



HAL
open science

La relation de soin à l'épreuve des représentations sociales : enjeux éthiques en orthopédie dento-faciale hospitalière

Marie-Charlotte Mano

► **To cite this version:**

Marie-Charlotte Mano. La relation de soin à l'épreuve des représentations sociales : enjeux éthiques en orthopédie dento-faciale hospitalière. Ethique. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015USPCB192 . tel-03110981

HAL Id: tel-03110981

<https://theses.hal.science/tel-03110981>

Submitted on 15 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

Ecole doctorale : Droit, Gestion et Relations internationales ED 262

Ethique, politique et Santé - Inserm EA 4569

Laboratoire d’Ethique Médicale et de médecine légale

La relation de soin à l’épreuve des
représentations sociales : enjeux éthiques
en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière

Par Marie-Charlotte Mano

Thèse de doctorat d’Ethique Médicale

Présentée et soutenue publiquement le 23 novembre 2015

Devant un jury composé de :

Président	Professeur Christian HERVE
Directeur de thèse	Professeur Maryse WOLIKOW
Rapporteur	Professeur Armelle MANIERE-EZVAN
Rapporteur	Professeur Henry COUDANE
Examineur	Professeur Robert GARCIA
Examineur	Docteur Olivier HAMEL
Examineur	Docteur Thomas TRENTESAUX
Membre invité	Docteur Anne-Marie BEGUE-SIMON

Sommaire

SOMMAIRE.....	3
TABLE DES ILLUSTRATIONS	11
TABLE DES ENCARTS.....	11
RESUME.....	13
REMERCIEMENTS	19
AVANT-PROPOS	24
PREMIERE PARTIE : LA RELATION DE SOIN A L'EPREUVE DES REPRESENTATIONS SOCIALES : MISE EN PERSPECTIVE ET DONNEES DU PROBLEME.....	29
CHAPITRE 1 – ETHIQUE, RELATION DE SOIN ET REPRESENTATIONS SOCIALES	30
1. ETHIQUE ET RELATION DE SOIN	30
1.1. « Le soin, pratique sociale et relationnelle ».....	30
1.2. L'exigence éthique dans la relation de soin.....	31
2. NATURE DE L'EXIGENCE ETHIQUE DANS LA RELATION DE SOIN EN ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE	32
2.1. Penser la question éthique dans la relation de soin en ODF	32
2.2. La normativité, la santé et la maladie.....	33
3. L'ALIBI ETHIQUE	35
3.1. L'éthique, un nouveau conformisme ?	35
3.2. L'altérité dans la relation de soin	36
4. LA PERSPECTIVE D'UN DECENTREMENT OU L'APPROCHE PAR LES REPRESENTATIONS SOCIALES	37
4.1. L'éthique interculturelle	37
4.2. L'approche des représentations sociales.....	37
4.3. La relation de soin comme culture	38
CHAPITRE 2 – LES DONNEES DU PROBLEME.....	40
1. REPRESENTATIONS ET PRATIQUES DE SOIN, UN MEME MOUVEMENT	40
1.1. Patient, partenaire et sujet central du soin.....	40
1.2. Dans la pratique, la tentation de pseudo-objectivation du sujet	40
1.3. Pratiques et représentations, un même mouvement	41
2. LA RELATION DE SOIN A TRAVERS DEUX PERSPECTIVES D'APPROCHE	42
2.1. Prendre soin	42
2.1.1. Prendre soin, une dimension éthique, technique et politique.....	42
2.1.2. Un langage de la présence qui s'articule à celui de la compétence	43
2.1.3. Un symbole, universel et singulier	43
2.2. Le modèle relationnel et la posture des acteurs du soin.....	44
2.2.1. Le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique, une manière de resituer le sujet ?.....	44
2.2.2. L'ETP, label contemporain du rapport thérapeutique à l'autre ?	45
2.2.3. Relation thérapeutique et postures soignant-soigné : quelle place en Orthopédie Dento-Faciale pour les concepts véhiculés par les modèles dits égalitaires ?.....	46

3.	PROBLEMATIQUE	47
3.1.	Problématique principale	47
3.2.	Problématique secondaire	48

PARTIE 2 : LA REPRESENTATION SOCIALE DU PRENDRE SOIN, ENJEU ETHIQUE DE LA RELATION DE SOIN..... 49

CHAPITRE 1 – LES REPRESENTATIONS SOCIALES : L’APPROCHE STRUCTURALE COMME CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL..... 50

1.	LES REPRESENTATIONS SOCIALES EN SCIENCES HUMAINES	50
1.1.	Des représentations individuelles aux représentations sociales	50
1.2.	Nature et fonctions des représentations sociales	51
1.2.1.	Nature de la représentation sociale	51
1.2.2.	Fonctions des représentations sociales	52
1.3.	Structure des représentations sociales	56
1.3.1.	Des approches conceptuelles plurielles	56
1.3.2.	L’approche structurale	57
1.4.	Environnement, transformation et émergences de pratiques nouvelles	60
1.4.1.	Rôle de l’environnement comme facteur de régulation et de transformation des représentations sociales.....	60
1.4.2.	Pratiques contradictoires ou non contradictoires et réversibilité ressentie	61
2.	LES REPRESENTATIONS SOCIALES EN SANTE	62
2.1.	Le corpus théorique fondateur : santé et maladie	62
2.2.	Les perspectives plus récentes : modèles systémiques et travaux multi-objets	63

CHAPITRE 2 – APPROCHE METHODOLOGIQUE : LA CARTE CONCEPTUELLE DANS L’APPROCHE STRUCTURALE DES REPRESENTATIONS SOCIALES 66

1.	PRESENTATION, OBJECTIFS, PROBLEMATISATION ET HYPOTHESES	66
1.1.	Nature et objectifs de l’étude.....	66
1.2.	Problématisation	68
1.3.	Hypothèses.....	70
1.3.1.	Hypothèse principale.....	70
1.3.2.	Hypothèses secondaires.....	70
2.	CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	71
2.1.	Un même concept, différentes approches : complémentarité des regards.....	71
2.2.	L’approche structurale	71
2.2.1.	Le noyau central	71
2.2.2.	Le système périphérique	72
3.	POPULATION	72
3.1.	Recrutement.....	72
3.2.	Consentement	73
3.3.	Constitution des groupes.....	74
3.4.	Critères d’inclusion et d’exclusion	75
3.4.1.	Critères d’inclusion	75
3.4.2.	Critères d’exclusion	75
4.	LA CARTE ASSOCIATIVE CONCEPTUELLE : CREATION D’UN OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES	75
4.1.	De l’association libre à la carte conceptuelle : différentes approches	75
4.1.1.	L’association libre et hiérarchisée	75

4.1.2. Le réseau d'associations	77
4.1.3. Du réseau d'associations à la carte conceptuelle.....	78
4.2. La carte conceptuelle : construction de l'outil d'investigation.....	80
4.2.1. Consignes et modalités d'administration	80
4.2.2. Nature des données renseignées	81
5. RECUEIL DES DONNEES	83
5.1. Le temps exploratoire : tester l'outil d'investigation	83
5.2. Le temps de la mise en œuvre.....	83
5.2.1. Le cadre	83
5.2.2. La proximité avec l'interviewé.....	84
5.2.3. Enregistrement et retranscription.....	84
6. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES	84
6.1. Données issues de la carte conceptuelle.....	84
6.1.1. Le programme EVOC 2000.....	84
6.1.2. L'analyse prototypique	85
6.1.3. L'analyse catégorielle	87
6.1.4. L'analyse complex.....	87
6.2. Données issues des entretiens semi-directifs associés : l'analyse par entretiens ou lecture du corpus... 88	
CHAPITRE 3 – RESULTATS	89
1. REPARTITION DES EFFECTIFS	89
2. CARTOGRAPHIE DES CHAMPS SEMANTIQUES	89
3. DISTRIBUTION DES MOTS : EVOCATIONS ET REGISTRE SEMANTIQUE	96
4. DISTRIBUTION DES MOTS EN FONCTION DU RANG.....	97
4.1. Population totale	97
4.2. Population Soignés	97
4.3. Population Personnel soignant.....	97
5. L'ANALYSE PROTOTYPIQUE	98
5.1. Population totale.....	98
5.1.1. Choix des paramètres du tableau « Rang x fréquence » : rang moyen, fréquence minimale et fréquence intermédiaire	98
5.1.2. Zone du noyau central.....	99
5.1.3. Zone des éléments contrastés et zone périphérique	101
5.1. Comparaison des populations Soignés et Personnel soignant	103
5.1.1. Choix des paramètres.....	103
5.1.2. Zone du noyau central.....	105
6. L'ANALYSE CATEGORIELLE	108
6.1. Présentation et structure générale de l'analyse catégorielle.....	108
6.1.1. Analyse de la structure des catégories	110
6.1.2. Classement des catégories en fonction de leur poids dans le contenu de la RS du prendre soin pour les populations soignés et personnel soignant	113
6.2. Analyse détaillée par catégories.....	114
6.2.1. La dynamique spatio-temporelle.....	114
6.2.2. La communication	117
6.2.3. Les acteurs du soin	119
6.2.4. La prise en charge thérapeutique.....	120
6.2.5. La dimension organisationnelle et structurelle du soin	121
6.2.6. Le patient.....	123

6.2.7. Le soignant.....	125
6.2.8. Nature de la relation soigné-soignant	128
7. L'ANALYSE COMPLEXE	129
7.1. Présentation et objectifs	129
7.2. Fréquence des mots partagés	129
7.3. Catégories d'appartenance des mots partagés	130

PARTIE 3 : MODELE RELATIONNEL ET POSTURES DES ACTEURS DE SOIN : ENJEU DE L'ADHESION AUX SOINS 132

CHAPITRE 1 – APPROCHE METHODOLOGIQUE : LE QUESTIONNAIRE EXPLICATIF 133

1. SITUATION DANS LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	133
2. CONCEPTION DE L'ENQUETE	134
2.1. Définition de l'objet et cadre théorique.....	134
2.1.1. La relation de soin	134
2.1.2. Le corpus bibliographique de l'éducation thérapeutique, support à la réflexion	135
2.1.3. L'internet santé, acteur implicite de la relation de soin	135
2.1.4. Synthèse des objectifs	136
2.2. Cadre méthodologique.....	136
3. STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE	137
3.1. L'approche des déterminants sociaux	137
3.2. L'étude des représentations, des pratiques et des valeurs	137
4. DIMENSIONS, NOTIONS ET INDICATEURS.....	138
4.1. Dimensions et notions	138
4.2. Construction des indicateurs.....	139
4.2.1. Le repérage de la détermination sociale et des éléments contextuels.....	139
4.2.2. L'approche des pratiques, valeurs et représentations	140
5. LE CHOIX DE L'ECHANTILLON.....	151
5.1. La population	151
5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	151
5.2.1. Critères d'inclusion	151
5.2.2. Critères d'exclusion	152
6. MODE DE PASSATION.....	152
7. TEST PREALABLE	152
8. LIMITES ET BIAIS	152
8.1. Les limites	152
8.2. Les biais	153
9. EXPLOITATION ET TRAITEMENT DES DONNEES	153

CHAPITRE 2 – RESULTATS 154

1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	154
1.1. Les déterminants sociaux	154
1.1.1. Le sexe et l'âge	154

1.1.2. Les richesses sociales.....	155
1.1.3. Les indicateurs de la vision du monde sociale.....	157
1.2. Les indicateurs contextuels	158
1.2.1. Le type de traitement.....	159
1.2.2. La durée de traitement.....	159
2. PRATIQUES, REPRESENTATIONS, VECUS ET VALEURS.....	159
2.1. Les indicateurs portant sur la relation de soin	159
2.1.1. Nature et vécu de la relation de soin	159
2.1.2. Les indicateurs portant sur le patient.....	163
2.1.3. Les indicateurs portant sur le soignant	168
2.1.4. Les indicateurs portant sur l'espace signifiant	170
2.2. Les indicateurs portant sur l'approche éducative, comme modèle relationnel favorisant l'interaction des partenaires du soin	170
2.2.1. Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins	170
2.2.2. Représentations de l'éducation.....	171
2.2.3. Temps réservé à l'approche éducative	172
2.2.4. Légitimité de l'éducateur soignant.....	172
2.3. Les indicateurs portant sur l'Internet-Santé, comme outil d'interaction des partenaires du soin	172
2.3.1. Place de l'Internet-santé dans le comportement des patients	173
2.3.2. Nature des sites consultés.....	173
2.3.3. Nature des savoirs échangés	173
2.3.4. Sentiment de pertinence de l'information	174
2.3.5. Sentiment d'anxiété face à l'information recueillie	174
2.3.6. Place du soignant comme prescripteur d'E-Santé.....	174
PARTIE 4 : DISCUSSION	175
CHAPITRE 1 – OBJECTIFS, HYPOTHESES ET CHOIX DES METHODES : DU TRAVAIL EXPLORATOIRE A LA RECHERCHE DE SYSTEMES REPRESENTATIONNELS.....	176
1. RETOUR SUR LES OBJECTIFS	176
1.1. Cartographier l'environnement cognitif, émotionnel et perceptif du sujet.....	176
1.2. Favoriser l'émergence des éléments latents de la représentation	176
2. VALIDATION DES HYPOTHESES	177
3. LE CHOIX DE LA POPULATION	178
4. LES CHOIX DES ANALYSES	178
4.1. Une première approche du système central de la représentation	178
4.2. Des limites	179
4.3. Des perspectives : analyses multi-objets et systèmes représentationnels	179
CHAPITRE 2 – ENJEUX ETHIQUES AUTOUR DES ELEMENTS SIGNIFIANTS DE LA REPRESENTATION	181
1. L'ACCUEIL	182
1.1. L'accueil, élément matriciel de la représentation	182
1.2. Hospitalité et accueil de l'étranger.....	183
1.3. Une éthique de l'accueil.....	184
2. LE TEMPS, L'ATTENTE, LE SUIVI.....	186
2.1. Des temporalités plurielles.....	186
2.2. Une posture de l'attente	187
2.2.1. L'épreuve du temps hospitalier	187

2.2.2.	L'expérience du temps en Orthopédie Dento-Faciale	188
2.2.3.	Une temporalité étrangère à lui-même : une expérience de la vulnérabilité	189
2.3.	La temporalité organisationnelle du soignant.....	190
3.	LA COMPETENCE	190
3.1.	Un élément signifiant spécifique au soignant	191
3.2.	La compétence technique	191
3.2.1.	Techné et culture professionnelle	191
3.2.2.	Le difficile ancrage de la techné dans l'espace sémantique des patients	192
3.3.	La compétence interpersonnelle.....	192
3.3.1.	Concept et enjeu des compétences interpersonnelle: une assise négociée ?	192
3.3.2.	La compétence pédagogique: l'identité relationnelle du soignant	193
3.3.3.	L'accueil comme compétence	197
4.	LE SOIGNANT	209
4.1.	Un idéal soignant.....	209
4.2.	La fonction du soignant : soigner ou prendre soin ?	210
4.2.1.	Ambivalences de l'épiméleia et de la therapia.....	210
4.2.2.	L'expérience de la juste distance.....	211
4.2.3.	Les difficultés du face à face : l'être avec plutôt que le souffrir avec.....	212
4.2.4.	Sollicitude active ou déploration compassionnelle ?	213
4.2.5.	La responsabilité comme mandat social	213
4.3.	La posture du patient, en écho à l'idéal soignant.....	214
4.3.1.	Celui à qui les évènements arrivent : une passivité éprouvée	214
4.3.2.	Celui par qui les évènements arrivent : fragilité du concept de citoyenneté sanitaire et de son champ d'application	215
4.3.3.	Une autonomie de l'interdépendance	216
4.3.4.	Les modèles relationnels favorisant l'implication du patient.....	218
4.3.5.	Le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique comme approche des capacités	223
4.3.6.	Interdépendance et intersubjectivité des partenaires	227
5.	L'ECOUTE.....	228
5.1.	Les différentes acceptions de l'écoute	228
5.2.	Une posture de l'écoute, plus qu'un outil relationnel.....	229
5.3.	Ecoute active et niveaux d'écoute.....	229
5.4.	La relation de soin : une relation d'écoute pour ouvrir l'espace du dialogue	230
5.5.	De l'écoute duale à l'écoute pluriforme : penser les nouvelles modalités de l'exercice médical	231
5.5.1.	Une écoute décentrée	231
5.5.2.	Synergie de l'équipe soignante ou écoute parcellisée ?.....	231
5.5.3.	L'écoute numérique : forums, espaces de discussion et E-Santé	232
CHAPITRE 3 – UN ESPACE DE LIBERTE EPROUVEE : LA DIALECTIQUE DE L'AUTRE ET DU MEME		236
1.	CONSTRUIRE UN ESPACE RELATIONNEL COMMUN: UN ENJEU ETHIQUE ET PEDAGOGIQUE	236
1.1.	Des besoins silencieux	236
1.2.	Construire une identité commune : une évidence ?	237
1.3.	Des impasses relationnelles	238
2.	« LES GENS VULNERABLES N'ONT RIEN D'EXCEPTIONNEL ».....	239
2.1.	Attentes, réponses et projections plurielles.....	239
2.2.	Figures de la dépendance hors la grande maladie et la fin de vie.....	240
2.3.	Les marqueurs traditionnels de la précarité et de la vulnérabilité en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière	244
3.	LES ETHIQUES DU CARE, DE LA SOLLICITUDE ET LES FIGURES DE LA VULNERABILITE	248
3.1.	La méprise	248

3.2. Les éthiques du care ou éthiques de la sollicitude	249
4. DES VOIES D’ENTREE A EXPLORER	252
4.1. Le rapport à la différence	252
4.2. Inégalités sociales et difficultés d’accès secondaires aux soins.....	254
4.3. L’approche des capacités pour penser le rapport à la différence	254
4.4. Peut-on assumer sa propre vulnérabilité et celle des autres ?	256
4.5. Les limites de l’institutionnalisation des modèles relationnels	257
5. L’EXPERIENCE DE LA RELATION DE SOIN COMME ESPACE DE LIBERTE EPROUVEE.....	258
5.1. Singularité de la culture.....	258
5.2. Souci de l’autre, souci de soi	259
5.3. Décentrage et espace de liberté.....	259
CONCLUSION.....	262
BIBLIOGRAPHIE	276
ANNEXE 1	291
ANNEXE 2	293
ANNEXE 3	295
ANNEXE 5	304
ANNEXE 6	316

Table des illustrations

Structure d'une représentation sociale.....	57
Le questionnaire d'évocation.....	76
Modèle de carte conceptuelle.....	80
Construction de la carte conceptuelle : «Que vous évoque le prendre soin en orthopédie dento-faciale ?».....	81
Carte conceptuelle « Entrée I » du groupe Soigné (S).....	91
Carte conceptuelle « Entrée II » du groupe Soigné (S).....	92
Carte conceptuelle « Entrée I » du groupe Personnel soignant (PS).....	93
Carte conceptuelle « Entrée II » du groupe Personnel soignant (PS).....	94
Comparaison des cartes conceptuelles « Entrée II » des deux groupes.....	95
Répartition des catégories par population et en pourcentage.....	110
Répartition par poids des catégories en pourcentage chez les soignés.....	113
Répartition par poids des catégories en pourcentage chez les personnels soignants.....	114
Dimensions, notions et indicateurs.....	142
La dimension relation de soin.....	144
La dimension patient.....	145
La dimension soignant.....	146
La dimension espace signifiant.....	147
La dimension approche éducative.....	147
La dimension E-santé.....	148
Liens de connexité de l'accueil.....	182
Liens de connexité du temps.....	186
Liens de connexité de la compétence.....	190
Le puzzle mental de Reach.....	197
Les différentes possibilités d'affordance.....	203
Liens de connexité du soignant.....	209
Liens de connexité de l'écoute.....	228

Table des encarts

Registre sémantique de l'espace.....	116
Registre sémantique du temps.....	116
Registre sémantique de la tonalité du lieu.....	117
Registre sémantique de la communication verbale.....	118
Registre sémantique de la communication non verbale.....	118
Registre sémantique des acteurs du soin.....	119
Registre sémantique de la thérapeutique.....	120
Registre sémantique de la finalité du soin.....	121
Registre sémantique de la pluridisciplinarité.....	121
Registre sémantique de l'organisation des soins.....	122
Registre sémantique du matériel.....	122
Registre sémantique de l'aspect financier.....	122
Registre sémantique de la posture du patient.....	123
Registre sémantique du vécu du patient.....	124
Registre sémantique de l'identité du patient.....	124
Registre sémantique des ressources du patient.....	125
Registre sémantique de la posture et de l'identité soignante.....	127

Registre sémantique des ressources du soignant	127
Registre sémantique de la technicité du soignant.....	128
Registre sémantique de la nature de la relation soignant-soigné.....	128
Apport des questionnaires : les compétences interpersonnelles du soignant	195
Apport des questionnaires : le corps spacialisé et l'espace signifiant	204
Apport des questionnaires : le vécu du patient.....	207
Apport des questionnaires : La configuration relationnelle	218
Apport des questionnaires : La place de la confiance dans l'espace relationnel.....	222
Apport des questionnaires : Les différentes acceptions de la notion d'éducation.....	224
Apport des questionnaires : l'approche des capacités.....	225
Apport des questionnaires : Place de l'E-Santé dans le processus de décision partagée	232
Lexicographie et étymologie du mot « Dépendre de ».....	240
Apport des questionnaires : Vulnérabilité et maîtrise du monde sociale	247

Résumé

Titre :

La relation de soin à l'épreuve des représentations sociales : enjeux éthiques en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière

Résumé :

La relation qui s'établit entre un patient et un soignant a pour finalité de soigner et de guérir, de restaurer des équilibres voire en créer. Introduire la notion de prendre soin revient à souligner ce que la relation de soin contient de dimension à la fois éthique, technique et politique.

