Un partenariat de soins (élaboration concertée d'un traitement...)	RelaPart
Une relation de co-thérapie (accompagnement aux initiatives personnelles, soins de confort, traitements complémentaires...)	RelaCothepe
Dans le cadre du suivi du malade, je suis conduit à faire attention à sa dimension:	
Physique	AttDimPhy
Psychique	AttDimPsy
Sociale	AttDimSoci
Economique	AttDimEco
Ce que j'apprends des malades grâce à leurs expériences de la maladie me conduit à :	
Mieux appréhender leurs difficultés	ApprDif
Ajuster mes interventions envers eux	ApprAjust
Analyser mes propres pratiques professionnelles	ApprReflPro
Modifier les perceptions et représentations que j'ai des malades	ApprModifPer
J'observe/ Je constate aujourd'hui que les personnes atteintes de diabète que je soigne :	
Ont suffisamment d'information/connaissance sur leurs maladies	MalInfoCon
Formulent des réflexions, prise de conscience au sujet de leurs maladies	MalReflxCsc
Se donnent des objectifs précis à atteindre pour l'amélioration de leur santé	MalDefObj
Contribuent à m'apporter des connaissances nouvelles grâce à leurs expériences de la maladie	MalAppCon
J'observe que la réflexivité du malade (analyse et examen de sa situation, réflexion sur soi et décision, fixation d'objectif et résolution de problème) favorise :	
L'observance thérapeutique du malade	ReflxFavObs
L'engagement du malade dans le protocole/projet de soins	ReflxFavEng
La participation du malade par des autosoins	ReflxFavPart
La co-conception de l'ergonomie des soins	ReflxFavErgo
Dans le cadre du suivi du malade, j'observe que les activités réflexives du malade sont :	
Une valeur ajoutée	ReflxValAjou
Un facteur secondaire	ReflxFacSec
Un frein	ReflxFrein
Une source de déstabilisation pour le professionnel	ReflxDestab