La dialectique du soigner et du prendre soin, enjeu de la relation à l'autre, repose sur un équilibre subtil et des tensions palpables. Prendre soin ne trouve pas seulement sa source dans la fonction instituée, soigner, mais dans la posture instituante du professionnel de santé, elle même sacrée dans sa subjectivité, sa dimension à la fois universelle et singulière. Le prendre soin révèle ainsi toute l'ambivalence et la richesse de l'action de soigner, tant à l'échelle individuelle que collective. Il illustre particulièrement bien les enjeux qui se dégagent de la mise en opposition des théories traditionnelles de la justice et des théories plus contemporaines dites de l'interdépendance et de la sollicitude. Les premières seraient impartiales, normatives et universalistes. Les secondes se placeraient du côté de la vulnérabilité, de la sensibilité éprouvée, des conditions particulières et des situations singulières variables pour un même individu, et de la construction positive des possibilités de chacun.

Ce travail s'articule en deux temps exploratoires. Le premier temps vise à dessiner les contours du prendre soin en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière à partir des représentations sociales. Le courant dit structural est retenu comme cadre théorique et conceptuel. Une méthodologie spécifique est élaborée. Elle s'inspire des techniques associatives libres développées en psychologie sociale et des cartes conceptuelles utilisées en pédagogie de la santé. L'analyse des données, appelées évocations, repose sur une approche à la fois prototypique et catégorielle.

L'approche des représentations sociales nous autorise à interroger ces **différents registres de valeurs** de manière novatrice. **Il ne s'agit pas de les opposer mais de les articuler et de les concilier, à partir de leur mise en tension.** Il existe en effet une réelle difficulté de rendre compte de cette activité non prescrite qu'est le prendre soin dans le quotidien de l'action du soignant et qui plus est, au niveau institutionnel. Prendre soin relève en partie de l'indicible et de l'engagement personnel, variables dans des temps et des situations données. Les représentations sociales nous renseignent sur la construction d'un savoir commun. Elles reflètent les valeurs, les opinions partagées, les équilibres normatifs entre les individus qui leur permettent de s'ancrer et donc de saisir le réel qui les entoure. Le

processus de construction de la réalité s'élabore ainsi toujours à plusieurs, dans l'échange et dans l'interaction.

En quoi consiste prendre soin en Orthopédie Dento-faciale hospitalière ? Quelles tensions éthiques révèle l'analyse des représentations sociales du prendre soin au sein de l'espace relationnel ? Quels en sont les enjeux à la fois individuels et institutionnels ? *Prendre soin relève-t-il de l'éthique, du technique ou du politique ?*

Du point de vue de l'éthique, prendre soin suppose une approche du sujet en tant qu'altérité irrévocable. Prendre soin engage au delà du rôle institué dans le cadre de l'action de soigner. Il nécessite une vigilance de chaque instant au risque de glissements et d'écueils inévitables pour chacun des acteurs du soin. C'est, par exemple, le risque de se laisser déborder par sa propre subjectivité ou encore l'épuisement du soignant. Se pose dès lors non plus la question de la juste distance, mais de la recherche de la juste proximité dans une situation et un temps donné. En découle alors une réflexion sur la responsabilité de chacun dès lors que le soignant et l'institution qui l'accompagne arpentent des territoires plus vastes que l'action de soigner. Cette éthique de la responsabilité n'est pas contrainte, mais ressource pour le sujet de soin. La responsabilité se pense alors dans l'interdépendance des acteurs dans une relation de confiance et de commune réciprocité. Il s'agit à travers le prendre soin de transmettre du possible, de permettre l'action et de hisser le sujet en véritable partenaire thérapeutique. Il suppose un véritable art de faire, à travers un langage de la présence à travers la parole certes, mais également le corps, le touché, les sens. Le soignant, comme l'institution à travers l'*affordance* du milieu, participent à des échelles différentes à la capacitation du sujet de soin. S'ouvre ainsi une réflexion à travers la représentation du prendre soin sur les possibilités effectives de l'institution de créer les conditions d'une véritable citoyenneté sanitaire.

Le second temps exploratoire, à partir d'un questionnaire issu de la sociologie explicative, s'intéresse aux représentations de la relation de soin du point de vue des patients. Il complète et enrichit les éléments d'analyse du temps précédent. Il est principalement construit à partir des concepts déployés par le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique du patient, forme de label contemporain de nouveaux équilibres au sein de la relation de soin. Cette approche permet ainsi d'explorer la réceptivité de ces concepts en Orthopédie Dento-Faciale et d'en souligner les enjeux éthiques dans la manière dont s'établit le rapport à l'autre. Elle interroge les possibilités qu'offre ce partenariat relationnel d'initier les conditions d'un véritable prendre soin capacitant et cherche à en analyser les tensions au regard de l'éthique du soin.

Mots clés : Relation soignant-soigné, représentations sociales, éthique, médecine centrée sur le patient, décision médicale partagée, prendre soin, éducation thérapeutique du patient, orthodontie.

Title :

The challenge posed by social representations to the care relationship - ethical issues associated with dentofacial orthopedics in a hospital environment

Abstract :

The ultimate purpose of the relationship established between a patient and a carer is to treat and to cure - to restore balance or indeed to create balance. Introducing the notion of care provision means placing an emphasis on the ethical, technical and political content of the care relationship.

The dual process of treating and of providing care, where the key element is one's relationship to the other person, rests on a subtle balance and palpable tensions. The act of providing care is based not only on the institutional function of treating, but also on the institutional status of the health professional, which is itself characterised by its subjectivity and by being simultaneously universal and unique in nature. The process of providing care thereby reveals the full ambivalence, as well as the richness, of the act of treating, both at an individual and a collective level. It illustrates particularly well the challenges which arise from confronting traditional theories of justice with more contemporary theories which relate to interdependence and solicitude. The first group of theories are reputedly impartial, based on acknowledged values and universalist. The second group are seen to relate more to issues of vulnerability, of the sensitivities in play, of the particular conditions and of the specific situations, which can vary even in the case of a single individual, and of the positive construction of the potential of each person.

This analysis is structured into two phases of enquiry. The first phase aims to outline the contours of care provision in the field of dentofacial orthopedics in a hospital environment, against the backdrop of social representations. A structural approach is adopted as the theoretical and conceptual framework. A specific methodology is developed. It is inspired by the techniques of free association which have been developed in social psychology and the concept maps cards used in healthcare teaching. The analysis of data, known as “*évocations*”, is based on an approach which is both a prototype and concerned with categorising the data.

An approach involving social representations enables us to examine these **various value registers** in an original manner. **This does not consist of placing them in opposition but of articulating them and of reconciling them by examining the tensions between them.** There is indeed a genuine difficulty in doing justice to this non-prescribed activity of care provision which forms part of the daily activity of the carer, including at the institutional level. Providing care in part involves that which cannot be stated explicitly, as well as personal engagement - factors which are variable over

time and in given situations. Social representations give us an insight into how shared knowledge is constructed. They reflect the values, the normative balances and the opinions shared between individuals which enable them to anchor themselves and to apprehend the reality which surrounds them. Constructing reality is thus always a process undertaken by several individuals through exchange and interaction.

What does care provision in the field of dentofacial orthopedics consist of in a hospital environment? What ethical tensions does the analysis of social representations of care provision reveal within this relational space? What individual and institutional issues are at stake? ***Does care provision pertain to the ethical, the technical or the political?***

From an ethical point of view, care provision supposes an approach to the patient based on his/her irreducible otherness. Care provision commits the carer beyond the institutional role associated with the act of treating. It requires constant vigilance, with the risk of slippages and inevitable pitfalls for each of the protagonists in the care process. There is, for example, the risk of allowing oneself to be overtaken by one's own subjectivity or for the carer to become exhausted. The question then is not of seeking the appropriate distance, but rather of seeking the appropriate proximity in a given situation and at a given moment. This leads to a reflection on the responsibility of each individual, once the carer and the institution which is supporting him/her enter territory which extends well beyond the act of treating. This ethic of responsibility is not a constraint, but rather a resource for the recipient of care. Responsibility is then conceived of in terms of the interdependence of the protagonists in a relationship of trust and reciprocity. Care provision consists of communicating what is possible, of enabling the process and of elevating the subject to the status of a genuine therapeutic partner.

It supposes a genuine art of performing, through a language which conveys presence via words, certainly, but also through the body, the sense of touch and the other senses. The carer, as well as the institution through the *affordance* of the environment, play a role on different levels in enabling the capacities of the care recipient. This opens up a reflection, through the representation of care provision, on the practical capacity of the institution to create the conditions for a genuine citizenship in the healthcare environment.

The second phase of enquiry, based on a questionnaire drawn from the field of explanatory psychology, explores representations of the care relationship from the patients' point of view. It complements and expands on the analyses of the preceding phase. It is principally constructed on concepts deriving from the relational model of the therapeutic treatment of the patient, a form of contemporary label for the new balances within the care relationship. This approach makes it possible to explore the ways in which these concepts are received in the field of dentofacial orthopedics and to emphasise the ethical issues arising from the way in which the relationship with the other person is

established. It examines the possibilities offered by this relational partnership for initiating the conditions for a form of care provision which is genuinely enabling, as well as seeking to analyse the tensions associated with the ethics of care.

Keywords : Physician - patient relations (dentist-patient relations), social representations, ethics, patient-centered care, care, shared decision medicine, patient education as topic, orthodontics (dentistry).

Remerciements

A Paul-Victor, mon petit garçon

« Je t'aime aussi loin que le chemin qui mène à la rivière » dit Petit Lièvre Brun

« Je t'aime aussi loin que la rivière, par delà les collines » dit Grand Lièvre Brun

« Je t'aime, je t'aime, je t'aime...Je t'aime d'Eternité »



Sam McBratney et Anita Jeram, Devine combien je t'aime, L'école des loisirs

A toi

A Arnaud

A ce qui est

A la vie

A mon grand-père, « nul besoin de dire pour être »

To mum

A tous les miens

A

Monsieur le Professeur Christian Hervé

Vous avez accepté de m'ouvrir la porte et élargit mes horizons. Vous aviez suggéré, le temps de l'entretien du Master 2, que nos certitudes volent en éclats. Elles ont volé en éclats, et je vous en remercie. Puisse ce travail témoigner de ma reconnaissance.

Madame le Professeur Maryse Wolikow,

Je vous remercie tout particulièrement d'avoir accepté de soutenir ce travail lorsque rien ne vous y obligeait, si ce n'est l'engagement et la volonté de favoriser son aboutissement. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect et de ma gratitude pour la délicatesse de votre accompagnement.

Madame le Professeur Armelle Manière-Ezvan,

Votre présence au sein de ce jury s'inscrit dans une continuité et me permet d'exprimer la teneur de ce lien de sympathie et d'enthousiasme. Vous incarnez la vivacité, la profondeur et l'engagement dans notre discipline. Avec une joie sincère, puisse ce travail témoigner de mon admiration.

Monsieur le Professeur Henry Coudane,

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail à la demande du Professeur Hervé. Puisse cette esquisse sur les échanges soignant-soignés s'inscrire dans le sens de votre engagement reconnu entier au sein de la médecine.

Monsieur le Professeur Robert Garcia,

A vous, ma reconnaissance de participer à ce dernier temps du travail de thèse. Votre place parmi le jury est d'évidence. Je vous remercie de l'accueil offert au sein de notre discipline. Puisse ce travail s'inscrire dans la dynamique que vous avez impulsé en Orthopédie dento-faciale.

Monsieur le Docteur Olivier Hamel,

Je vous remercie Olivier pour votre présence au sein de ce jury. Vous avez fédéré au sein du laboratoire un groupe de recherche en éthique et odontologie. Puisse cet élan s'ancrer dans la sphère de notre discipline.

Monsieur le Docteur Thomas Trentesaux

Thomas, comment ne pas saluer ta présence ici. Tant merci de n'avoir jamais cessé de croire et de m'avoir accompagné avec une disponibilité rare. De ce travail de thèse, nait la rencontre avec un complice, un partenaire et un ami.

Madame Anne-Marie Begué Simon,

Anne-marie, sans votre travail en anthropologie écouté sur les bancs de la première année de médecine, rien de tout cela. C'est lui qui a fait sens tant il était universel et singulier. Vous m'avez offert de rencontrer Magda Lafont, Marie-José Chambart de Lauwe, Marie-Odile Simoneaux et tant d'autres, connues ou moins connues, qui ont fait écho en moi par la puissance de vie qui les habite.

Monsieur Pierre Vergès, ancien directeur de recherche au CNRS,

A vous mon entière gratitude pour la délicatesse de votre accueil. Je vous étais inconnue et le temps d'un échange, vous avez accepté de me transmettre votre travail sur les représentations sociales. Quelques paroles et vous avez offert l'impulsion en incarnant la figure d'un chercheur habité et passionné.

Madame Catherine Wolff,

Je vous remercie d'avoir accepté de relire ce travail. Votre témoignage m'a émue et vos mots m'ont portée.

Madame le Professeur Marie-France MAMZER et Monsieur le Docteur Jean-Christophe COFFIN

Pour l'ensemble de vos remarques et votre écoute attentive lors des séminaires qui m'ont offert de poursuivre cette réflexion et d'aller au bout du chemin.

A l'ensemble des membres du laboratoire et notamment Madame COURTEAU pour leur disponibilité et leur sympathie.

A mes amis de master 2 et de thèse.

Au Docteur Amélie Brion et à ton amitié qui m'honore.

A l'ensemble des membres de la sous-section d'Orthopédie dento-faciale de Rennes, et notamment les internes et les patients, qui se sont prêtés au jeu avec un enthousiasme contagieux et un élan sincère. De ce travail, je retiens nos échanges, nos rires et nos émotions retenues.

« Je vis sur des échanges, des frontières et des emprunts »

Paul Ricoeur

« C'est quelque chose comme l'espèce humaine et non l'individu qui est blessé ici, qui est lésé. Je ne crois guère à la pitié. Ce qui me tourmente, c'est le point de vue du jardinier. Ce qui me tourmente, ce n'est point cette misère, dans laquelle, après tout, on s'installe aussi bien que dans la paresse (...). Ce qui me tourmente, les soupes populaires ne le guérissent point. Ce qui me tourmente, ce ne sont ni ces creux, ni ces bosses, ni cette laideur. C'est un peu, dans chacun de ces hommes, Mozart assassiné.

Seul l'Esprit, s'il souffle sur la glaise, peut créer l'Homme. »

Antoine de Saint Exupéry. Terre des hommes

Avant-propos

L'ensemble des champs disciplinaires de la santé s'inscrit dans des dynamiques scientifiques, sociales, culturelles, économiques et politiques communes qui renouvèlent les modalités et les contours de la relation à l'autre. Cette redéfinition des modes d'exercice et des conditions de la rencontre entre les partenaires thérapeutiques concerne la sphère médicale dans son intégralité, même si les spécialités, les contextes de pratiques, les pathologies et les patients différent.

La spécialité d'Orthopédie Dento-Faciale s'inscrit, selon des modalités qui lui sont propres et à définir, dans cette même mouvance. Les interpellations nouvelles de la société, les tentatives de redistribution des savoirs, des pouvoirs et des responsabilités, les volontés de mobilisation des patients traversent le champ médical. Ces invitations, fruits d'une évolution déjà longue de la relation soignant-soigné, encadrées par le législateur, illustrent le caractère à la fois politique et social de la médecine à travers le passage d'une tradition clinique de type paternaliste à une modernité thérapeutique de type participatif. Ce changement de statut du patient peine à s'équilibrer entre un modèle de décision médicale assujettissant le patient et la crainte d'un patient désormais consommateur de soins. D'un côté, la numérisation du vivant et le risque de chosification, de l'autre, un corps médical réduit à n'être que l'instrument de la volonté du patient. Cette opposition manichéenne n'est évidemment pas satisfaisante.

Pour Pierron¹, un nouveau modèle de la relation de soin se dessine sous l'effet de l'individualisation démocratique et la sécularisation des mœurs, dont la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé² est le révélateur. Son hypothèse est la suivante : « la naissance des droits du malade, que l'agitation du spectre du patient procédurier empêche de voir, signale moins la mort de la relation de confiance patient-médecin que la reconfiguration de ce rapport, la régulation par le droit se substituant à une régulation par ce que l'on appelait autrefois les *bonnes mœurs*. »³

Pour autant, malgré **la volonté affichée du législateur d'accompagner et soutenir par le droit les conditions de la rencontre des acteurs du soin, cette redéfinition des postures ne se révèle éthiquement satisfaisante qu'en s'inscrivant dans le cadre d'une véritable alliance thérapeutique**. Ainsi, **éthique, philosophie morale et politique du droit sont intimement mêlées à travers la quête de sens d'un agir médical**. Le point de rencontre, nous livrent Hervé et Tzitzis dans leur préface de *l'Altérité et vulnérabilités*, « c'est l'humanisme qui doit traverser l'éthique et le droit pour donner un sens à toute action initiée par la volonté de l'homme »⁴. L'évolution contemporaine des mœurs et des statuts pose en effet la question de l'altérité, des vulnérabilités - aussi discrètes fussent-elles- et de l'autonomie du sujet de droit.

¹ Pierron, J.P. (2007). Une nouvelle figure de patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2),43-66.

² Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³ Pierron, J.P., *op.cit.*, p.25

⁴ Hervé, C., Tzitzis, S. (2014). *Altérité et vulnérabilités*. Bordeaux : Les études hospitalières, Actes et séminaires.

Cette question se pose également dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale, dans son versant hospitalier, que nous nous proposons d'étudier. Au confluent du soin, du fonctionnel, de l'esthétisme et du mieux-être, la discipline regroupe à elle seule différents possibles tant bien même ses contours seraient moins palpables que dans le champ de la grande maladie. C'est en cela, dans une discipline aux frontières parfois floues, que se dessine de manière novatrice le souci du questionnement éthique. La demande sociale en santé, et à travers elle d'une forme de bien-être de l'individu, a fait de cette dernière l'enjeu d'une véritable renégociation de la pratique médicale et d'une reconfiguration de ce qu'être sain signifie⁵. La densité du maillage entre médecine, santé et société, fait de la médecine contemporaine, et à travers elle la relation de soin, un acteur naturel de la formation du lien social. **Dans un contexte marqué par la technicisation de la pratique de l'orthodontie, des progrès de la science et des biotechnologies et de la finesse toujours renouvelée de ses approches, la question des valeurs se pose avec une particulière acuité. Celle-ci est en effet le point de rencontre entre une technicité de plus en plus perfectionnée, raffinée et la réalité du jeu social.**

La relation médecin-malade est ainsi le fruit d'une construction sociale. Il est intéressant de se pencher sur les mutations sensibles qui s'opèrent dans notre champ disciplinaire. Cette réflexion invite à sonder les équilibres relationnels et les modèles mobilisés en orthopédie Dento-Faciale hospitalière dans le cadre spécifique du Centre de soin dentaire du Centre Hospitalier et Universitaire de Rennes, à étudier les contextes d'exercice et les pratiques des professionnels, à comprendre les différentes formes de l'adhésion aux soins. Elle permet ainsi de déceler comment se structurent les identités professionnelles ou profanes, la manière propre à chacun des acteurs de s'engager dans la relation à l'autre. En outre, elle interroge également le cadre d'exercice et la manière dont l'environnement organisationnel et structurel facilite, entrave ou limite les conditions de la rencontre à l'autre dans une approche dite écologique des comportements. Enfin, elle sonde le caractère évolutif et les possibles de la configuration du modèle relationnel éprouvé afin de **concilier d'une part la liberté de chacun des acteurs et, d'autre part, d'honorer la logique du soin.**

Etudier la relation de soin, c'est par ailleurs tenter **d'explorer la dialectique du même et de l'autre et, à travers elle, celle de l'identité et de la reconnaissance du sujet.** Cette dernière est particulièrement complexe. Si le terme de reconnaissance est partout - chacun aspire à être reconnu dans son identité, singulière ou culturelle - le concept qu'il recouvre est en réalité éminemment complexe et contextuel.

Contextuel, il se réfère à une idée du soi dominante de la pensée occidentale selon laquelle nous répondons à l'injonction sociale d'être nous-mêmes. « Un mot d'ordre », nous alerte Flabauht, « qui présuppose que le « soi-même » est déjà là, à l'intérieur de nous, qu'il suffit de le retrouver, de l'exprimer – une sorte de noyau extra ou supra-social, le rôle de la société et des autres se limitant à en

⁵ Pierron, J.P., *op.cit.*, p.25

favoriser ou à en réprimer l'épanouissement, à le méconnaître ou à le reconnaître »⁶. Ce présupposé ne se retrouve pas nécessairement dans d'autres systèmes de pensée.

Complexe, car à l'exigence d'être soi-par-soi, la philosophie contemporaine à travers les éthiques de la sollicitude et de l'interdépendance, nous suggère que nous naissons à travers le lien avec les autres, un lien à la fois social, éthique et moral, qui dépendrait de la volonté de chacun. Reconnaître l'autre dans sa singularité et son identité relèverait alors du : « - nécessaire (une obligation morale essentielle), - du suffisant (la reconnaissance des identités serait la clé d'une coexistence harmonieuse, - possible (dès lors que l'on est animé d'une volonté bonne) » relève Flabauht⁷.

Pour autant, reconnaître l'autre dans sa singularité ne va pas de soi. Son analyse met en mouvement deux formes de reconnaissance : la **reconnaissance inconditionnelle** et la **reconnaissance conditionnelle**, relative à une situation donnée, qui sous-tend les relations d'alliance. C'est cette dernière qui semblerait être mise en mouvement dans l'espace relationnel du soin.

Nous avons donc choisi de l'explorer, non par le récit, mais par **l'approche des représentations sociales**. Nous avons l'intuition que cette perspective affinerait notre questionnement autour de la relation de soin, lien implicite et difficilement descriptible. Plus encore, nous avons la conviction que **toute tentative de modélisation ou de reconfiguration de la relation de soin exigeait de revenir à la personne, fruit de représentations à la fois individuelles et collectives afin de sonder les équilibres et les enjeux de valeurs qui se tissent à travers la sphère thérapeutique.**

Cet emprunt à l'approche des représentations sociales constitue une voie d'exploration inédite dans notre champ disciplinaire. Ce travail, qui relevait initialement de l'intuition, n'aurait été possible sans la participation généreuse de Pierre Vergès, ancien chercheur en psychologie sociale de l'Ecole Aixoise, qui a accepté de nous transmettre son programme EVOC 2000⁸ axé sur l'analyse structurelle de représentations sociales. C'est à partir de la lecture de ses travaux que nous avons peu à peu construit notre méthodologie et avons sondé l'étendue des recherches issues de cette approche. Nous espérons être le plus respectueux de sa pensée dans le cadre qui est le nôtre, hors son champ disciplinaire d'origine.

Nous ne sommes cependant ni issu de l'anthropologie culturelle, ni de la sociologie ou encore de la psychologie sociale ou autres disciplines, même si nous espérons ce travail le plus fidèle à la démarche des sciences sociales. Notre regard est celui d'un universitaire et praticien hospitalier en Orthopédie Dento-Faciale. Cette approche, qui convoque différentes disciplines des sciences humaines, nous a permis d'aborder et d'approcher les concepts qui traversent notre spécialité avec un regard plus

⁶ Flahault, F. (2004). Identité et reconnaissance dans les contes. *Revue du MAUSS*, 23(1), 31-56.

⁷ *Ibid.*

⁸ Scano, S., Junique, C., Vergès, P. (2002). *Ensemble de programme permettant l'analyse des évocations, EVOC 2000*. Manuel d'utilisateur. Aix en Provence. Document remis par P.Vergès.

fécond. Il permet l'ouverture au débat et émousse nos certitudes. En cela, il s'ancre dans la recherche en éthique médicale à travers une réflexion dynamique et continue sur nos pratiques soignantes.

Première partie : La relation de soin à l'épreuve des représentations sociales : mise en perspective et données du problème

Chapitre 1 – Ethique, relation de soin et représentations sociales

1. Ethique et relation de soin

1.1. « Le soin, pratique sociale et relationnelle »⁹

« Toutes les questions relatives au soin relèvent de l'éthique, parce que le soin possède une dimension **relationnelle** essentielle : tout soin se donne dans une relation ». ¹⁰ S'intéresser à l'espace relationnel d'où naît le soin implique nécessairement une réflexion éthique. L'éthique du soin, c'est ce questionnement dynamique et continu sur le sens et la finalité de nos pratiques soignantes. Concept fondateur, l'éthique ne se réduit pas à une simple plus-value dans l'exercice médical voire à un *alibi éthique*: loin d'être le terreau « d'une vérité assenée et contingente », elle s'apparente à « une inquiétude nécessaire et sans fin »¹¹. Pour Cordier, l'éthique est « une interpellation du mode même de penser et d'agir, une mise en question radicale de tout pouvoir, de tout savoir, de tout vouloir par la responsabilité pour autrui »¹². Le questionnement éthique serait-il alors nécessairement subversif ? Sans aller jusqu'à une dissolution de nos manières de penser et d'interroger le soin à travers la relation à l'autre, il semble que la réflexion éthique invite chaque soignant et soigné à « se laisser guider vers la découverte d'un penser autrement, par un dessaisissement, un **décentrement** ».

L'objectif n'est donc pas tant d'apporter des réponses, que de se saisir d'une autre forme d'engagement côté soignant comme soigné, à travers l'exigence permanente d'interroger nos certitudes : « Oser se laisser prendre par l'autre, (...), dans le retournement des certitudes que provoque le visage de celui qui (...) appelle »¹³. Levinas¹⁴ évoque « l'inquiétude éthique » ou l'impossible quiétude du savoir, du vouloir et du pouvoir.

⁹ Bourguignon, O. (2010). L'intime, le corps et la relation de soin. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.84-96). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

¹⁰ Barrier, P. (2010). Un aperçu de la question éthique dans la relation de soin». Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.179-188). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

¹¹ Sicard, D. (2006). *L'alibi éthique*. Paris: Plon.

¹² Cordier, A. (2010). La vocation médicale de l'homme: inquiétude éthique et professions de santé. En lisant Emmanuel Levinas. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.14-36). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ E. Levinas. (2000). *Positivité et transcendance*. Paris : Presses Universitaires de France.

1.2. L'exigence éthique dans la relation de soin

C'est à travers la relation au malade que s'exprime le mieux l'exigence éthique première, nommée par Levinas « la vocation médicale de l'homme »¹⁵. La relation de soin s'inscrit au cœur de la pratique médicale. Elle repose sur une intuition fondamentale, une sagacité intrinsèque à chacun des protagonistes du soin : la rencontre entre une conscience et une confiance¹⁶. La vocation médicale de l'homme traduit bien cette idée de « renversement décisif du pouvoir par la responsabilité incessible d'autrui »¹⁷. La pratique médicale se déploie dans l'exercice de cette confiance et cette conscience, promises l'une et l'autre au soignant et au soigné. « La confiance est dans la conscience offerte par le médecin et le soignant, ne souffrant d'aucune insuffisance parcequ'il s'agit d'aller comprendre le dire sans être piégé par le dit ».¹⁸ Mais comment pour l'homme soignant faire émerger le dire ? Comment, au delà des mots, laisser place à la parole des silences, des ratés, des méandres du dit ? Comment créer les conditions de la rencontre à l'autre et penser le rapport à la différence ? Si la relation de soin est **rencontre d'une confiance et d'une conscience**, elle n'en demeure pas moins rencontre **d'une similitude et d'une différence**¹⁹ entre deux humanités. Soignant et soigné ne partagent pas nécessairement les mêmes cultures professionnelles, les mêmes ancrages, référentiels et savoirs. Le savoir expert du médecin s'oppose parfois au savoir expert du patient, ce savoir expérientiel de lui-même, tissé à travers son histoire, sa culture, son appartenance sociale et surtout ce qu'il est dans toute sa spécificité, son unicité et sa singularité. Les valeurs respectives sous-tendant un discours d'apparence similaire, côtés professionnel et soignant, se révèlent souvent hors de portée de chacun des protagonistes du soin. D'où l'invitation pour le soignant, voire le soigné, « **d'être des explorateurs de confins** »²⁰, c'est à dire de se mouvoir hors de nos territoires respectifs pour aller chercher l'autre là où il se trouve²¹. Une des exigences éthiques premières est alors la qualité de la rencontre et de l'échange, face à un soigné qui nous interpelle. « Le malade voit aussi le regard du médecin, son attitude, sa gêne quelquefois. Il saisit tout, profondément, avec une acuité extrême et il sait même, tantôt, beaucoup mieux que le médecin et que le proche²² ». Ce chemin là est difficile et oblige à un décentrement et une acceptation d'être conduit hors de soi et de ses certitudes, de lâcher en partie un peu de ce qui semble nous façonner et nous construire. « Il s'agit d'accepter que l'autre puisse changer mon regard avant même que je n'en formule la volonté altruiste » nous suggère

¹⁵ Cordier, A., *op.cit.*, p.30

¹⁶ Levinas, E. (1991). *La souffrance inutile*. Paris : Grasset.

¹⁷ Cordier, A., *op.cit.*, p.30

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Moutel, G. (2009). *Médecins et patients, l'exercice de la démocratie sanitaire*. Paris: L'Harmattan, L'éthique en mouvement.

²⁰ Cordier, A., *op.cit.*, p.30

²¹ Mano MC. (2010). L'éducation thérapeutique comme autre perspective soignante. *Medecine*, 6(4),180-184.

²² Cordier, A., *op.cit.*, p.30

Cordier²³. Ce changement de perspective, cette mise en mouvement d'une identité professionnelle solidement acquise au cours de nos formations, constituent aujourd'hui pour de nombreux chercheurs issus des sciences humaines à travers l'anthropologie, la pédagogie de la santé, la sociologie, la psychologie et l'éthique médicale, un prérequis fondamental à ce mouvement vers l'autre. Ce souci d'aller au-delà de ses certitudes exige une forme d'audace et de courage. Pour Cordier, c'est la personne malade « qui me fait advenir à mon humanité en fissurant mon ego que je croyais seul constitutif de moi-même ». De cet échange entre deux humanités, deux singularités, il ajoute : « sans oublier qu'*in fine*, c'est toujours le malade qui vit en son intime la réalité de la maladie²⁴ ».

2. Nature de l'exigence éthique dans la relation de soin en Orthopédie Dento-Faciale

2.1. Penser la question éthique dans la relation de soin en ODF

Réfléchir à la manière dont la question éthique se déploie dans la relation de soin en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière invite irrémédiablement à une réflexion sur le sens et la place qu'occupe la discipline dans le champ médical. Au confluent du soin, de l'esthétisme, du mieux-être, elle regroupe à elle seule différents possibles. Sa responsabilité, c'est le visage de l'Autre²⁵.

D'aucun s'interroge sur la place de l'éthique en orthodontie, discipline où l'urgence n'est pas apparente, où la maladie et la mort ne questionnent pas la vie. Pour beaucoup, l'Orthopédie Dento-Faciale, au même titre que la chirurgie plastique se situe en marge des disciplines médicales. L'Orthopédie Dento-Faciale, c'est la recherche de l'équilibre : équilibre de l'ensemble des fonctions oro-faciales qui permet le développement harmonieux de la face en croissance, équilibre de la forme et de la position des éléments constitutifs de cette face. Et, parce qu'il y a équilibre, il y a harmonie des proportions et de l'esthétique d'un visage. L'orthodontiste libère les verrous de la croissance faciale, potentialise et aide à l'expression des fonctions physiologiques oro-faciales. De là, naît l'expressivité d'un sourire, et tout ce qu'il comporte de fonction sociale et symbolique. Axel Kahn, lors de sa conférence sur le sourire, offre avec poésie à l'orthodontiste un dessein nouveau : celui de « technicien du sémaphore de l'être²⁶ ». Pour autant, l'orthodontie traite rarement de pathologies au sens clinique du terme, hors certains syndromes spécifiques ou plus récemment des pathologies liées au sommeil,

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Mano, M-C. (2009). *Pertinence de l'application du concept d'Education Thérapeutique du Patient aux abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale*. (Mémoire de Master 2). Université de Paris Descartes.

²⁶ Kahn, A. (2007, 11 novembre). *Discours*. Notes pour une conférence d'Axel Kahn, lors de la séance inaugurale à l'occasion des XXI^{ème} Journées de l'Orthodontie. Paris, 11 Novembre 2011.

mais d'anomalies.²⁷ D'où la difficulté, pour certains patients, d'appréhender les enjeux thérapeutiques²⁸. La question du sens et de la finalité de la discipline, pratique sociale et médicale, est un préalable indispensable à toute réflexion sur la relation de soin. Les représentations propres à l'orthodontie conditionnent en partie la posture, les attentes et les statuts desquels vont s'emparer chacun des protagonistes du soin. En cela, cette réflexion est cardinale. Sans cette démarche, il semble difficile de véritablement saisir la nature de cette exigence vers l'autre et les enjeux éthiques qui se jouent au sein de la relation de soin.

2.2. La normativité, la santé et la maladie

2.2.1. *Des frontières parfois floues : le statut du patient au sein de la relation de soin*

Dans sa réflexion sur la question éthique dans la relation de soin, Barrier distingue les interrogations relatives à ce qu'il appelle « la grande maladie et la fin de vie », abondamment cité et qui invite à une « éthique de la sollicitude », et la « maladie intermédiaire », domaine de la chronicité et préoccupation désormais majeure de la médecine contemporaine²⁹. Les pathologies chroniques entretiennent un rapport difficile et conflictuel à la normativité de la santé. Si l'Orthopédie Dento-Faciale ne relève ni de la grande maladie, ni de la maladie intermédiaire, comment penser alors la place de la discipline et par là même le statut que s'approprie chacun des acteurs au sein de la relation de soin. Le patient n'est pas un malade, voire, pas même un soigné dans sa propre manière de se percevoir ou la façon dont la société le perçoit; il ne relève pas dans la plupart des situations de pathologie au sens premier du terme. Il est important de comprendre quel est le regard que le sujet de soin porte sur lui-même, que la société et le soignant investissent sur lui et qui lui confère ou non un statut particulier au sein de la relation de soin. C'est en cela même, dans une discipline aux frontières parfois floues, que se pose de manière novatrice le souci du questionnement éthique. Il permet de renouveler l'approche de la relation de soin et de ses enjeux, la place et le rôle des partenaires soignant-soigné au cœur de disciplines émergentes et éminemment contemporaines. Il autorise un regard affiné sur des enjeux en apparence moins lisibles que ne le sont ceux dits de la grande maladie ou de la maladie intermédiaire.

Canguilhem nous invite à nous intéresser à la compréhension de la vie comme subjectivité³⁰. Le pathologique ne se définit plus comme l'absence de normales biologiques, mais comme la réduction

²⁷ ANAES. (2002). Recommandations pour la pratique clinique : Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/orthodontie_recos.pdf

²⁸ Mano, MC., *op.cit.*, p.31

²⁹ Barrier, P., *op.cit.*, p.30

³⁰ Blanc, G.L. (2000). *Lectures de Canguilhem : le normal et le pathologique*. Paris: ENS Éditions.

pour un individu de ses possibilités d'inventivité et d'adaptation d'être au monde³¹. Cette approche est particulièrement attrayante dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale.

2.2.2. *Le normal et le pathologique*

La notion de normalité se révèle profondément ancrée en Orthopédie Dento-Faciale. Comme le suggèrent Lombard et Vandewalle, dans leur réflexion sur la philosophie et le soin, la sphère médicale est un univers de la norme. « La capacité normative de la vie y révèle ses défaillances, la médecine y déploie son savoir et son pouvoir de restauration ou de compensation de normes. »³² Elle suppose donc des **systèmes de valeurs** physiologiques, biologiques, sociales ou encore esthétiques. La norme s'intéresse au *différent*, au *divers*. Emprunt du latin *norma*, qui signifie équerre, rendre droit et *normalis*, perpendiculaire, le rapport au normal est une première approche des déséquilibres. Mais le soin ne peut se réduire à régulariser, redresser et normaliser. Cette notion de normalisation reste très présente en Orthopédie Dento-Faciale: ne parle-t-on pas de normalisation de la face en croissance, normalisation des bases osseuses, normalisation des fonctions, etc ? Nombre de professionnels lui préfèrent d'ailleurs la notion d'équilibre, c'est à dire la recherche et l'expression d'une harmonie, propre à chaque individu, dans toutes les composantes de la sphère cranio-faciale. La norme, loin d'être un « concept statique et pacifique » est bien un « concept dynamique et polémique »³³. Canguilhem nous invite ainsi à ne pas confondre la normativité et la normalité. Dans le *Normal et le Pathologique*³⁴, il ne réduit pas le vivant à des normes définies et immuables, la *normalité*, mais au contraire à la création incessante de normes par l'homme pour l'homme, la *normativité*. « Etre en bonne santé, c'est donc être capable d'instituer des normes créatrices dans son environnement. A l'inverse, être malade, c'est voir cette normativité réduite : on souffre davantage des déséquilibres ou des pressions engendrés par son milieu, on tolère moins les infractions à la norme habituelle.³⁵ » Cette approche de la normativité est intéressante pour tenter de comprendre les motivations exprimées ou silencieuses des acteurs du soin, pour éclairer ce qui peut conduire un individu à rechercher une prise en charge orthodontique. L'injonction à ce « complet état de bien-être physique, psychique et social »³⁶ est d'autant plus forte que la société tout entière interpelle l'individu à se constituer en sujet sain et pleinement responsable du capital que représente son corps. « Les corps réels qui ne se conforment pas ou ne peuvent pas se conformer à cette demande sociale, faute de pouvoir coïncider

³¹ Dagognet, F. (1997). *Georges Canguilhem : philosophe de la vie*. Paris: Les empêcheurs de tourner en rond.

³² Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B. (2009). *Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique. Itinéraires philosophiques à l'hôpital*. Paris: Seli Arslan, Philosophie et Soins.

³³ *Ibid.*

³⁴ Canguilhem, G. (1998). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.

³⁵ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p.34

³⁶ OMS. (1948). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

avec ce qui n'est jamais qu'un corps imaginaire et fantasmatique, ne peuvent que nourrir une culpabilité et une anxiété » alertent Lombard et Vandewalle³⁷. La santé se situe au cœur de nos sociétés contemporaines : « elle est bien un maximum, soit au sens kantien, une idée, celle d'une santé totale et parfaite ». Cette réflexion sur le normal et le pathologique se révèle essentielle pour celui qui cherche à sonder les représentations des acteurs du soin au sein du colloque soignant-soigné. Ces représentations plurielles du sens et de la finalité du soin s'inscrivent toujours dans un contexte sociétal donné, qu'elles révèlent à leur tour. Se pencher sur ces notions centrales du rapport à la norme nous permet de resituer ce travail de recherche dans le cadre singulier de l'Orthopédie Dento-Faciale. Elles nous offrent ainsi un relief supplémentaire pour sonder les tensions éthiques qui émergent des représentations sociales des acteurs du soin, au sein de l'espace relationnel en orthodontie.

3. L'alibi éthique

3.1. L'éthique, un nouveau conformisme ?

Dans son ouvrage *L'alibi éthique*, Sicard³⁸ nous met en garde contre l'instrumentalisation de l'éthique médicale, une forme d'étiquette éthique ou de bonne conscience collective dans une culture de la représentation, où parfois « ce qui est donné à voir est plus important que ce qui est vu »³⁹. Il dessine par exemple les limites des principes dits fondateurs de l'éthique médicale, d'obédience anglo-saxonnes : bienfaisance, non-malfaisance, justice, autonomie, dignité, etc. Le discours bioéthique principiel se heurte à la réalité de terrain, à la réalité des pratiques. En cela même, cela pose une forte tension éthique. « Chacun des principes fonctionne comme l'élément d'un décalogue qui se voudrait incarné mais qui, de fait, est totalement dématérialisé et parfois contradictoire entre l'autonomie, la bienfaisance, la justice, par exemple.⁴⁰ ». L'éthique pose les questions, sans attendre de réponses. Il dénonce alors un discours moral sécularisé qui, voulant se substituer au discours moral religieux, doit emprunter à des principes dits fondateurs.

Alors, comment s'approcher véritablement d'une recherche en éthique médicale ? Comment s'intéresser et penser le rapport à l'autre au sein de la relation de soin ? Le risque est grand, prévient Sicard, de tomber dans une forme de lieu commun du rapport à l'autre. « Les étudiants en médecine apprennent que le malade doit être approché comme « sujet » pour tenter de le comprendre ; respecter la personne comme sujet est primordial. Personne ne peut être contre (...). Simplement, ce discours à

³⁷ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p.34

³⁸ Sicard, D., *op.cit.*, p.30

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*

visée pédagogique a lieu au moment où la médecine fait le constat désastreux et paradoxal de la disparition du sujet. »⁴¹ Quelle voie emprunter pour construire une recherche en éthique et s'approcher au plus près de la compréhension des conditions de la rencontre de Soi vers cet Autre? Soi, pour Ricoeur, c'est simplement tenir la promesse d'un accomplissement d'un rapport à l'autre.⁴² Pour Sicard, l'éthique est « la conscience de la vulnérabilité de l'autre, et que cette vulnérabilité nous oblige, simplement parce qu'elle est la source d'un sentiment de responsabilité pour celui qui constate »⁴³. Pour se soustraire à toute forme de conformisme, il semblerait alors nécessaire de s'intéresser à la source, au point de départ de la rencontre soignant-soigné, là où naissent les croyances, opinions, attitudes et comportements. L'approche des représentations sociales nous permet d'éclaircir ce qu'il y a **d'universel et de particulier** dans les conditions de la rencontre à l'autre, au sein de l'unité d'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière de Rennes. Elle nous autorise également, via la méthodologie mise en œuvre comme nous l'exposerons plus loin, à réfléchir à une **démarche réflexive au cours de la formation des étudiants**, visant à dépasser et incarner plus en profondeur cette perception de l'Autre comme sujet, non plus pensée mais intégrée en soi.

3.2. L'altérité dans la relation de soin

« Nous produisons de l'altérité comme nous produisons des objets, et cette production est un signe majeur de la dissolution de l'altérité. »⁴⁴ Il y aurait un envahissement du discours sur l'autre dans la médecine sans pour autant parvenir à « restituer le sujet dans sa présentation pseudo-objective, tâche d'autant plus difficile que le malade contemporain se masque derrière cette pseudo-objectivité ». En d'autres termes, pour Sicard, le patient afin de se faire entendre se glisse derrière une posture d'objectivité, telle qu'il se représente que le médecin attend de lui. Il s'agit alors pour le malade d'être porteur d'une certaine objectivité en fonction de ce que lui dicte la médecine, ou pseudo-objectivité, au détriment du sujet. Le patient intègre une partie du corpus médical dans sa propre intériorité. Comment restituer à chacun des acteurs sa place au sein de la relation de soin et construire une altérité désormais commune ? Par quel angle aborder et renouveler l'approche de la relation soignant-soigné ? Côté soignant, le risque est de se perdre dans les méandres du nous de l'identité professionnelle. Comment redevenir pour le praticien « un je soignant qui se méfie d'un nous, d'une communauté professionnelle enfermée dans des convictions professionnelles peu disposées à la déstabilisation, méfiante vis à vis de « l'entre-deux », de l'inconnu » ?

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.

⁴³ Sicard, D., *op.cit.*, p.30

⁴⁴ Baudrillard, J. Cité par Sicard, D., *op.cit.*, p.30

4. La perspective d'un décentrement ou l'approche par les représentations sociales

4.1. L'éthique interculturelle

S'intéresser aux conditions de la rencontre initiale entre les acteurs, se décentrer de ses certitudes pour appréhender de nouveaux contours de la relation à l'autre, tels peuvent être les enjeux d'une approche éthique interculturelle basée sur l'exploration des représentations sociales. La notion de culture peut alors ici s'interpréter au sens large : rencontre d'une culture professionnelle propre à la structure, celle des personnels soignants en Orthopédie Dento-Faciale, et des patients. « Il s'agit d'écouter pour construire avec le patient une réponse originale, individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère ». ⁴⁵ Il s'agit alors d'un véritable travail « d'invention éthique » dans la rencontre à l'autre⁴⁶.

L'exigence première est de revenir à l'exercice d'une pratique éthique individuelle, ancrée sur le terrain. C'est également dans le cadre de ce travail une méthodologie qui ne cherche pas à théoriser mais à construire un socle pour un espace de réflexion éthique, dans un processus dynamique et continu, toujours en devenir et jamais rassasié, au sein du service et surtout pour la formation des futurs praticiens. Il s'agit de réfléchir à la manière de redécouvrir et penser le rapport à l'autre dans une approche interculturelle de l'éthique médicale. Sans cet ancrage préalable, les mots Altérité, Valeur, Justice, Humanité (...) peuvent sembler désincarnés et vides de sens ? L'éthique interculturelle appelle le décentrement, ne serait-ce que transitoire, afin d'explorer les systèmes de représentations et le regard porté collectivement autour de la relation de soin, à travers la notion de prendre soin par exemple comme nous l'exposerons ci-après. « Le discours médical qui tend à l'universel doit continuer à s'interroger sur ses pratiques culturelles, convoquées à un débat pluraliste, s'interroger aussi sur le fait **qu'il est lui-même une culture** »⁴⁷. Il s'agit alors d'introduire un débat, à travers cette approche des représentations, « dont l'objet est avant tout de préserver ce qui nous relie à la même humanité » soignant et soigné⁴⁸.

4.2. L'approche des représentations sociales

L'approche par les représentations sociales est une thématique centrale des sciences humaines et sociales. La sociologie, l'ethnologie, la psychologie ou encore l'anthropologie se sont emparées du champ des représentations sociales, notamment en santé. L'anthropologie culturelle, l'anthropologie

⁴⁵ Sandrin Berthon, B. (2000). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris: Presses Universitaires de France.

⁴⁶ Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.

⁴⁷ Sandrin Berthon, B., *op.cit.*, p.37

⁴⁸ *Ibid.*

sociale, l'ethnologie ou encore l'ethnographie partagent des frontières communes, voire même parfois trop floues pour être distinguées. A propos de l'anthropologie culturelle par exemple, Evans-Pritchard décrit : « Elle s'intéresse aux **représentations sous-jacentes plutôt qu'aux processus**. (...). Elle cherche donc des agencements et non des lois scientifiques et elle **interprète plutôt qu'elle n'explique**⁴⁹ ». Cette approche des représentations sociales en santé occupe une place non négligeable dans le domaine des sciences humaines. Elle est essentielle dès lors qu'il s'agit d'explorer les conditions de la rencontre à l'autre. Négliger cet aspect de la relation, c'est tant pour le soignant au niveau individuel que pour la santé publique à l'échelle collective, risquer de se heurter à des échecs parce que le message véhiculé, aussi valide soit il scientifiquement, ne trouve pas d'échos tant les représentations divergent parfois entre les individus ou les groupes. Cette difficulté de restituer l'autre dans son contexte nous semble relativement évidente lorsqu'il s'agit de s'intéresser à des communautés dont les membres présentent des origines culturelles, géographiques et ethniques différentes de celles de la société au sein de laquelle ils évoluent. Mais le champ de l'anthropologie culturelle concerne également l'étude des représentations, c'est à dire le discours collectif, de professionnels de santé évoluant dans un milieu régulé et défini, par exemple le centre de soin dentaire du Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes, et les patients. Chaque entité est alors appréhendée comme une culture, professionnelle ou non professionnelle. La relation de soin, ou le prendre soin par exemple, ne se réduit pas à une réalité figée et immuable. En tant que pratique sociale et relationnelle, elle se réfère à des modèles d'interprétation enracinés et structurés autour de formes culturelles et sociétales, que nous cherchons à extérioriser à travers l'exploration des représentations. Celles-ci permettent à terme d'éclairer le soignant sur les **valeurs respectives** qui sous-tendent les discours, les questionnements intimes du patient, mais également notre propre posture professionnelle au sein d'un environnement donné. Cela permet d'entrevoir quel sens porte la relation de soin pour chacun des acteurs.

4.3. La relation de soin comme culture

Ainsi, la relation de soin en tant qu'objet de recherche, peut recouvrir des réalités totalement différentes selon la culture professionnelle, ou profane, à laquelle se réfère chacun des protagonistes, l'environnement au sein duquel il évolue, mais également son histoire propre, sa singularité. Pour Begué-Simon⁵⁰, l'acte médical naît de la relation et de la confrontation entre **deux champs de connaissance et de sens**, celui du soigné et celui du soignant. « La culture n'est pas un donné objectivable sur lequel on peut fonder invariablement et normativement des balises éthiques mais un

⁴⁹ Evans-Pritchard, E.E. (1962). *Essays in social anthropology*. Londres : Faber.

⁵⁰ Begué-Simon, A.M. (2010). Anthropologie, médecine et éthique. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.62-73). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

construit, voire un processus contextualisé de construction de sens puisant à des logiques plurielles et divergentes qui, de surcroît, ne se réduit pas aux seules valeurs d'un groupe. »⁵¹

Cette approche permet d'éclaircir le sens et les valeurs associés par chacun à des objets de représentation comme la maladie, ou les modèles d'interprétation de cette dernière. L'étude des représentations constitue alors un cadre théorique et conceptuel qui offre la possibilité de saisir, par exemple à propos de la maladie, comment celle-ci « s'articule à la culture et comment elle est prise en compte par les institutions et les symboles d'une société. Si les causes des maladies peuvent être liées à des inégalités à combattre, la maladie existe à travers le sens que lui attribue le savoir populaire »⁵². Il en va de même avec la relation de soin, pensée comme rencontre inter-culturelle, dans un espace et un temps donnés. L'approche des représentations nous informe sur l'autre, d'un point de vue de la différence⁵³, avec tout ce qui en découle dans les relations. Elle offre la possibilité pour le professionnel d'une mise à distance de la culture dans laquelle il s'insère, de son propre modèle relationnel au sein duquel il s'inscrit, biomédical le plus souvent, mais aussi biopsychosocial ou encore traditionnel. Ces différents modèles ne sont que des formes parmi d'autres formes, appelées à se renouveler en fonction du contexte sociétal au sein duquel ils prennent corps. L'étude des représentations sociales nous éclaire ainsi sur le contexte d'appartenance du sujet à travers notamment la notion de culture professionnelle au sein du centre de soin dentaire du Centre Hospitalo-Universitaire de Rennes.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

⁵³ Fougeyrollas, P. (1990). L'évolution contemporaine des concepts relatifs aux conséquences des maladies et traumatismes dans une perspective anthropologique. *Montréal: Entrepeaux, logis de la différence.*

Chapitre 2 – Les données du problème

1. Représentations et pratiques de soin, un même mouvement

La relation de soin est abordée à travers la **perspective théorique des représentations sociales**. Ce choix repose sur une volonté de mieux cerner, identifier, interroger les enjeux éthiques propres à la discipline, et ce particulièrement en pratique hospitalière. Les individus évoluent au sein d'un milieu sociétal porteur de croyances, de normes, de valeurs à partir desquelles ils construisent leurs représentations sociales, notamment à l'égard de la santé et, dans le champ qui nous concerne, de **l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière**.

1.1. Patient, partenaire et sujet central du soin

Ces mêmes patients sont désormais mus par des injonctions nouvelles à participer et à délibérer, à s'enrichir à travers la recherche d'informations, dans un contexte de vulgarisation médicale, accessible sur le net ou encore dans l'espace médiatique. Cette invitation à investir le soin en tant que **sujet** est particulièrement forte dans le domaine des pathologies chroniques ou des maladies graves. Le modèle relationnel paternaliste, nous dit-on, s'efface désormais devant une **approche de type partenariat-partenariat**⁵⁴ où chacun des acteurs est engagé à agir *avec* l'autre. Cet *avec* l'autre, qui introduit l'altérité et la réciprocité à travers des liens d'interdépendance entre les acteurs renforcés, constituent en soi un véritable **changement de paradigme**. Il ne s'agit dès lors plus **d'un soignant qui agit sur l'autre mais avec l'autre**, y compris avec cet autre qui parfois me heurte dans mes croyances, me dérouté quant au sens avec lequel il aborde le soin, me repousse dans mon ancrage professionnel⁵⁵. Agir avec cet autre, c'est avancer avec l'autre à travers une **commune altérité**.

1.2. Dans la pratique, la tentation de pseudo-objectivation du sujet

Pour autant, malgré ce changement de paradigme affiché dans un contexte de démocratie dite sanitaire⁵⁶, jamais, nous alerte Sicard, la confusion n'a été si forte dans le champ médical entre cette interpellation à la subjectivité, c'est à dire une posture de sujet de soin, et la tentation d'une posture de

⁵⁴ Reach, G. (2010). Soigner et se soigner. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.40-49). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

⁵⁵ Sicard, D. (2006). *L'alibi éthique*. Paris: Plon.

⁵⁶ Moutel, G. (2009). *Médecins et patients, l'exercice de la démocratie sanitaire*. Paris: L'Harmattan, L'éthique en mouvement.

l'objectivité côté patient⁵⁷. Pour Sicard, « le malade se présente de plus en plus sous les avatars d'un pseudo-objet qu'il présente comme tel à la médecine. Le recours à Internet amplifie cette délégation de son corps à une information anonyme et vue comme la vérité » afin de mieux se faire entendre⁵⁸. Comment alors pour le soignant et notamment le soignant en devenir, pour une équipe, un service, apprendre à **resituer le sujet dans sa présentation « pseudo-objective » de lui même?**

L'approche des représentations se révèle alors une perspective théorique intéressante, un cadre conceptuel pertinent dans sa manière de resituer chacun des acteurs du soin en tant que sujet de la relation à l'autre. Quel est le sens d'un modèle relationnel de type partenariat-partenariat si chacun des acteurs ne détient pas les outils, les clés pour créer les conditions véritables d'une rencontre soignant-soigné de qualité? Comment appréhender un tel changement de paradigme si les valeurs, les croyances, les normes se heurtent à des conflits de représentations condamnant par là même toute véritable alliance thérapeutique ?

1.3. Pratiques et représentations, un même mouvement

Par ailleurs, dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière du CHU de Rennes, c'est à dire dans un **environnement dit régulé**, pratiques et représentations s'élaborent en réciprocité. Ces pratiques, propres au milieu, influencent les représentations de chacun au sein de la relation de soin. A l'inverse, les représentations, construites à partir d'un vaste maillage, dont le milieu sociétal, conditionnent les comportements, les identités, les postures et ainsi les pratiques au sein du département d'orthodontie. Une des caractéristiques de la représentation sociale est sa **spécificité** à l'égard d'un groupe déterminé : côté soignant, les **représentations professionnelles** ; côté patient, les **représentations dites profanes**. Elles fondent en ce sens les identités professionnelles, les **identités collectives** au sein d'une structure voire même l'identité et la cohérence d'un service. S'y intéresser, c'est s'interroger en tant que soignant sur le milieu au sein duquel nous évoluons, en quoi il nous influence, nous éloigne ou nous rapproche de l'autre et de nous-même dans la rencontre avec celui-là même.

L'abord des représentations permet d'entrevoir comment **chacun se positionne dans le conflit comme dans l'accord** afin de créer les **conditions d'une rencontre qualitative** entre chacun des partenaires du soin. Elle permet pour le soignant en devenir de construire son identité de soignant. En cela même, il s'agit d'un véritable enjeu éthique : comprendre pour chacun des acteurs du soin les

⁵⁷ Sicard, D. *op.cit.*, p.40

⁵⁸ *Ibid.*

conflits de valeurs qui s'articulent au sein de la relation de soin, ceux face auxquels nous nous heurtons alors que **jamais l'injonction à la subjectivation du patient n'a été aussi forte ?**

De nombreuses recherches ont déjà été menées dans l'étude des représentations en santé. Rares sont celles qui se sont intéressées à un milieu circonscrit et régulé par des pratiques et identités professionnelles spécifiques. Ces recherches n'ont jamais investi l'Orthopédie Dento-Faciale et encore moins son versant hospitalier. Ce sera l'objectif de notre travail.

2. La relation de soin à travers deux perspectives d'approche

2.1. Prendre soin

2.1.1. *Prendre soin, une dimension éthique, technique et politique*

« Le geste clinique ne se suffit pas de la simple mise en présence de celui qui soigne et de l'autre en souffrance, il engagera toujours une conception de l'homme, son humanité et sa civilisation, et donc l'altérité et un savoir des limites. (...). De sorte que de l'hospitalité de l'autre est la forme éthique et réfléchie de cette conception de l'homme saisi parmi les autres êtres vivants » nous livre Fortin à propos de la notion de prendre soin⁵⁹. Questionner la relation de soin à travers la notion de prendre soin, c'est s'interroger sur une dimension à la fois **éthique, technique et politique** de délivrer le soin⁶⁰. Éthique, elle introduit une commune altérité et vulnérabilité dans l'acte de soin ; technique puisqu'il s'agit d'un art de faire ; politique, lorsqu'elle engage une responsabilité et un engagement collectif de tous. « Le degré de maturité d'une civilisation se mesure certainement à l'aune de sa capacité à prendre soin des individus compris dans sa communauté humaine.⁶¹ » Mais que signifie prendre soin pour chacun des acteurs en orthopédie dento-faciale hospitalière? Comment initier une réflexion sur la relation à l'autre sans s'intéresser à la signifiante du prendre soin dans une discipline où il n'y a **ni malade ni pathologie**, seulement des insuffisances, déséquilibres et anomalies, qui parfois entravent, mais pas toujours, la **qualité de vie éprouvée ?**

⁵⁹ Fortin, B. (2011). Éditorial. *Le Coq-héron*, 206(3),7-10.

⁶⁰ Hubault, V. (2009). Prendre soin : éthique, technique ou politique? *Les Cahiers Dynamiques*, 44(2),16-19.

⁶¹ Fortin, B., *op.cit.*, p.42

2.1.2. *Un langage de la présence qui s'articule à celui de la compétence*

Nous comprenons que la notion de prendre soin va au delà de l'acte de soigner. Elle suggère « un **langage de la présence** qui s'articule à celui de la compétence. »⁶² Elle permet d'éclairer le sens de l'engagement soignant et de celui du patient au sein de la thérapeutique. Il s'agit alors « d'interpréter la grammaire d'une condition humaine partagée⁶³ » dans le champ particulier d'une discipline donnée, à savoir l'orthodontie.

« Au delà de la distinction conceptuelle entre « faire des soins » et prendre soin qui a parfois voulu signifier – non sans limites⁶⁴ – deux options différentes dans l'approche soignante, il faudrait plus utilement retenir et valider la distinction radicale **entre agir sur l'autre sans lui et agir avec l'autre, pour lui.** »⁶⁵ Mais comment envisager cet **apprentissage** du soin comme un agir *avec* dans la formation des étudiants ? Comment construire une **démarche réflexive**, introduire un **espace d'inventivité éthique** au sein de la pratique ? Comment amener une équipe soignante à s'accomplir et se déployer au sein d'un projet éthique, technique et politique cohérent et unificateur pour les professionnels ? L'approche des représentations sociales à travers la possibilité de **décentrage** qu'elle offre nous invite à construire avec autrui une **réciprocité relationnelle**.

2.1.3. *Un symbole, universel et singulier*

Se référer au prendre soin pour dessiner les contours de la relation de soin, c'est également « médiatiser **un symbole** qui appartient à l'actif de l'humanité. »⁶⁶ C'est en cela même que la démarche est intéressante. La notion de prendre soin parle à chacun, sous des formes certainement différentes, mais elle peut trouver chez tous un écho et une résonance intérieure. En ce sens, elle s'affranchit justement de ce risque de pseudo-objectivation qui menace la posture du patient, et tente de réintroduire la **re-subjectivation** de ce dernier. Le prendre soin « n'appartient à personne en particulier, il n'est à l'exclusivité d'aucune corporation, profession, ou éthique mais il se passe de main en main. »⁶⁷ A la fois universel et singulier, il est intéressant de saisir la manière dont il s'incarne dans les représentations de chacun dans une discipline comme l'Orthopédie Dento-Faciale, au confluent du médical, de l'esthétisme et du confort de vie. Elle soigne, mais son objet intéresse quelque chose de différent de la pathologie au sens clinique du terme. De quoi alors prend-t-elle soin ?

⁶² Marmilloud, L. (2010). Prendre soin: plus qu'un métier, une symbolique pour la société. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.168-177). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ De Bouvet, A., Sauvage, M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière: pour une créativité éthique*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

⁶⁵ Marmilloud, L., *op.cit.*, p.43

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ *Ibid.*

Comment prend-elle soin ? Comment chacun des acteurs rend-t-il justement possession de son soin ?
Comment le soigné est-il invité à prendre soin de lui ?

A travers ces connaissances de *sens commun* que sont les représentations sociales, au delà de la notion de prendre soin, chacun est invité dans le confin de lui même, à interroger le sens de soigner et de se soigner, à dessiner les contours de l'acte de soin⁶⁸. **Les formes empruntées en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière se distinguent-elles d'autres disciplines médicales ou au contraire convergent-elles dans une similitude hospitalière de l'autre? Existe-t-il un décalage entre les représentations des soignants et des soignés, des spécificités à l'origine de conflits de valeurs qui entravent les conditions d'interactions entre les protagonistes du soin ?**

Cette approche des représentations sociales permet d'appréhender **les besoins et les limites de chacun** dans sa manière d'habiter et de s'approprier le soin, et en ce sens, de la forme de son **engagement**. La perspective théorique des représentations sociales ouvre la voie à l'émergence d'un langage commun de la présence, à soi et à l'autre. Elle nous invite à accueillir et penser l'articulation de ces savoirs dits experts pour les uns, profanes pour les autres, sans jugement ni *a priori*. S'en saisir, c'est nous offrir une possibilité d'inventer les conditions de la rencontre avec l'autre et faire « l'effort de création d'une **liberté citoyenne**⁶⁹ ». Et de refuser, ainsi, toute tentative d'ethnocentrisme⁷⁰ par omission ou méconnaissance.

2.2. Le modèle relationnel et la posture des acteurs du soin

2.2.1. *Le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique, une manière de resituer le sujet ?*

Le second versant de la recherche aborde la relation de soin sous l'angle du **modèle relationnel**. Comme grille de lecture, nous avons choisi l'éducation thérapeutique du patient en tant que vecteur affiché et revendiqué d'une nouvelle perspective soignante⁷¹. Ancrée dans différents champs de la médecine, notamment dans le domaine des maladies dites chroniques, elle tente de **re-situer le patient dans sa subjectivité**, lui confère un statut d'acteur central du soin, d'agent de son propre succès thérapeutique au sein d'une véritable alliance et synergie avec le professionnel de santé. Elle introduit les notions d'autonomie dans l'interdépendance des acteurs du soin, c'est à dire une autonomie en

⁶⁸ Reach, G., *op.cit.*, p.40

⁶⁹ Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, 57(2),19-30.

⁷⁰ Lévi-Strauss, C. (2003). *Anthropologie structurale deux*. Réédition de 1973. Paris : Agora, Pocket.

⁷¹ Simon, D., Traynard, P.Y., Bourdillon, F., Grimaldi, A. (2008). *Education thérapeutique, prévention et maladie chronique*. Paris : Elsevier Masson, Abrégés.

devenir à construire avec le soignant. Elle propose une réflexion sur la notion de norme : comment définir avec le patient sa propre norme de santé, consciente et personnelle, afin de l'aider à s'approprier et à se mouvoir au sein de la thérapeutique, qu'il fait désormais sienne. Surtout, elle cherche à **déployer les capacités du patient, à développer ses ressources propres** (d'autosoins, psychosociales, d'adaptation...) et de le re-possibiliter au monde. Dès lors, par ce subtil changement de perspective, elle bouleverse le statut des acteurs du soin, revisite les équilibres et la posture de chacun au sein de la relation soignant-soigné.

2.2.2. *L'ETP, label contemporain du rapport thérapeutique à l'autre ?*

Alors que l'interpellation à la reconnaissance du sujet dans les modèles relationnels contemporains (égalitaire, partenariale, délibératif...) ⁷², dont l'éducation thérapeutique, pourquoi est-il dans la pratique de terrain si difficile pour chacun des acteurs du soin de s'approprier pleinement ce qui constituerait un changement de paradigme ⁷³ ? Une précédente étude témoigne de la faible résonance de l'éducation thérapeutique en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière. La rencontre n'a pas eu lieu. En ce sens, il est pertinent de poser notre regard sur les représentations soignant-soigné afin de sonder ce qui, dans les concepts développés par ce modèle relationnel, forme de labellisation contemporaine du rapport thérapeutique à l'autre avec tous les glissements et réserves que cela peut engendrer au regard de l'éthique, n'a pas trouvé d'écho dans cette discipline.

Ce qui nous intéresse ici n'est pas l'éducation thérapeutique en tant que programme ou parcours de santé mais la manière dont le modèle relationnel auquel elle se réfère, réinterroge les équilibres et la place de chacun des protagonistes du soin. Pour percevoir cela, il est important de comprendre la place occupée par l'éducation thérapeutique aujourd'hui. Ancrée dans le champ scientifique, législatif et médiatique, elle nous parle du contexte sociétal au sein duquel elle a pu se déployer ^{74 75}. En ce sens, la manière dont elle investit la sphère sanitaire révèle une évolution, une transformation dans la représentation sociale de la relation de soin en générale et du prendre soin. Elle se veut l'étendard contemporain d'une relation de l'attention à l'autre, d'un changement de perspective soignante dans la manière d'envisager et de soutenir l'acte de soin en hissant et capacitant le patient en véritable acteur de sa thérapeutique. S'agit-il pour autant d'un véritable changement de paradigme dans la manière de penser la relation thérapeutique? Ne serait-elle pas une **pratique sociale parmi d'autres formes** ?

⁷² Emmanuel, E.J., Emmanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama*, 267(16), 2221-26.

⁷³ Simon, D., Traynard, P.Y., Bourdillon, F., Grimaldi, A., *op.cit.*, p.44

⁷⁴ Mano, M.C., Bégué-Simon, A.M., Hamel, O., Sorel, O., Hervé, C. (2010). Education thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent : réflexions éthiques en odontologie. *L'Orthodontie française*. 81(4),315-21.

⁷⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

2.2.3. *Relation thérapeutique et postures soignant-soigné : quelle place en Orthopédie Dento-Faciale pour les concepts véhiculés par les modèles dits égalitaires ?*

Ce que nous avons cherché à conserver de l'éducation thérapeutique, c'est la manière dont elle renouvelle aujourd'hui le modèle relationnel et les postures des acteurs du soin à travers des concepts tels que l'autonomie, la responsabilité, la notion de savoir profane, etc. Ces concepts sont difficiles à explorer en tant que tels. Ils sont pourtant fondamentaux à questionner notamment pour analyser la qualité de leur réception et des formes qu'ils revêtissent aujourd'hui au sein d'une discipline comme l'Orthopédie Dento-Faciale.

Cet exercice nous offre de précieuses pistes de réflexion afin d'entrevoir les enjeux relationnels contemporains spécifiques à notre discipline. Il s'agit alors de sonder la pertinence des valeurs portées par de tels modèles en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière et, par là même, d'explorer les conditions d'interaction entre les acteurs du soin favorisant une relation de qualité.

L'approche des représentations sociales met en lumière les **besoins éprouvés**, restés souvent silencieux, inhérents à la relation de soin. Elle permet de faire poindre les besoins latents et non exprimés, souvent retenus parce qu'embarrassés de croyances, de conditionnements par omission ou construction⁷⁶. Ces conditionnements, si nous n'y portons pas attention, participent au maintien de véritables **inégalités sociales de santé**⁷⁷ et de limitations dans la capacité que chacun a de se saisir et de déployer ses ressources intrinsèques, soignant comme soigné. Dans un contexte sociétal où tous se réclament d'une démocratie dite désormais sanitaire, l'enjeu éthique n'est pas négligeable. A partir de ce travail exploratoire, nous cherchons *in fine* à proposer des réflexions opérantes dans la formation initiale et continue des praticiens, afin d'affiner nos identités soignantes et de ne jamais cesser d'être surpris par l'autre, en respect et conscience des liens d'interdépendance des acteurs du soin entre eux. Ce choix théorique nous conduit à regarder différemment ce qu'il peut y avoir de **vulnérabilité** chez l'autre. D'où, la question de Brugère, à propos de l'éthique du care, c'est à dire du prendre soin et de l'attention à l'autre : « Peut-on assumer à la fois sa propre vulnérabilité et celle des autres ? » sans tomber dans le piège d'un dévouement soignant⁷⁸.

⁷⁶ Lombrail, P. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8(3), 31-39.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Brugère, F. (2014). Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? *Cahiers philosophiques*, 136(1), 58-68.

3. Problématique

Ce travail s'articule en deux temps exploratoires, dont chacun tente de répondre à la problématique correspondante.

3.1. Problématique principale

Prendre soin : éthique, technique ou politique dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière?

La relation qui s'établit entre un patient et un soignant a pour finalité de soigner et de restaurer des équilibres voire en créer. Introduire la notion de prendre soin, dans notre thématique de recherche, revient à souligner ce que la relation de soin contient à la fois de dimension éthique, technique et politique.

La dialectique du soigner et du prendre soin, enjeu de la relation à l'autre, repose sur un équilibre subtil et des tensions palpables. Prendre soin ne trouve pas seulement sa source dans la fonction instituée, c'est à dire soigner, mais dans la posture instituante du professionnel de santé, elle même sacrée dans sa subjectivité, sa dimension à la fois universelle et singulière. Le prendre soin révèle ainsi toute l'ambivalence et la richesse de l'action de soigner, tant à l'échelle individuelle que collective. Il illustre particulièrement bien les enjeux qui se dégagent de la mise en opposition des théories traditionnelles de la justice de Rawls⁷⁹ et des théories plus contemporaines dites de l'interdépendance et de la sollicitude de Ricoeur⁸⁰ et Levinas⁸¹, voire des capacités de Sen⁸². Les premières seraient impartiales, normatives et universalistes. Les secondes se placeraient du côté de la vulnérabilité, de la sensibilité éprouvée, des conditions particulières et des situations singulières variables pour un même individu, et de la construction positive des possibilités de chacun.

L'approche des représentations sociales nous autorise à interroger ces **différents registres de valeurs** de manière novatrice. **Il ne s'agit pas de les opposer mais de les articuler et de les concilier, à partir de leur mise en tension.** Il existe en effet une réelle difficulté de rendre compte de cette activité non prescrite qu'est le prendre soin dans le quotidien de l'action du soignant, et qui plus est au

⁷⁹ Rawls, J. (1971). *Théorie de la justice*. Traduction de C. Audard (1997). Paris : Le seuil, Points Essais.

⁸⁰ Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock, Essais.

⁸¹ Colette, J. (2006). L'évasion non rêvée ou la responsabilité. Dans Y.C. Zarka, *Emmanuel Levinas, une philosophie de l'évasion*. Paris : Presses Universitaires de France, Cités, 25.

⁸² Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Traduction de M.Bessières. Paris : Odile Jacobs.

niveau institutionnel. Prendre soin relève en partie de l'indicible et de l'engagement personnel, variables dans des temps et des situations donnés. Les représentations sociales nous renseignent sur la construction d'un savoir commun. Elles reflètent les valeurs, les équilibres normatifs, les opinions partagées entre les individus qui leur permettent de s'ancrer et de saisir le réel qui les entoure. Le processus de construction de la réalité s'élabore ainsi toujours à plusieurs, dans l'échange et dans l'interaction.

En quoi consiste prendre soin en Orthopédie Dento-faciale hospitalière ? Quelles tensions éthiques révèle l'analyse des représentations sociales du prendre soin au sein de l'espace relationnel ? Quels en sont les enjeux à la fois individuels et institutionnels ? Comment l'approche des représentations sociales peut-elle participer à l'élaboration d'un projet collectif au sein du service, dont les composantes formelles doivent pouvoir accompagner les bouleversements sociétaux contemporains dans le champ de la relation à l'autre ? ***Prendre soin relève-t-il de l'éthique, du technique ou du politique ?***

3.2. Problématique secondaire

L'éducation thérapeutique, porte d'entrée vers un prendre soin capacitant?

Une autre question jalonne le second temps de cette étude non plus de manière directe, mais indirecte. L'éducation thérapeutique figure aujourd'hui comme principal modèle de la relation thérapeutique. Elle propose une activité concrète du *prendre soin* en lui offrant un cadre à la fois structurel et conceptuel. Il nous a semblé intéressant d'explorer la manière dont s'articule l'éducation thérapeutique avec les représentations des soignés. Il ne s'agit en rien d'étudier l'éducation thérapeutique en tant que parcours ou programme de santé, mais de comprendre en quoi les concepts qu'elle véhicule sont susceptibles de revisiter les équilibres relationnels soignant-soigné et réinterroger le prendre soin. Il s'agit alors de souligner les tensions éthiques dans le champ spécifique de l'Orthopédie Dento-Faciale Hospitalière susceptibles d'être révélées par les concepts portés par l'éducation thérapeutique. ***L'éducation thérapeutique est-elle une voie d'entrée judicieuse vers un prendre soin capacitant ?*** Forme de labélisation contemporaine du rapport thérapeutique à l'autre, est-elle un modèle relationnel pertinent en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière?

Partie 2 : La représentation sociale du prendre soin, enjeu éthique de la relation de soin

Chapitre 1 – Les représentations sociales : l’approche structurale comme cadre théorique et conceptuel.

1. Les représentations sociales en sciences humaines

Les représentations sociales intéressent l’ensemble des sciences humaines. « Cette vocation à rassembler des champs de recherches différents est l’un des apports les plus féconds de la notion de représentation sociale ». ⁸³

Les représentations sociales reflètent les valeurs, les équilibres normatifs, les opinions partagées entre les individus qui leur permettent de s’ancrer et de saisir le réel qui les entoure. Elles permettent en ce sens de guider les attitudes, les comportements et les pratiques.

1.1. Des représentations individuelles aux représentations sociales

Durkheim⁸⁴ décrit, en 1898, les premiers contours de la notion de **représentation individuelle et collective**. « La vie collective, comme la vie mentale de l’individu, est faite de représentations ; il est donc présumable que représentations individuelles et représentations sociales sont, en quelque manière, comparables »⁸⁵. Au delà des représentations individuelles, se dessine le concept de **représentations collectives**. Celles-ci désignent des formes de pensée partagée par une société. Elles orientent les conduites et définissent ce qui est conforme ou non aux normes⁸⁶.

Moscovici reformule le concept Durkheimien de représentation collective⁸⁷. L’élaboration du concept de **représentation sociale** naît de ses travaux. Le processus de construction de la réalité s’élabore toujours à plusieurs. A travers nos échanges et nos interactions avec autrui se constitue notre réalité du monde, jusqu’à aboutir à la construction d’un **savoir commun**. Les représentations sont alors **sociales**. C’est cette étude du **sens commun** que se propose d’étudier la théorie des représentations sociales. Chaque individu ou groupe est plongé dans un milieu qui le submerge d’informations, de situations et

⁸³ Rateau, P. (2007). Les représentations sociales. Dans J-P, Pétard (Dir.), *Psychologie sociale*, (p.163-218). Paris : Editions Bréal.

⁸⁴ Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(3),133-135. Disponible sur :

http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.html

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ Delouée, S. (2010). *Psychologie sociale*. Paris : Dunod.

⁸⁷ Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. (édition de 1976). Paris : Presses Universitaires de France.

de sollicitations nouvelles. Les représentations sociales sont de fait en perpétuel changement et sont rarement partagées par tous les membres d'une société en même temps⁸⁸.

Plus stables que les représentations individuelles, elles sont également soumises à l'action du temps et à la transformation de la représentation. Inscrites dans les **dynamiques sociales**, elles en sont également le **moteur**. Si elles déterminent les pensées et les comportements individuels, elles sont également modifiables par **l'action des individus**. Il s'agit d'une forme de connaissance « **socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social** »⁸⁹. A cela s'ajoute leur rôle de **maitrise de l'environnement, d'orientation des conduites** et des **communications** entre les individus.⁹⁰

Après Moscovici au sein de la psychologie sociale, d'autres domaines des sciences sociales comme l'anthropologie, la sociologie ou encore l'ethnologie se sont emparés de cette thématique de recherche.

Pour Doise, les postures des individus, c'est à dire leurs positionnements face aux repères communs, sont étroitement orientés par leurs **appartenances à des groupes sociaux spécifiques** et dépendants de leurs expériences au sein de ces mêmes groupes⁹¹. Cet aspect des représentations sociales trouve son origine dans la notion d'*habitus* proposée par Bourdieu⁹² qui vise à rendre compte de l'ajustement qui s'opère le plus souvent « spontanément », c'est-à-dire sans calcul ni intention expresse, entre les contraintes sociales qui s'imposent objectivement aux agents, et leurs espérances ou aspirations subjectives. L'*habitus* est un ensemble de dispositions durables, acquises, qui consiste en catégories d'appréciation et de jugement et engendre des pratiques sociales ajustées aux positions sociales⁹³.

1.2. Nature et fonctions des représentations sociales

1.2.1. Nature de la représentation sociale

Une représentation sociale est « une « façon de voir », localement partagée au sein d'une culture, reliant un sujet à un objet ». Cette définition nous est livrée par Rateau dans sa tentative de simplification pédagogique du concept⁹⁴. A partir de l'exemple de la « Corrida », il illustre l'approche d'une pratique sociale et culturelle par les représentations. La corrida exacerbe les passions. Barbarie

⁸⁸ Delouée, S., *op.cit.*, p.50

⁸⁹ Jodelet D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.

⁹⁰ Rateau, P., *op.cit.*, p.50

⁹¹ Doise, W. (1990). Les représentations sociales. Dans R. Ghiglione, C. Bonnet, J-F Richard (Dir.), *Traité de psychologie cognitive, vol. 3*. Paris : Dunod.

⁹² Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Editions de minuit.

⁹³ Pagan, S. (2010). *Les 100 mots de la sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France, Que sais-je ?

⁹⁴ Rateau, P., *op.cit.*, p.50

sans nom ou esthétique du combat de l'homme et de l'animal, l'objet « Corrida » n'existe pas en lui-même : il existe pour un individu et par rapport à lui. Toute réalité est ainsi représentée, c'est à dire construite, élaborée en fonction des caractéristiques propres du sujet. Afin de donner sens aux objets et au milieu qui nous entourent, nous les simplifions pour mieux les maîtriser. Nous les **reconstruisons** en fonction de nos propres **valeurs, principes, idées et connaissances**. Nos valeurs sont ainsi rarement isolées. Elles sont elles-mêmes le fruit d'échanges, d'interactions avec autrui, de croyances, d'appartenances qui modèlent notre perception du monde. Il y a donc interdépendances du milieu et des acteurs dans notre construction de la réalité. Les représentations nous permettent de partager une conception commune d'un objet, par exemple l'objet « corrida », tout en acceptant des variations individuelles ou inter-groupales.

Toute représentation sociale poursuit un cycle : elle naît, se stabilise, se transforme puis disparaît au profit d'une nouvelle représentation émergente. Nos pratiques de soin et nos représentations, en perpétuelle interaction, n'ont de sens que dans le contexte auquel elles appartiennent. Au fur et à mesure des évolutions sociétales, nous intégrons de nouveaux objets au sein du corps social. « Il se met en place un mécanisme de genèse qui rend compte de la façon dont un groupe social intègre l'objet afin de pouvoir le maîtriser, le comprendre et de pouvoir agir à son propos »⁹⁵. C'est le cas d'Internet par exemple, impensable il y a peu, et qui progressivement transforme la relation praticien-patient. C'est également les propositions de nouveaux modèles relationnels soignant-soigné, de nouvelles pratiques de santé comme l'éducation thérapeutique du patient qui, peu à peu, sont susceptibles de remodeler notre perception des postures et des identités soignantes.

1.2.2. Fonctions des représentations sociales^{96 97}

1.2.2.1. Fonction de savoir et de communication

Les représentations sociales permettent de **s'approprier** la réalité. En l'intégrant dans un cadre assimilable par eux, les individus peuvent ainsi comprendre, intégrer, interpréter et expliquer le milieu au sein duquel ils évoluent. Cette appropriation, et donc **reconstruction** de la réalité, est en cohérence avec les valeurs, les idées et les croyances auxquelles ils adhèrent.

Les représentations sociales définissent ainsi pour les individus ou un groupe donné un **cadre de référence** commun. Le partage, la transmission et la diffusion de ce savoir commun sont alors

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France.

⁹⁷ Rateau, P., *op.cit.*, p.50

possibles au sein de ce **socle commun**. En ce sens, les représentations sociales facilitent la **communication sociale**.

Apport dans la construction de la recherche

L'approche des représentations sociales peut nous éclairer sur la nature et le contenu du cadre de référence à partir duquel se tissent les dynamiques interpersonnelles au sein de la relation de soin. Elle permet de mettre en évidence ce socle commun d'où naissent les attitudes, comportements et postures de chacun des acteurs. Elle nous autorise à initier une première réflexion sur le cadre facilitateur de la rencontre à l'autre, et ainsi de l'adhésion aux soins, côté soignant et soigné. Quel est ce socle commun du prendre soin en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière, et par là même des équilibres relationnels patient-praticien?

1.2.2.2. Fonction identitaire

Les représentations sociales participent à l'**identité du groupe**, à sa **cohésion** et sa **stabilité**, comme à l'éventuelle **discrimination** de ce qui se situe en dehors du groupe. Cette fonction identitaire permet à chacun de se **situer dans le champ social**.

Apport dans la construction de la recherche

Un de nos objectifs est de souligner les spécificités des groupes soignant et soigné concernant la représentation sociale du prendre soin. Il s'agit alors de mettre en relief les enjeux identitaires, identité professionnelle et identité profane, au sein du colloque soignant-soigné. Chaque groupe peut s'approprier la réalité du service d'Orthopédie Dento-Faciale de manière singulière et se rattacher à des ancrages pluriels. De ces conflits de valeurs ou de ces positionnements parfois asymétriques peuvent naître des tensions éthiques, que nous chercherons à identifier et questionner.

1.2.2.3. Fonction d'orientation

Les représentations sociales guident les **pratiques sociales**. Postures, attitudes et comportements individuels sont modelés par les représentations sociales. Leur influence sur l'orientation des pratiques sociales s'exerce à 3 niveaux.

- Elles jouent un **rôle normatif sur les pratiques**. L'individu ou le groupe dans une situation donnée se **régule** de lui-même en fonction de ses représentations sociales dans une situation donnée. Elles sont ainsi **prescriptives de comportements normatifs**.

- Elles permettent de définir la **finalité d'une situation**. L'individu détermine ensuite le type de comportements adéquats. Par exemple, les représentations sociales l'orientent quant aux modes de relations pertinents pour un individu en vue de telle ou telle finalité.
- Elles entraînent un système d'**anticipations** ou aux contraires **d'attentes**, vis à vis d'un individu, d'un groupe ou d'une situation. Nous filtrons les informations qui ne correspondent pas à notre représentation de l'objet. Nous interprétons les éléments extérieurs qui pourraient la dénaturer. Les représentations sociales constituent ainsi un système de pré-codage de la réalité qui influence nos conduites et nos appréciations *a priori*. Naissent ainsi les stéréotypes vis à vis de tel ou tel objet de représentation.

Apport dans la construction de la recherche

Une des finalités de la démarche en éthique des pratiques est d'interroger le rapport à la norme. La perspective théorique des représentations sociales peut nous aider à interroger la manière dont chacun des acteurs régule son comportement en fonction de ce qu'il se représente être la norme prescrite au sein du service. Soignant comme soigné orientent leur conduite en fonction de ce que chacun se représente être la finalité de la relation de soin. Cette finalité peut différer pour chacun des acteurs et conduire à des manières d'appréhender son rôle, sa place et son identité différentes dans l'espace relationnel. Enfin, la charge symbolique portée par chacun des protagonistes (attentes démesurées de chacun des acteurs vis-à-vis de l'autre) entravent parfois la qualité de la relation à l'autre. L'approche de la relation de soin à partir d'un mot inducteur comme le prendre soin constitue une piste de réflexion pour faire émerger la fonction d'orientation de la représentation de la relation à l'autre. Elle nous invite à réfléchir aux enjeux éthiques qui naissent d'orientations divergentes accordées à la relation de soin et au modèle relationnel. Elle peut permettre d'appréhender sous un autre angle les difficultés d'adhésion aux soins.

1.2.2.4. Fonction de justification

La fonction de justification apparaît après que l'action a été engagée. Elle permet aux acteurs de justifier *a posteriori* leurs conduites. C'est une fonction essentielle de la représentation sociale qui contribue à maintenir ou renforcer la différenciation sociale en la justifiant. La distance entre les groupes sociaux s'instaure alors de manière stable dans le temps.

Apport dans la construction de la recherche

Chacun des protagonistes du soin adopte des raisonnements afin de justifier sa posture, son comportement, ses pratiques et de les maintenir dans le temps. Cette fonction de justification est intéressante d'un point de vue pédagogique dans la formation des praticiens en devenir. Comprendre que nous élaborons tous des modes de justification de nos propres pratiques, y compris des justifications collectives, constitue un pré-requis essentiel à tout questionnement en matière d'éthique et de renouvellement ou d'amélioration des pratiques de soin.

1.3. Structure des représentations sociales

1.3.1. Des approches conceptuelles plurielles

Le concept de représentation sociale est abordé selon 3 approches conceptuelles⁹⁸ :

- L'approche anthropologique ou socio-anthropologique et historique⁹⁹
- L'approche des principes générateurs, dite l'école genevoise¹⁰⁰
- L'approche structurale, dite l'école aixoise ou théorie du noyau central^{101 102}

Ces différentes approches ne s'opposent pas fondamentalement. Elles donnent cependant lieu, à travers leurs perspectives plurielles, à des débats critiques essentiels et moteurs dans la recherche en sciences humaines¹⁰³.

Notre étude s'inscrit dans le cadre théorique et conceptuel de l'approche structurale. Elle se révèle insuffisante telle que nous la présentons pour analyser l'ensemble d'une représentation sociale du prendre soin en Orthopédie Dento-Faciale. D'autres regards complémentaires seraient nécessaires pour la mettre pleinement en relief. Néanmoins, elle constitue une porte d'entrée pertinente et jamais sondée, d'après le corpus bibliographique, dans le champ de notre discipline. En ce sens, elle revêt un caractère exploratoire mais, nous semble-t-il, essentiel afin d'interroger nos pratiques de soin.

⁹⁸ Bonardi C, Roussiau N. (1999). *Les représentations sociales*. Paris : Dunod.

⁹⁹ Jodelet D., *op.cit.*, p.51

¹⁰⁰ Doise, W., Clemence, A., Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

¹⁰¹ Abric, J.C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : ERES, Hors collection.

¹⁰² Vergès, P. (1994). Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales. Dans C.Guimelli (Dir.), *Structures et transformations des représentations sociales*, (p.233-235). Lausanne : Delachaux et Niestlé.

¹⁰³ Rateau, P., *op.cit.*, p.50

D'après l'école Aixoise, toute représentation comporte une structure, répartie entre un système central, le noyau central et le système périphérique.

1.3.2. *L'approche structurale*

Une représentation sociale est une structure organisée. Dans la perspective structurale, elle est constituée par un ensemble d'éléments qui établissent des relations entre eux. Chacun de ces éléments « désigne une entité cognitive, usuellement repérée par un mot ou une expression verbale. Il résume une idée, une pensée, une opinion »¹⁰⁴. Certains de ces éléments jouent au sein de la représentation un rôle prépondérant. Ils déterminent en partie, et par les liens qu'ils tissent avec les autres, la signification de la représentation.

Dans la théorie proposée par Abric^{105 106}, à laquelle nous nous référons dans ce travail, la représentation s'organise autour d'un noyau dit central, constitué par un petit nombre d'éléments, et d'un système dit périphérique, plus mouvant. La métaphore de l'atome et des électrons qui gravitent autour de ce dernier permet de mieux saisir l'organisation d'une représentation sociale.

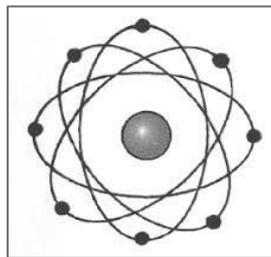


Figure 1

Métaphore de la structure d'une représentation sociale : le noyau central (l'atome) et le système périphérique (les électrons).

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Abric, J-C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset : Delval.

¹⁰⁶ Abric, J-C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. (Thèse de Doctorat). Université de Provence.

1.3.2.1. Le noyau central

a. Définition

Les éléments contenus dans ce système central de la représentation sont « collectivement partagés par les individus au sein d'un même groupe et sont fortement consensuels. »¹⁰⁷ Le noyau central est essentiellement normatif, lié aux normes et aux valeurs du groupe. Il constitue le socle et l'élément fondamental de la représentation.

Dans la structure de la représentation, le noyau central assure la pérennité de cette dernière. Il est composé des éléments les plus stables et les plus résistants au changement.

Son repérage est essentiel, bien qu'insuffisant, pour comprendre une représentation sociale.

b. Propriétés

Le noyau central d'une représentation sociale se réfère à 4 propriétés, à la fois qualitatives et quantitatives¹⁰⁸.

Parmi les aspects qualitatifs, les **cognitions centrales** renvoient à 2 notions :

- la **valeur symbolique**

Ces éléments mis en évidence dans le noyau central sont des croyances non négociables sans lesquelles l'objet de représentation perd toute sa signification.

- le **pouvoir associatif**

Ce sont des mots matrices qui synthétisent à eux seuls une classe de concepts. Ils condensent à eux seuls l'ensemble des significations de la représentation.

Dans l'approche structurale, c'est la pertinence qualitative d'un élément qui lui donne son caractère central et non sa fréquence dans le discours des participants.

¹⁰⁷ Jodelet D., *op.cit.*, p.50

¹⁰⁸ Moliner P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (199-232). Lausanne : Delachaux et Niestlé.

Parmi les aspects quantitatifs, ces éléments centraux sont caractérisés par :

- leur **saillance**
Ces termes tiennent une place essentielle dans le discours des participants.
- leur forte **connexité dans la structure** de la représentation
Ces mots entrent en relation avec un grand nombre d'autres éléments de la représentation.

1.3.2.2. Le système périphérique

a. Définition

Autour du système central, au caractère normatif fort, s'organise le système périphérique, plus fonctionnel, qui permet à la représentation de s'adapter et de s'intégrer à la réalité du moment.

« Les éléments périphériques permettent aux sujets d'un même groupe de s'approprier une partie de la représentation tout en permettant une modulation interindividuelle. »¹⁰⁹ Ils représentent la partie opérationnelle de la représentation sociale et sont assimilés à des **prescripteurs de comportements**.

b. Propriétés

Le système périphérique constitue la face visible de la représentation. Lors d'entretiens, il est le plus facilement accessible dans le discours des participants, contrairement au noyau central. Il permet à la représentation de se concrétiser dans la réalité du sujet. En ce sens, il fait figure d'interface entre le système central et la réalité. C'est la **fonction de concrétisation**.

Il constitue également une même interface qui permet à la représentation issue du noyau central de s'adapter aux contraintes et aux changements de situations concrètes. Il s'agit d'une sorte de « pare-chocs » pour la représentation. C'est la **fonction d'adaptation**.

Enfin, il permet une certaine modulation individuelle de la représentation liée à l'expérience propre de l'individu, son histoire personnelle, son vécu. A côté du système central commun, consensuel, figure les représentations sociales individualisées par un sujet ou un groupe identitaire. C'est la **fonction d'individuation**.

¹⁰⁹ Delouée, S., *op.cit.*, p.50

L'approche structurale des représentations offre un cadre d'analyse pertinent pour éclairer les valeurs, les normes, les équilibres qui sous-tendent les relations entre les individus au sein de la relation à l'autre, et donc les pratiques. Elle permet de renouveler à travers la mise en perspective des consensus ou des conflits autour de ces normes et de ces valeurs le questionnement sur les enjeux éthiques propre à notre discipline.

1.4. Environnement, transformation et émergences de pratiques nouvelles ¹¹⁰

1.4.1. *Rôle de l'environnement comme facteur de régulation et de transformation des représentations sociales*

Une représentation sociale est à la fois **stable** dans le temps et **stabilisatrice** par rapport aux pratiques de soin par exemple. Stable, elle est structurée par des principes normatifs et fonctionnels forts. Stabilisatrice, elle guide nos pratiques médicales à travers la manière dont nous jugeons et comprenons notre rapport à l'environnement. Ce dernier concernant le milieu de la santé, et dans le terrain qui nous concerne le milieu régulé du service d'orthopédie dento-faciale de Rennes.

Néanmoins, toute modification environnementale est susceptible de faire évoluer la représentation **sous certaines conditions**. Aujourd'hui, dans le domaine de la santé, le contexte de démocratie dit sanitaire, l'avènement de modèles soignant-soigné de type partenarial ou égalitaire, l'accès médiatique à l'information scientifique, le recours à l'Internet-santé, la médicalisation et désocialisation de la santé, les rapports nouveaux entre savoir profane et pouvoir médical constituent autant d'enjeux susceptibles de transformer la représentation sociale de la relation de soin, du prendre soin et de la posture des acteurs de santé, y compris en Orthopédie Dento-Faciale. Ces évolutions au sein de notre environnement peuvent provoquer l'émergence de pratiques nouvelles.

Apport dans la construction de la recherche

C'est par exemple, dans le champ de la santé, l'épanouissement d'une pratique sociale telle que l'éducation thérapeutique du patient, qui représente une forme de label contemporain d'un modèle de type partenariat-partenariat. Pour autant, l'émergence de cette pratique sociale peut ne pas suffire à transformer une représentation sociale telle que la relation de soin ou le statut des acteurs. Une telle transformation s'opère à certaines conditions sans lesquelles il s'agit d'une nouvelle pratique sociale parmi d'autres mais qui ne constitue pas un réel changement de paradigme de la relation soignant-soigné. Les enjeux éthiques diffèrent dès lors que la stabilité de la représentation sociale et donc

¹¹⁰ Rateau, P., *op.cit.*, p.50

collective de la relation de soin n'est pas bouleversée. Cette question est pour nous essentielle : **l'émergence de pratiques nouvelles mettant en jeu des relations soignant-soigné de type partenariat-partenariat ou égalitaire suffisent-elles à transformer la représentation des dynamiques interpersonnelles patient-praticien en Orthopédie Dento-Faciale ?**

1.4.2. *Pratiques contradictoires ou non contradictoires et réversibilité ressentie*

La modification d'une représentation sociale obéit à certaines conditions. Il existe plusieurs types de transformations en fonction du caractère contradictoire ou non contradictoire d'une pratique nouvelle avec la représentation initiale, et la perception de la réversibilité ou de l'irréversibilité de cette pratique au sein du groupe. Ainsi, certaines pratiques nouvelles, jugées non contradictoires et réversibles par le groupe, suite à un événement impliquant mais transitoire au sein de l'environnement, ne remettent pas en cause le système central de la représentation. Une pratique nouvelle contradictoire par rapport aux pratiques du groupe, mais ressentie comme réversible, est susceptible d'affecter la représentation de manière très superficielle. Les informations nouvelles et discordantes sont intégrées dans la représentation mais uniquement au sein du système périphérique. L'imposition d'une pratique nouvelle non contradictoire et perçue comme irréversible va transformer la représentation sans rupture ni éclatement du noyau central. Une nouvelle représentation se crée par intégration de ces nouveaux éléments dans le noyau central¹¹¹.

A l'inverse, l'émergence de pratiques nouvelles ressenties comme à la fois contradictoires et irréversibles, opposées à la représentation du groupe, atteint directement le noyau central de la représentation. Les mécanismes peuvent être lents. Il s'agit alors d'une **transformation résistante** avec l'apparition de « canevas dits étranges ». Les individus tentent de se référer à des normes extérieures à la représentation et élaborent des mécanismes de résistances. Ils tentent d'intégrer de nouveaux éléments contradictoires au sein du noyau central, sans le remettre en cause. Celui-ci finit par être atteint dès lors qu'il ne suffit plus à assurer la cohérence de l'ensemble des pratiques. La **transformation** peut être plus violente et **brutale** lorsqu'il n'existe plus de moyens de rationalisation efficaces pour supporter les contradictions entre ces pratiques nouvelles et la représentation.

Cet apport de la théorie des représentations sociales nous semble particulièrement intéressant pour notre recherche. Elle nous offre une clé de compréhension nouvelle pour saisir les profondes mutations qui s'opèrent aujourd'hui dans l'espace relationnel du soin. Bien qu'insuffisante pour en saisir toutes les nuances et la complexité, elle nous permet de renouveler notre manière de percevoir la relation soignant-soigné et la posture de chacun des acteurs du soin dans le champ qui nous concerne,

¹¹¹ Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.

à savoir l'Orthopédie Dento-Faciale. En ce sens, ce travail exploratoire se propose d'envisager les dynamiques interrelationnelles du soin et les enjeux éthiques apparentés et d'en dessiner les contours d'une manière renouvelée.

2. Les représentations sociales en santé

2.1. Le corpus théorique fondateur : santé et maladie

Les travaux princeps menés dans le champ de la santé se sont principalement intéressés à la santé en tant qu'objet et à ses rapports avec la maladie. Parmi les références françaises incontournables, figurent Herzlich¹¹² à travers la représentation sociale de la **santé et de la maladie**, Laplantine¹¹³ à propos de l'anthropologie de la maladie et Pédinielli¹¹⁴ sur les théories personnelles des patients concernant la maladie. La maladie est alors envisagée comme une construction sociale autant qu'une catégorie naturelle¹¹⁵. Il s'agit d'une expérience individuelle qui affecte le sujet dans toutes ses composantes psychologique, sociale et culturelle, et non pas seulement une réalité décrite, expliquée, traitée du point de vue médical¹¹⁶. La maladie peut être envisagée comme « illness » la maladie du point de vue subjectif du malade, « disease » la maladie du point de vue du corps soignant, objectivée à partir d'anomalies biologiques, voire « sickness » la maladie socialisée ayant un retentissement symbolique dans l'ensemble du corps social¹¹⁷. Se distinguent ainsi deux savoirs ou deux pensées autour de l'objet santé / maladie : la pensée dite profane, construite par le patient et celle, experte, du personnel de santé. Les travaux d'Herzlich ont montré que les individus s'appuient sur des visions partagées du monde. Plus que la réalité elle-même, c'est le rapport que chaque individu cultive avec la réalité qui importe, et notamment à travers le prisme de l'expérience individuelle et éprouvée de la maladie¹¹⁸. Les représentations de la maladie et de la santé divergent selon les groupes d'appartenance, et notamment ceux d'appartenance culturelle. La culture occupe une place significative dans la manière dont un individu aborde sa maladie.

¹¹² Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie ? Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.

¹¹³ Laplantine, F. (1989). *Anthropologie de la maladie (1968-1992)*. Paris : Payot.

¹¹⁴ Pédinielli, J-L. (1999). Les « Théories » personnelles des patients. *Pratiques psychologiques*, 4, 53-62.

¹¹⁵ Cathébras, P. (1997). Qu'est ce qu'une maladie ? *La revue de médecine interne*, 18(10), 809-813.

¹¹⁶ Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès des professionnels de Santé et Non Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, 82(2), 73-115.

¹¹⁷ Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin éditeur.

¹¹⁸ Herzlich, C., *op.cit.*, p.62

2.2. Les perspectives plus récentes : modèles systémiques et travaux multi-objets

La culture s'envisage également à travers la notion **d'identités professionnelles**. Des études ont été menées sur la représentation sociale de la fonction d'infirmière¹¹⁹, du médecin généraliste¹²⁰, du psychiatre¹²¹. La représentation sociale du métier a été également abordée mais hors champ sanitaire.

Concernant les rapports d'interdépendance entre les individus, Jodelet souligne que **le rapport à l'autre, à travers la dynamique relationnelle et interpersonnelle, régit les pratiques et les représentations**¹²². Ce rapport à l'autre est d'autant plus signifiant face aux profonds bouleversements entre médecine et société. Il existe dans nos sociétés contemporaines un double mouvement de désocialisation et de médicalisation¹²³. Il semble alors séduisant de se pencher sur les formes nouvelles du prendre soin et des modèles relationnels dans des disciplines qui participent de ce mouvement, comme l'Orthopédie Dento-Faciale. Pierret révèle ainsi qu'il s'agit moins de lutter contre la maladie, que de se maintenir en santé¹²⁴.

La tendance actuelle est l'étude des représentations sociales à partir de la construction de **modèles systémiques** et la **conceptualisation de travaux multiobjets**¹²⁵¹²⁶¹²⁷¹²⁸. Une représentation sociale fonctionne dans l'interdépendance d'autres représentations : elle n'est jamais isolée¹²⁹. Il existe un rapport d'emboîtement, d'articulation et non de juxtaposition entre les différentes représentations sociales¹³⁰. De nombreux chercheurs ont aujourd'hui recours à des systèmes représentationnels et des analyses multi-objets. Jeoffrion propose ainsi de replacer le sujet de soin dans son contexte en intégrant le milieu social, la culture et l'ensemble des acteurs en rapport avec le patient. Le social est

¹¹⁹ Reynier, J. (1998). *La représentation sociale de la fonction d'infirmière : une étude de sa mise en place et de son évolution*. (Thèse de doctorat). Université Montpellier 3.

¹²⁰ De Vaugelade du Breuillac, J. (2011). *Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres*. (Thèse d'exercice). Université de Poitiers.

¹²¹ Duchaussoy Ross, M. (1986). *La représentation sociale du psychiatre*. (Thèse d'exercice). Université de Paris 7.

¹²² Jodelet D., *op.cit.*, p.51

¹²³ Laplantine, F., *op.cit.*, p62

¹²⁴ Pierret, J. (2008). *Entre santé et expérience de la maladie*. *Psychotropes*, 14(2), 47-59.

¹²⁵ Rouquette, M.L. (1998). *La communication sociale*. Paris : Dunod.

¹²⁶ Lebel, E., Lavallée, M., Maaouia, A., Atsena, M-T., Chamberlain, J., Camara, P., Girard, M-E. (2006). Systèmes représentationnels et pratiques liés à la télévision. *Journal International sur les représentations sociales*, 31(1), 24-43.

¹²⁷ Tremblay, P., Garnier, C. (2005). Représentations de la douleur chronique : commentaire à partir des notions des systèmes de représentations et de représentations professionnelles. *Journal International sur les représentations sociales*, 2(1), 97-99.

¹²⁸ Garnier, C. (2003). La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal International sur les représentations sociales*, 1(1), 1-9.

¹²⁹ Flament, C. (1984). From the bias of structural balance to the representation of the group. Dans R. Farr, S. Moscovici (Dir.), *Social representations*. Cambridge : Cambridge University Press.

¹³⁰ Verges, P., *op.cit.*, p.56

envisagé non pas comme déterminant mais comme « système d'interprétation des actions » : « système de relation entre personnes situées dans un même espace de négociation, d'échange et de parcours de soin. »¹³¹ C'est sous un angle similaire que nous avons choisi d'aborder notre travail de recherche.

Dans le travail de Jeoffrion, la **relation de soin** est étudiée en tant qu'objet représentationnel. Elle est envisagée comme rencontre incontournable et préalable à tout traitement. Elle est ensuite mise en perspective avec d'autres objets de recherche comme le médicament et l'observance thérapeutique, afin d'en dessiner les contours. Peu d'études se sont jusqu'ici intéressées à la relation de soin en tant qu'objet de recherche à travers la théorie des représentations sociales. Nous pouvons seulement citer les travaux de Prioux sur la relation thérapeutique en orthophonie¹³², ou encore Garnier à travers le rôle du médecin vu comme prescripteur dans le traitement des maladies¹³³. Ce rôle ne peut s'incarner qu'à travers la qualité de la relation que celui-ci entretient avec son patient. Cette relation est hélas soumise à des contraintes fortes au niveau institutionnel, parfois difficilement négociables comme le temps, la qualité du suivi et l'observance.

Parmi les thématiques explorées, en dehors de la santé et de la maladie en tant que telles, les travaux portent sur les traitements¹³⁴, l'hygiène¹³⁵ ou encore les modèles médicaux traditionnels comme la médecine naturelle¹³⁶. Cette dernière étude présente l'intérêt d'articuler représentations et pratiques de soin, et de situer la médecine dite naturelle dans l'espace de la médecine dite orthodoxe. D'autres se penchent sur la représentation du sujet de soin chez une population d'étudiants en médecine¹³⁷, dont l'objectif est à la fois symbolique, lorsque la maladie affecte les traits les plus caractéristiques de l'identité féminine, et surtout pédagogique pour les professionnels en devenir. Il s'agit alors de mieux appréhender la souffrance de patientes atteintes d'un cancer. Jodelet¹³⁸, Garnier Quesnel et

¹³¹ Jeoffrion, C., *op.cit.*, p.62

¹³² Prioux, D. (2009). *La relation thérapeutique en orthophonie : évolution d'une représentation sociale entre la première et la quatrième année du C.C.O.* Université Claude Bernard, Lyon 1.

¹³³ Garnier, C., *op.cit.*, p.63

¹³⁴ Repessé, A. (2011). *Représentation sociale de la corticothérapie de courte durée dans la population générale.* (Thèse d'exercice). Université Joseph Fourier, Grenoble.

¹³⁵ Zerillo, S. (1998). *Analyse structurale d'une représentation sociale : L'hygiène.* (Thèse de doctorat). Université Montpellier 3.

¹³⁶ Fraïssé, C. (1999). *La représentation sociale de la médecine naturelle : étude des liens entre structure de représentation et pratiques sociales.* Université d'Aix Marseille II.

¹³⁷ Medina, AM (2007). Représentaciones del cancer en estudiantos de medicina : implicaciones para la practica y la ensenanza. *Revista de salud publica*, 9(3), 369-379. Cité par Galand, C., Salès-Wuillemin, E. (2008) *Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé*, (p.33-40). Bruxelles : De Boeck supérieur, Sociétés.

¹³⁸ Jodelet, D. (1976). *La Représentation sociale du corps.* Paris : Cordes.

Rouquette¹³⁹ s'intéressent à la représentation sociale du corps dans la relation thérapeutique et sa place dans la dynamique relationnelle soignant-soigné.

¹³⁹ Garnier, C., Quesnel, M., Rouquette, M.L. Les canevas de raisonnement dans la dynamique de la relation médecin-patient à propos du corps. *Papers on social representation*, 6(2), 133-140

Chapitre 2 – Approche méthodologique : la carte conceptuelle dans l’approche structurale des représentations sociales

1. Présentation, objectifs, problématisation et hypothèses

1.1. Nature et objectifs de l’étude

Cette étude s’intéresse aux représentations sociales du « prendre soin », dans le cadre singulier du service d’Orthopédie Dento-faciale du CHU de Rennes. Il s’agit d’une esquisse exploratoire et comparative entre deux groupes : le personnel soignant (PS) et les soignés (S). A travers la notion de prendre soin, c’est véritablement l’idée d’entrer en relation avec le partenaire thérapeutique, soignant ou soigné, qui est interrogée. Le prendre soin est alors une voie permettant d’explorer la relation à l’autre, dans le contexte singulier du soin, « rencontre d’une similitude et d’une différence »¹⁴⁰. Le prendre soin nous invite également à approcher la notion de care, « l’attention à l’autre, le prendre soin de la personne qui s’est remise entre les mains du soignant, qui leur fait confiance au point de s’en remettre à leurs soins », au delà du cure, l’acte technique.¹⁴¹ Le chercheur s’intéresse alors à questionner les conditions d’interactions entre les partenaires du soin qui favorisent une relation de qualité, éprouvée, intégrée par chacun des acteurs. Elle ouvre la voie de l’adhésion aux soins à travers une véritable alliance thérapeutique.

Cette première étape s’inscrit dans un espace et un temps donné : le département d’ODF de juillet à septembre 2014. Le cadre spatio-temporel de la recherche est ainsi clairement défini. Le service possède une dynamique propre, des règles et des pratiques spécifiques. En ce sens, les acteurs du soin évoluent au sein d’un milieu dit régulé¹⁴².

L’objectif premier est de sonder l’environnement cognitif, émotionnel et perceptif du sujet au sein duquel se dessine la relation soignant-soigné. Cette cartographie constitue le socle à partir duquel

¹⁴⁰ Moutel, G. (2009). *Médecins et patients, l’exercice de la démocratie sanitaire*. Paris: L’Harmattan, L’éthique en mouvement.

¹⁴¹ Lehmann, J.P. (2005). Ce que « prendre soin » peut signifier. *Le coq Héron*, 180, 50-54.

¹⁴² Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.

s'élaborent et se construisent d'autres objets de représentations associés au prendre soin. Ces derniers seront abordés dans le second temps exploratoire.

Le choix de ce thème inducteur, au champ représentationnel étendu, fait suite à la quasi absence de corpus autour des conditions d'interactions des acteurs au sein de la relation de soin. Elle entrave toute tentative de s'appuyer sur des données qualitatives existantes. Le travail est alors purement exploratoire.

L'étude d'une notion telle que le « prendre soin », émergeant des soignés et soignants telle qu'ils l'éprouvent et la vivent au sein du service d'ODF, permet de mettre en évidence la conception, les croyances que chacun se fait de l'Autre. Elle souligne la vivacité des liens d'interdépendances des acteurs du soin entre eux et avec le milieu au sein duquel ils évoluent, à savoir le centre de soin dentaire du CHU de Rennes. S'intéresser à la construction d'une représentation telle que le « prendre soin », c'est tenter d'interroger les conditions de la rencontre soignant-soignés au sein de ce sanctuaire¹⁴³ qu'est la relation médecin-praticien. Il s'agit alors de questionner le rapport à la norme et les pratiques associées ou normatives, ce qui est attendu de chacun des partenaires ou qui est pensé être attendu d'eux. Cela nous autorise à interpellier le modèle relationnel qui accorde à chacun sa place et les conditions de résonances qui lui sont nécessaires pour véritablement habiter le soin.

L'objectif secondaire est d'ordre méthodologique. Un outil de recueil de données, la carte conceptuelle, est utilisé afin de sonder le cadre de pensée des participants et faire émerger les éléments structurant de la représentation. La proposition est innovante. Le choix de cet outil, emprunté aux sciences de l'éducation, s'inscrit dans la perspective transversale et multidisciplinaire développée par le laboratoire d'éthique médicale. Nous l'avons conjugué pour les besoins de l'étude aux techniques associatives libres utilisées en psychologie sociale pour l'étude des représentations. L'approche structurelle des représentations sociales, initiée par l'Ecole dite Aixoise¹⁴⁴, constitue le cadre théorique et contextuel de ce temps exploratoire.

¹⁴³ Hervé, C. (2000). *Éthique, politique et santé*. Paris : Presses Universitaires de France, Médecine et Société.

¹⁴⁴ Abric, J.C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : ERES, Hors collection.

1.2. Problématisation

Une représentation sociale est pour Jodelet « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. »¹⁴⁵

Rouquette offre une définition semblable. Il s'agit d'une « façon de voir localement et momentanément partagée au sein d'une culture qui permet de s'assurer l'appropriation d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos. »¹⁴⁶ En d'autres termes, les représentations sociales sont ces « évidences », ces **connaissances du sens commun**. Elles sont **sociales** car, d'une part, **partagées** par des groupes sociaux, et d'autre part **socialement élaborées** par ces mêmes ensembles.¹⁴⁷ Cette forme de connaissance se tisse à partir du milieu au sein duquel le sujet évolue, au niveau individuel comme collectif.

Cette reconnaissance du milieu, à la fois sociétal, historique, physique ou symbolique, est essentielle à l'appréhension des phénomènes sociaux. L'objet « prendre soin » est donc indissociable du contexte global parmi lequel se déploient les acteurs du soin, à savoir le cadre spécifique du service d'ODF, lui-même inscrit dans une histoire spatio-socio-culturelle et un temps donné. Cette écologie du développement humain, développée par Bronfenbrenner, accorde une attention particulière aux interactions entre les individus et leur environnement, tel qu'ils le perçoivent¹⁴⁸. De ces relations **d'interdépendance** entre les principaux acteurs du soin, soumis à des influences diverses (le contexte sociétal, l'organisation du service, les valeurs véhiculées par les intervenants du soin...), naissent les représentations sociales. De ces dernières, découlent des comportements, des attitudes et postures, des positionnements et identités.

Dans le champ sanitaire, l'évolution sociétale et législative des statuts des acteurs du soin opère un réel et subtil changement de perspective soignante¹⁴⁹¹⁵⁰. Les droits des patients sont affirmés et leur autonomie désormais recherchée¹⁵¹. Leurs connaissances s'enrichissent de nouveaux savoirs, relayés par les canaux d'informations et de vulgarisation contemporains (presse généraliste, télévision, web...). Leur exigence à vouloir comprendre les enjeux de leur traitement tend à s'élever. Une certaine forme d'expertise leur est reconnue. Cette étude s'inscrit ici dans un contexte sociétal

¹⁴⁵ Jodelet D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.

¹⁴⁶ Rouquette, M-L. (1998). *La communication sociale*. Paris : Dunod.

¹⁴⁷ Delouée, S. (2010). *Psychologie sociale*. Paris : Dunod.

¹⁴⁸ Bronfenbrenner, U., & Bronfenbrenner, U., *op.cit.*, p.66

¹⁴⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2009, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁵⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁵¹ Mano, M.C., Bégué-Simon, A.M., Hamel, O., Sorel, O., Hervé, C. (2010). Education thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent : réflexions éthiques en odontologie. *L'Orthodontie française*, 81(4), 315-21.

singulier où la vulgarisation des savoirs concourt à rapprocher le savoir profane de l'expertise médicale. Le patient, désormais acteur central du soin, est invité à s'engager dans une relation de soin de type partenariat-partenariat au sein d'une véritable alliance thérapeutique avec le soignant. Ce type de relation ne va pas de soi. Elle implique l'adhésion consciente à cette alliance. Cette dernière émerge à partir d'une conscientisation réflexive et une communication interpersonnelle élaborée.

Dans un contexte culturel et sociétal qui tend à harmoniser les savoirs de chacun, quels sont les aspects de la représentation du « prendre soin » partagés par les acteurs du soin ? Soignants et soignés ont-ils élaboré une représentation commune de l'objet social « prendre soin » ? Au contraire, en quoi certains éléments de la représentation sont-ils spécifiques de chacun des partenaires du colloque singulier médecin-patient ?

Etudier les représentations sociales du « prendre soin » dans le domaine de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière, en comparant les discours de soignants et soignés, permet d'affiner le positionnement de chacun des acteurs dans la relation thérapeutique, dans le conflit comme dans l'accord. De ces représentations naissent ensuite les attitudes, comportements, postures qui déterminent en partie les équilibres au sein de la relation à l'autre.

Par delà les éléments partagés au sein d'une culture commune, soignants et soignés ne partagent pas les mêmes ancrages représentationnels¹⁵². Au sein même de chaque population, les représentations peuvent diverger selon l'ancrage professionnel, social et culturel, mais également l'âge ou encore le sexe. Le personnel soignant s'inscrit dans une culture de santé particulière au milieu hospitalier dans lequel il évolue. D'après Piasser, les représentations professionnelles sont spécifiques à un groupe déterminé. Elles fondent les identités professionnelles et sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles¹⁵³.

« Chaque représentation se situe toujours dans un certain système relationnel » souligne De Rosa.¹⁵⁴ C'est au sein de la pratique¹⁵⁵, ici dans le cadre du service hospitalier d'orthodontie, et à travers les liens d'interdépendances relationnelles dans un espace et un temps défini, que se jouent en partie les représentations des acteurs. De là naît la rencontre ou l'absence de rencontre entre les protagonistes. Cerner d'un peu plus près les représentations de chacun permet de discuter « la façon dont elles risquent d'affecter de manière spécifique le lien que les individus entretiennent avec les objets de

¹⁵² Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès des professionnels de Santé et Non Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, 82(2), 73-115.

¹⁵³ Piasser, A. (2000). La différence statutaire en actes : le cas des représentations professionnelles d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaires. *Les dossiers de l'éducation*, 4, 57-70.

¹⁵⁴ De Rosa, A. (2003). Le « réseau d'associations ». Une technique pour détecter la structure, les contenus, les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie du champ sémantique liés aux représentations sociales. Dans J.C.Abric (dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 81-117). Toulouse : ERES, hors collection.

¹⁵⁵ Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière. Dans J.C. Abric (dir.), *Pratiques et représentations sociales* (p. 83-107). Paris : Presses Universitaires de France.

représentation »¹⁵⁶. Ce qui nous intéresse ici n'est donc pas tant l'objet de représentation « prendre soin », mais la manière dont il nous permet d'interroger les liens d'interdépendances relationnelles entre les individus et les conditions d'une véritable alliance thérapeutique. Ce lien de chacun des protagonistes du soin à la relation à l'autre, à travers la notion de « prendre soin » est appelé « distance à l'objet »¹⁵⁷.

1.3. Hypothèses

1.3.1. *Hypothèse principale*

Le groupe d'appartenance influe sur le contenu et l'organisation de la représentation sociale du prendre soin. Le lien que chaque groupe cultive avec la notion de prendre soin, c'est à dire la distance à l'objet, impacte le contenu et la structure de la représentation.

1.3.2. *Hypothèses secondaires*

H1 : Les éléments partagés constitutifs de la représentation

Chaque groupe évolue au sein d'un même écosystème dans un temps et un lieu donné (appartenance à un même contexte sociétal et culturel dans le champ de la santé, un même service d'orthodontie). Les éléments constitutifs de la représentation du prendre soin sont **partagés** par la population des soignants et des soignés.

H2 : Les éléments spécifiques aux sous groupes constitutifs de la représentation

Chaque groupe présente un ancrage représentationnel différentiel. Les éléments constitutifs de la représentation du prendre soin sont **spécifiques** à la population des soignants et des soignés.

¹⁵⁶ Jeoffrion, C., *op.cit.*, p.69

¹⁵⁷ Abric, J.C., *op.cit.*, p.67

2. Cadre théorique et conceptuel

2.1. Un même concept, différentes approches : complémentarité des regards

Le concept de représentation sociale peut être abordé selon 3 approches¹⁵⁸ :

- L'approche anthropologique ou socio-anthropologique et historique¹⁵⁹
- L'approche des principes générateurs, dite l'école genevoise¹⁶⁰
- L'approche structurale, dite l'école aixoise ou théorie du noyau central¹⁶¹¹⁶²

C'est au sein de cette dernière approche que s'inscrit le cadre théorique et conceptuel de cette étude.

L'école Aixoise propose d'analyser la représentation centrale sous une dimension structurale : toute représentation comporte une structure, répartie entre un système central, le « noyau central », et un système périphérique.

2.2. L'approche structurale

Dans l'approche structurale, toute représentation sociale est en effet étudiée en tant qu'ensemble structurel cognitif. Ces éléments cognitifs, centraux et périphériques, constituent la représentation.

2.2.1. *Le noyau central*

« Le noyau central est l'élément fondamental de la représentation, car c'est lui qui en détermine à la fois la signification et l'organisation » précise Jeoffrion¹⁶³. Les éléments contenus dans ce système central de la représentation sont « collectivement partagés par les individus au sein d'un même groupe et sont fortement consensuels. » Ils constituent le socle de la représentation. L'idée est ici d'en repérer ces éléments cognitifs centraux.

¹⁵⁸ Bonardi C, Roussiau N. 1999. Les représentations sociales. Paris : Dunod.

¹⁵⁹ Jodelet, D. *op.cit.*, p.67

¹⁶⁰ Doise, W., Clemence, A., Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

¹⁶¹ Abric, J.C., *op.cit.*, p.67

¹⁶² Vergès, P. (1994). Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales. Dans C.Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales* (p. 233-235). Lausanne : Delachaux et Niestlé.

¹⁶³ Jeoffrion, C., *op.cit.*, p.69

Le noyau central d'une représentation sociale se réfère à 4 propriétés, à la fois qualitatives et quantitatives¹⁶⁴.

Parmi les aspects qualitatifs, les **cognitions centrales** renvoient à 2 notions :

- la **valeur symbolique**

Ces éléments mis en évidence dans le noyau central sont des croyances non négociables sans lesquelles l'objet de représentation perd toute sa signification.

- le **pouvoir associatif**

Ce sont des mots matrices qui synthétisent à eux seuls une classe de concepts. Ils condensent à eux seuls l'ensemble des significations de la représentation.

Parmi les aspects quantitatifs, ces éléments centraux sont caractérisés par :

- la **saillance**

Définie pour les termes qui tiennent une place essentielle dans le discours des participants.

- la forte **connexité dans la structure** de la représentation

Définie pour les mots entrant en relation avec un grand nombre d'autres éléments de la représentation

2.2.2. Le système périphérique

« Les éléments périphériques permettent aux sujets d'un même groupe de s'approprier une partie de la représentation tout en permettant une modulation interindividuelle. » Ils représentent la partie opérationnelle de la représentation sociale et sont assimilés à des **prescripteurs de comportements**.

3. Population

3.1. Recrutement

La population d'étude se compose de personnels soignants et de soignés. Le recrutement s'effectue sur une base volontaire au sein du service d'Orthopédie Dento-Faciale du centre de soin dentaire du CHU de Rennes, parmi les consultations ambulatoires hospitalières publiques et privées des praticiens.

¹⁶⁴ Moliner P. 1994. Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In C. Guimelli (Ed.), structures et transformations des représentations sociales (199-232). Lausanne : delachaux et Niestlé.

Lors d'un rendez-vous programmé en orthodontie, les consultants sont informés par leur soignant référent de la tenue d'une étude au sein du service (thématique abordée, durée approximative, anonymat...). Chaque praticien, peut ainsi répondre de manière ajustée aux interrogations des potentiels participants. Le praticien propose au consultant de participer à l'étude s'il le souhaite puis l'oriente vers le chercheur.

Les différents temps du recrutement patient s'articulent de la manière suivante :

1. Consultation ou rendez-vous du consultant au sein de service d'Orthopédie Dento-Faciale du Centre de soin dentaire du CHU de Rennes
2. Evocation et présentation succincte de l'étude par le soignant référent au consultant et au tiers accompagnant
3. Proposition de participation à l'étude
4. Orientation vers le chercheur
5. Présentation concise des modalités de l'étude par le chercheur (contexte, objectifs, finalité...)
6. Remise du consentement au consultant ou au tiers accompagnant
7. Entrée dans le protocole de recherche

Les soignants sont invités à participer à l'étude en amont ou en aval de leurs temps de consultation. Ils se présentent spontanément au chercheur dans l'espace consacré à l'étude.

Le caractère qualitatif et exploratoire de cette première phase de la recherche ne nécessite pas de rencontrer un nombre élevé d'individus. Les effectifs sont restreints à 15 participants par sous-groupes, soit une trentaine au total. La représentativité au sens statistique du terme n'est pas ici recherchée. Néanmoins, compte tenu de l'hétérogénéité des publics soignants et soignés, détaillés ci-après, il convient de tendre vers une juste représentation de ces populations, « une image stylisée par l'accentuation de traits pertinents »¹⁶⁵.

3.2. Consentement

L'interviewé est informé :

- de l'objectif et l'intérêt de la recherche dans un souci de compréhension et d'amélioration des pratiques de soin, de sa méthodologie et de sa durée,

¹⁶⁵ De Singly, F. (2012). *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes* (3^e édition). Paris : Armand Colin, collection 128.

- de son droit de refuser de participer à la recherche ou de retirer son consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité.

Les informations communiquées doivent figurer dans un document écrit, remis à la personne dont le consentement est sollicité. Pour les patients mineurs, ces éléments sont décrits au référent parental ou tuteur.

Il est à noter que dans le cadre de recherches sur volontaires sains, il peut être possible de ne fournir qu'une information préalable succincte.

3.3. Constitution des groupes

La population se répartit en deux groupes : soignés (S) et personnels soignants (PS).

Le groupe personnel soignant est à appréhender dans son sens large. L'équipe soignante dans son ensemble est interrogée, y compris les secrétaires dentaires. Cette approche permet d'interroger les liens d'interdépendance des acteurs du soin, au delà de la personne unique du soignant. Le patient n'est pas seul avec son soignant : l'un et l'autre appartiennent à un **écosystème** et sont en interrelation avec d'autres acteurs du soin, qui influencent et conditionnent la pratique. Par exemple, l'interne se réfère à l'enseignant, à d'autres internes, aux secrétaires.

Le groupe personnel soignant (PS) se compose de la manière suivante :

- internes en Diplôme d'Etudes Spécialisées en Orthopédie Dento-Faciale
- personnels enseignants (AHU-PH, MCU-PH, PU-PH) et par extension attachés hospitaliers, et membres du Diplôme Universitaire d'orthodontie linguale rattachés à la clinique
- secrétaires

Le groupe patient (S) est constitué de pré-adolescents, adolescents et adultes. Nombre de patients interrogés relèvent de prises en charge orthodontiques classiques. D'autres présentent des situations de soins plus spécifiques comme les thérapeutiques orthodontico-chirurgicales, les soins sur parodonte affaibli, les fentes labio-maxillo-palatine ou encore les oligodonties.

Le recrutement des groupes patients et soignants se fait en fonction du planning de consultation au sein de l'unité après concertation avec les praticiens référents.

3.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

3.4.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour la population de patient sont les suivants : un niveau suffisant de compréhension et d'expression de la langue française, une capacité de donner un consentement éclairé pour les sujets majeurs (exclusion des patients présentant un trouble cognitif ou un état affectif altérant leurs capacités à consentir de manière libre et informée), être en cours de traitement d'orthodontie actif depuis au moins 3 mois pour les patients. La technique utilisée, ou le type d'appareillage multi-attaches (vestibulaire, lingual ou mixte), n'a pas été retenue comme critère d'inclusion.

Il n'existe pas de critères d'inclusion spécifiques aux statuts des personnels soignants.

3.4.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion retenus sont : les patients présentant un trouble cognitif ou un état affectif altérant leurs capacités à consentir de manière libre et informée, un âge inférieur à 11 ans. A cela s'ajoutent les critères classiques tels que la dépendance aux drogues ou alcoolique, les états dépressifs traités cliniquement, les démences, les pathologies psychiatriques sévères.

4. La carte associative conceptuelle : création d'un outil de recueil de données

4.1. De l'association libre à la carte conceptuelle : différentes approches

4.1.1. L'association libre et hiérarchisée

4.1.1.1. Description

La plupart des travaux sur les représentations sociales s'appuient sur des investigations non directives. Ces approches dites ouvertes ou **non structurées** permettent de cerner des univers sémantiques et repérer ainsi à la fois le **contenu de la représentation sociale et sa structure**. L'association libre à partir d'un **mot inducteur** donne accès à un corpus souvent très riche. Du côté des personnes interrogées, le coût cognitif perçu reste faible et sans contrainte.

Une des techniques les plus utilisées reste sans conteste **l'association de mots** à travers un **questionnaire dit d'évocation**. Cette association, **libre et hiérarchisée**, repose sur deux phases. Le

sujet, à partir d'un mot inducteur, évoque tous les mots et expressions qui lui viennent spontanément à l'esprit. Dans un second temps, il classe par ordre hiérarchique ses évocations selon l'importance qu'il accorde à chaque terme.

L'association libre de mots permet « **l'actualisation d'éléments implicites ou latents** qui seraient noyés ou masqués dans les productions discursives. »¹⁶⁶

Ainsi, en utilisant un questionnaire d'évocation comme support d'étude de la représentation sociale du « prendre soin », ce dernier revêtirait alors la forme présentée ci-dessous.

<i>Que vous évoque le prendre soin en orthopédie dento-faciale ?</i>	
1.....	
2.....	
3.....	
4.....	
5.....	
6.....	
Etc.....	

Figure 3

Exemple de questionnaire d'évocation à partir de la notion de prendre soin¹⁶⁷.

4.1.1.2. Intérêts

L'**intérêt** des méthodes associatives est de favoriser **l'émergence d'éléments implicites ou latents** de la représentation qui peuvent être masqués lors d'entretien non structuré ou semi-structuré. Elle facilite **l'interprétation de l'objet de recherche** par chaque participant en partant et en construisant la représentation à partir de son cadre de pensée, sa logique propre sans effet d'imposition de la subjectivité du chercheur. Là réside son originalité par rapport aux approches classiques d'entretien. Une des difficultés de la recherche qualitative est en effet de dépasser le statut de « juge et partie » du chercheur.¹⁶⁸. Cette approche permet ainsi d'accéder au noyau figuratif de la représentation¹⁶⁹.

¹⁶⁶Abric, J.C., *op.cit.*, p.67

¹⁶⁷Scano, S., Junique, C., Vergès, P. (2002). *Ensemble de programme permettant l'analyse des évocations, EVOC 2000*, Manuel d'utilisateur. Aix en Provence. Document remis par P.Vergès.

¹⁶⁸Kaufmann, J.C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.

¹⁶⁹ Pouliot, E., Camiré, L., Saint-Jacques, M.C. (2013). *L'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité de technique*. Université de Laval, Collection Devenir chercheur.

Disponible sur :

http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/devenir_chercheure_nov_2013_version_web.pdf

4.1.1.3. Limites

Ces techniques se heurtent cependant à certaines limites : la difficulté d'interprétation des termes recueillis eu égard au **manque de contexte sémantique** d'une part, l'impossibilité de connaître **la nature des liens** entre les termes choisis par le participant. Le choix du mot inducteur reste également un exercice délicat dont dépend la pertinence des données.

4.1.2. Le réseau d'associations

4.1.2.1. Description

Le réseau d'associations appartient à ces méthodes associatives. Cette **méthode de recueil de données** est classiquement utilisée pour détecter **la structure et le contenu du champ sémantique** associé à une certaine représentation sociale ou à une constellation de représentations d'objets liés entre eux¹⁷⁰¹⁷¹¹⁷²¹⁷³. Elle s'inscrit dans une démarche multi-approches, c'est à dire une approche qui utilise plusieurs niveaux d'investigation afin de mieux révéler la complexité et la multi-dimensionnalité d'une représentation sociale¹⁷⁴.

Elle comporte plusieurs étapes. La première consiste pour le participant à construire, à partir d'un mot inducteur, un « réseau d'associations » en écrivant les mots (noms, adjectifs...) qu'évoquent pour lui ce terme. Le mot inducteur est inscrit au centre de la feuille. Le sujet note à côté leur **ordre d'apparition**. Dans un second temps, il peut ajouter de nouvelles **connexions** entre les mots en utilisant des flèches. Ensuite, il est invité à affecter à chaque terme produit une connotation positive (+), négative (-) ou neutre (0). Enfin, il établit une classification des termes qu'il juge les plus **importants** par ordre croissant.

Les informations apportées par le réseau d'informations sont les suivantes¹⁷⁵:

- Contenus et structure du champ sémantique
- Ordre d'apparition des mots

¹⁷⁰ De Rosa, A.S., *op.cit.*, p.69

¹⁷¹ Moscovici, S. (2000). *Social représentations : explorations in social psychology*. Cambridge : Polity Press, Oxford, Blackwell.

¹⁷² Seca, J.M. (2001). *Les représentations sociales*. Paris : Armand Colin.

¹⁷³ Roussiau, N., Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales : état des lieux et perspectives*. Sprimont : Margada.

¹⁷⁴ De Rosa, AS. 1987. Différents niveaux d'analyse du concept de représentation sociale en relation aux méthodes utilisées, dans G.Bellelli (Ed.), *La représentation sociale de la maladie mentale*, Napoli, Liguori, p.47-63.

¹⁷⁵ De Rosa, A.S., *op.cit.*, p.69

- Ordre d'importance des mots pour le participant
- Ramification et connexions pour rendre la signification d'un mot moins ambiguë

4.1.2.2. Intérêts

Le choix du réseau d'associations permet de pallier nombre de limites aux techniques associatives classiques décrites ci-dessus. Elle inscrit le mot inducteur au sein d'un **univers sémantique cartographié** par la nature même du réseau. Ensuite, elle met en évidence les liens entre les termes du participant par l'intermédiaire des connexions¹⁷⁶.

4.1.3. *Du réseau d'associations à la carte conceptuelle*

4.1.3.1. Description

La carte conceptuelle est une méthode reconnue d'exploration des connaissances, utilisée en éducation thérapeutique dans le cadre de recherches principalement qualitatives¹⁷⁷. Elle favorise l'expression des représentations des interviewés. Elle permet d'accéder à plus de spontanéité, de profondeur et d'expressivité dans le discours du sujet. Elle facilite l'organisation des connaissances, l'émergence des concepts et une visualisation des liens entre ces concepts de façon plus percutante qu'un entretien seul.

L'originalité de notre étude réside dans son utilisation dans un nouveau cadre conceptuel : l'étude des représentations sociales. La difficulté est alors de repenser et d'adapter la méthodologie propre à la carte conceptuelle afin de l'inscrire dans ce nouveau contexte de recherches qualitatives.

Le choix de la carte conceptuelle s'avère ici pertinent dans la mesure où il s'agit d'une méthode associative libre et hiérarchisée, qui s'apparente étonnamment au réseau d'associations.

Dans le cadre de cette recherche, c'est une porte d'entrée pour l'entretien semi-directif associé. Elle constitue un point de départ, un premier ancrage pour les explorations à suivre. En favorisant l'expressivité du sujet et l'émergence de ses propres représentations, il se crée un climat de confiance essentiel à la conduite des entretiens semi-directifs. En ce sens, la carte conceptuelle libère la parole du sujet en même temps qu'elle structure et articule la conduite des entretiens. Elle permet un va et vient

¹⁷⁶ Pouliot, E., Camiré, L., Saint-Jacques, M.C., *op.cit.*, p.76

¹⁷⁷ Marchand, C., d'Ivernois, J.F., Assal, J.P., Slama, G., Hivon, R. (2002). An analysis, using concept mapping, of diabetic patients' knowledge, before and after patient education. *Med Teach*, 24, 90-99.

permanent entre la carte, qui devient point de référence, et l'entretien. Elle évite ainsi de se perdre dans les méandres des discours, tant pour l'interviewer que pour l'interviewé.

La carte mentale est donc un cadre conceptuel qui part du sujet et de lui seul : de ses représentations, émotions, croyances, ressentis. Elle permet d'explorer cinq dimensions de la connaissance, à savoir : **la dimension cognitive** (savoirs, compétences, conceptions), la dimension **affective ou émotionnelle**, **la dimension perceptive** (ressentis et perceptions corporelles), mais également les **dimensions infracognitives** (raisonnements intimes, réflexes de pensée habituels) et **métacognitives** (auto-perception, compréhension et regard porté sur la situation)¹⁷⁸.

4.1.3.2. Intérêts

La carte conceptuelle présente plusieurs avantages, également retrouvés dans le réseau d'associations auquel elle s'apparente. Là où d'autres techniques d'explorations qualitatives (entretiens, questionnaires...) risquent d'induire le sentiment chez le participant que son savoir et sa compétence sont évalués ou jugés (dimension informative et cognitive), la carte conceptuelle s'inscrit et se construit à partir de son univers propre.

Simple de compréhension, ludique et attractif, la carte conceptuelle a la double originalité d'être ici à la fois un outil pédagogique et d'investigation. Quels que soient le milieu socio-culturel des participants, le pays d'origine ou encore l'âge, les consignes sont clairement et immédiatement intégrées par les participants, comme l'attestent nombre de projets de recherche cross-nationaux menés à partir de réseau d'associations¹⁷⁹. Cette facilité d'administration s'accompagne d'une libération de la parole et d'un climat de complicité avec l'interviewer, sans pour autant que cela constitue un biais dans l'exploration de la représentation. Or, c'est justement cette proximité de l'interviewer avec l'interviewé qui constitue le plus souvent un des principaux obstacles aux méthodes d'entretien classique¹⁸⁰.

La carte conceptuelle permet de mettre en évidence un espace sémantique autour d'un mot stimulus. Cet espace sémantique est également appelé dictionnaire, qui autour d'un même mot stimulus, peut

¹⁷⁸ Golay, A., Lagger, G., Giordan, A. (2010). *Comment motiver le patient à changer ?* Paris: Maloine, collection éducation du patient.

¹⁷⁹ De Rosa, A.S., *op.cit.*, p.69

¹⁸⁰ Kaufmann, J.C., *op.cit.*, p.76

varier en fonction des populations interrogées¹⁸¹. Les données obtenues peuvent être analysées tant au niveau individuel que collectif.

4.2. La carte conceptuelle : construction de l’outil d’investigation

4.2.1. Consignes et modalités d’administration

4.2.1.1. L’exemple aux participants : organiser un weekend touristique à Paris

Le chercheur propose de construire devant le participant une carte conceptuelle ayant pour consigne : « vous organisez un week-end touristique à Paris. » La consigne est simple et compréhensible par tous. Paris est inscrit et encadré au centre d’une feuille blanche, au format paysage. Le chercheur associe à Paris différents aspects de l’organisation de son weekend touristique à Paris, à travers une arborescence hiérarchisée. La carte mentale peut se suffire à elle-même en lisant uniquement les premières entrées. Les secondes, troisièmes entrées et plus, permettent de détailler chaque niveau de lecture. Le chercheur établit ensuite des connexions, c’est à dire des flèches, reliant certains mots ou certaines entrées transversales entre elles.

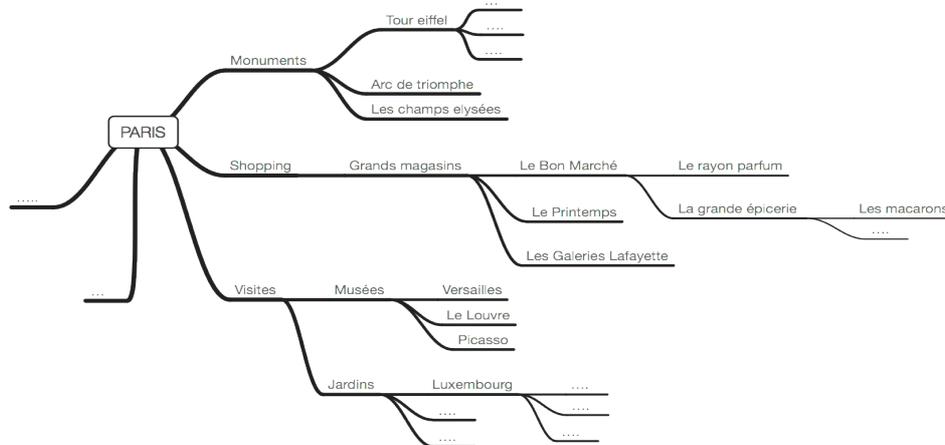


Figure 4

Modèle de carte conceptuelle, « Vous organisez un week-end touristique à Paris »

A partir de cet exemple succinct, le participant est invité à réaliser sa propre carte conceptuelle portant sur l’objet de recherche : le prendre soin.

¹⁸¹ Rateau, P. (2007). Les représentations sociales. Dans J.P, Pétard (dir.), *Psychologie sociale*, (p.1 63-218). Paris : Editions Bréal.

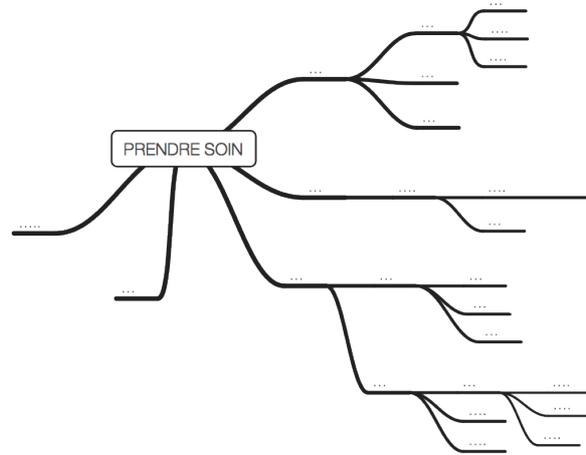


Figure 5

Construction de la carte conceptuelle : «Que vous évoque le prendre soin en orthopédie dento-faciale ?»

4.2.1.2. L'entretien semi-directif associé

A l'issue de ces 10 minutes, le chercheur suggère au participant de lui expliquer le contenu de sa carte, dans le sens chronologique où celui-ci l'a construite. L'entretien est alors structuré à partir de la carte et de l'univers sémantique du participant.

4.2.2. Nature des données renseignées

Ces éléments s'inscrivent pour la plupart dans le cadre conceptuel du réseau d'associations décrit précédemment. Les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie, n'ont pas été retenus dans notre méthodologie.

4.2.2.1. Contenus et structure du champ sémantique

Cette technique permet de révéler le **contenu** du champ de la représentation du « prendre soin ». Elle incite le sujet à créer un univers sémantique libre, rapide et spontané. Ce processus favorise « l'élicitation, non seulement des mots qui sont logiquement soumis aux règles du processus associatif,

mais aussi des **contenus symboliques** activés par le mot stimulus à travers des associations plus médiates »¹⁸².

La **structure du champ de représentation**, c'est à dire l'organisation des significations en dimensions structurales, est également mise en évidence par l'utilisation de techniques multidimensionnelles. Ces dernières seront décrites ci-après.

Enfin, le **contenu et l'organisation structurelle de la représentation** peuvent être comparés entre les différents **sous-groupes**. Cette organisation différentielle permet de mettre à jour d'éventuelles postures et identités différentielles entre les acteurs du soin¹⁸³. Chacun des sous-groupes peut éventuellement participer à la construction d'une dimension de la représentation collective.

4.2.2.2. Ordre d'apparition des mots

Dans les techniques de réseau d'associations, il est demandé au participant de noter à côté de chaque mot un numéro correspondant à l'ordre dans lequel ce dernier lui est venu à l'esprit. Ici, c'est l'entretien qui nous permet d'identifier l'ordre d'apparition des mots. Le sujet est invité à relater au chercheur quel a été le cheminement de sa pensée lors de la réalisation de la carte.

L'ordre d'apparition des mots ne doit pas être confondu avec un critère d'importance pour le sujet. L'ordre d'apparition renseigne sur la **consensualité prototypique** du mot associé à l'objet de la représentation, c'est à dire celui qui est **le plus socialement partagé**. Cette dimension, la plus accessible socialement, est intitulée **accessibilité**.

La **saillance**, l'expression de la force du lien associative, est également mise en évidence par la rapidité d'association, révélée par l'ordre d'apparition des mots.

4.2.2.3. Ordre d'importance des mots

L'ordre d'importance des mots est représenté ici à travers la notion d'**entrée**. Les mots appartenant à l'entrée primaire sont les plus importants pour le sujet. A mesure que nous explorons les différents niveaux, le sujet détaille de plus en plus la représentation. La carte mentale, à la différence des techniques associatives pures, introduit directement l'idée d'organisation des connaissances par ordre d'importance. Dans les méthodes classiques, une des consignes consiste à classer chaque mot par le participant par ordre d'importance. Ceci porte souvent à confusion avec la numérotation par ordre d'apparition décrite précédemment. La dimension hiérarchisée de la carte conceptuelle permet une organisation immédiate des mots associés, engageant un processus cognitif rationnel de la part du sujet.

¹⁸² De Rosa, A.S., *op.cit.*, p.69

¹⁸³ Doise, W, Clémence, A, Lorenzi-Cioldi, F., *op.cit.*, p.71

4.2.2.4. Signification des mots polysémiques

Certains mots apparaissant dans l'**espace sémantique** du sujet sont parfois difficiles à interpréter. Les **connexions** réalisées sur la carte peuvent nous permettre de lever l'ambiguïté de ces mots polysémiques et de les restituer dans un contexte plus signifiant. Mais c'est essentiellement les entretiens semi-directifs et l'interprétation de la carte par le sujet lui-même qui permettent de comprendre le sens de chaque mot dans l'esprit du sujet, y compris sa connotation affective si elle existe. Cette compréhension de la signification du champ sémantique du sujet est essentielle afin d'établir dans un second temps une **analyse des catégories**, que nous décrirons plus loin.

5. Recueil des données

5.1. Le temps exploratoire : tester l'outil d'investigation

La construction de l'outil cartographique s'est affinée au fur et à mesure d'essais réalisés lors d'un premier temps exploratoire. Sept sujets (étudiants, proches, patients) ont accepté de tester l'outil.

5.2. Le temps de la mise en œuvre

5.2.1. *Le cadre*

La carte mentale est réalisée au sein de l'unité d'Orthopédie Dento-Faciale, dans une salle de consultation dévolue pour les besoins de l'étude à la conduite des entretiens. Il semblait essentiel de ne pas dissocier les discours du contexte dans lequel ils émergent, à savoir le lieu du soin.

Cette salle a l'avantage de se situer à l'écart de la salle de soin de manière à préserver et libérer la parole des participants. Les chaises de l'interviewé et de l'interviewer sont positionnées côte à côte, autour du bureau.

Lors de la réalisation de la carte, le sujet est laissé seul dans la pièce, avec la porte légèrement ouverte sur le couloir, afin d'éviter l'angoisse de l'isolement. Lors de l'interprétation de la carte, celle-ci est placée au centre du bureau, entre l'interviewé et l'interviewer, placés côte à côte. La porte est fermée pour la conduite de l'entretien afin de préserver l'intimité et la confidentialité du sujet. L'enregistreur est positionné près du participant.

5.2.2. *La proximité avec l'interviewé*

Le face à face avec le participant permet de mieux restituer, à travers sa gestuelle, ses intonations, le rythme du phrasé, les silences, le sens de son discours.

La question de l'objectivité résultant de la double position d'enquêteur et de chercheur peut être posée. Nous en soulignerons les enjeux au chapitre « limites et biais ».

L'attitude de l'enquêteur est essentielle, mais difficile : rassurer, assurer la fluidité et la dynamique de la conversation, s'adapter au contexte et à l'interlocuteur tout en conservant une certaine distance...

5.2.3. *Enregistrement et retranscription*

Les cartes mentales sont retranscrites à partir du logiciel Mind Map Pro, destiné à la réalisation numérique de cartes conceptuelles.

Les entretiens sont enregistrés en DAT (Digital-Audio-Tape) puis retranscrits dans les 3 jours suivants sur support écrit (PC).

6. Analyse et traitement des données

6.1. Données issues de la carte conceptuelle

6.1.1. *Le programme EVOC 2000*

Mis au point par Scano, Junique et Vergès de l'école dite Aixoise, le programme EVOC 2000 est une technique de traitement des données permettant de mettre en évidence le contenu et l'organisation d'une représentation sociale. Il comprend deux parties : l'analyse prototypique et l'analyse catégorielle¹⁸⁴¹⁸⁵¹⁸⁶¹⁸⁷.

¹⁸⁴ Scano, S., Junique, C., Vergès, P., *op.cit.*, p.76

¹⁸⁵ Vergès, P. (1994). Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales. Dans C.Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales* (p. 233-235). Lausanne : Delachaux et Niestlé.

¹⁸⁶ Patrick, R., *op.cit.*, p.80

¹⁸⁷ Delouée, S. *Psychologie sociale. Manuels visuels de licence* (2^e édition). Paris : Dunod.

6.1.2. L'analyse prototypique

A la fois quantitative et qualitative, cette analyse permet de mettre en évidence le **noyau central d'une représentation et son système périphérique**. Elle s'intéresse au **contenu et à la structure de la représentation** étudiée.

Elle s'organise en 3 temps : nettoyage du fichier, analyse lexicographique, tableau « rang x fréquence ».

6.1.2.1. Le nettoyage du fichier

Cette étape vise à uniformiser le fichier de mots et le nettoyer : suppression des articles, des verbes de type avoir et être, de mots mal définis ou de singuliers / pluriels par exemple. Cela permet d'affiner les statistiques ultérieures. Néanmoins, cette étape, précise Vergès, « ne vise pas à réduire les synonymies ou à constituer des groupes de mots par leur racine ou encore à remplacer les mots par une catégorisation car l'analyse lexicographique des étapes suivantes en serait sérieusement affectée »¹⁸⁸.

6.1.2.2. L'analyse lexicographique

Etude de la **fréquence de chaque mot**, de l'**ordre d'apparition** des mots, de l'**importance des mots** dans la représentation collective.

Création de 2 fichiers :

- Liste des mots évoqués / fréquence d'apparition pour chaque mot / distribution de l'**ordre d'apparition** (tel mot a été évoqué tant de fois en premier, tant de fois en second, ect.)
- Liste des mots évoqués / fréquence d'apparition/ distribution de l'**ordre d'importance**

¹⁸⁸ Vergès, P., *op.cit.*, p.84

6.1.2.3. Le tableau « rang x fréquence »

Ce tableau comporte 4 cases. Chaque case traduit un aspect particulier de la théorie du noyau central et du système périphérique.

	Rang moyen	
Fréquence moyenne	Zone du noyau central Fréquence élevée et rang faible (case 1)	Zone potentielle de changement Fréquence élevée et rang élevé (Case 2)
	Zone potentielle de changement Fréquence faible et rang faible (case3)	Périphérie extrême Fréquence faible et rang élevé (Case 4)

Tableau 1

Les zones résultant de l'analyse prototypique (tableau « rang x fréquence »)

- **Zone du noyau central**

Elle regroupe les termes qui sont les plus cités (fréquence élevée) et parmi les premières entrées de la carte mentale (rang faible). Ces termes sont les plus **saillants** et les plus significatifs de la représentation.

Pour Abric, elle **contient le noyau central** mais comprend aussi des éléments périphériques¹⁸⁹.

- **Zones potentielles de changement (Case 2 et 3)**

Ces zones présentent un caractère ambigu. La zone de fréquence élevée et de rang élevé contient des mots fréquemment cités mais moins bien placés en terme d'entrées dans la carte mentale (Case 2). Elle présente les éléments les plus importants de la périphérie de la représentation.

La zone de fréquence faible et de rang faible comporte des éléments énoncés par très peu de sujets mais qui les considèrent comme très importants (Case 3). Elle est appelée également zone des éléments contrastés. Le noyau central peut être constitué par un ou plusieurs éléments appartenant à cette catégorie.

¹⁸⁹ Abric, J.C., *op.cit.*, p.67

Il s'agit de zones potentielles de changement dans la mesure où elles peuvent agir sur l'organisation de la représentation.

Elle est également appelé **zone des éléments contrastés**.

- **Zone de la périphérie extrême**

Elle comprend des éléments secondaires peu présents et/ ou peu importants de la représentation.

6.1.2.4. Limites de l'analyse prototypique

L'analyse prototypique ne peut à elle seule mettre en relief l'ensemble des éléments centraux et périphériques de la représentation. Certains mots, faiblement cités, recouvrent parfois un même champ sémantique. Ils n'apparaîtront cependant pas dans cette première analyse compte tenu de la procédure de nettoyage des données qui ne cherche pas à constituer des groupes de mots par leurs racines. Ainsi, « respect » et « respecter » ne seront pas analysés simultanément. Le risque est alors de voir échapper des éléments centraux, bien qu'intuitivement ressentis comme essentiels lors des entretiens.

6.1.3. *L'analyse catégorielle*

L'analyse catégorielle permet de renforcer l'analyse des données. Elle regroupe autour des notions prototypiques l'ensemble des mots ayant une proximité au niveau sémantique ou en terme de signification. Cette signification nous est également donnée par la conduite des entretiens qui permet d'affiner l'interprétation et la situation contextuelle du mot au sein de la carte conceptuelle.

Elle conforte la démarche d'analyse du chercheur : les mots repérés dans la l'analyse prototypique sont-ils révélateurs des discours des sujets ?

Au sein de chaque catégorie, sera calculé le pourcentage d'évocations correspondant, soit le « poids de la catégorie ».

6.1.4. *L'analyse complex*

L'analyse complex permet de rechercher avec précision les éléments partagés de l'objet de représentation sociale par l'ensemble des deux populations.

6.2. Données issues des entretiens semi-directifs associés : l'analyse par entretiens ou lecture du corpus

Suite à une première écoute et à la retranscription des discours sur un support écrit (PC), une première lecture est réalisée. Cette analyse exploratoire permet d'affiner et d'interpréter le sens du registre sémantique de chaque participant. Elle vient ainsi comme support à l'analyse des cartes mentales en limitant les biais dus à un risque d'interprétation subjective des données. Elle replace chaque mot dans le contexte qui lui fait sens pour chaque participant. Cette étape est fondamentale afin d'explorer et analyser avec pertinence les cartes mentales. C'est en grande partie grâce à la lecture de chaque entretien que nous pouvons retracer la pensée du participant, établir des liens de connectivité entre les différents éléments sémantiques et exploiter les données. Cette lecture participe à la construction du compte rendu des résultats décrits au prochain chapitre.

Chapitre 3 – Résultats

1. Répartition des effectifs

L'échantillon est constitué de 33 participants, répartis en deux sous-populations. La population des personnels soignants (PS) comporte 17 sujets aux différents statuts hospitaliers. La population de soignés (S) est de 16 participants, du jeune adolescent de 13 ans au patient adulte de 56 ans. Les consultants répondent à des situations cliniques très variées. Ces différents éléments sont présentés en annexe 1.

2. Cartographie des champs sémantiques

Afin d'illustrer le caractère **cartographique** de la recherche, nous avons cherché à regrouper l'ensemble des données des participants au sein de deux cartes conceptuelles propres à chacune des deux populations, personnel soignant et patient. Ces univers sémantiques cartographiés correspondent pour chacun des groupes aux entrées primaires des cartes réalisées par les participants. Le critère retenu a été l'ordre d'importance des mots représenté par la notion d'entrée. Il souligne le caractère hiérarchisé de la carte conceptuelle. L'ordre d'apparition des mots ne figure donc pas dans ces synthèses cartographiées. Ces cartes sont nommées Carte conceptuelle « Entrée I ». Elles sont présentées dans les figures 6 et 7.

Deux autres cartes ont été réalisées, regroupant cette fois l'ensemble des éléments cognitifs cités dans les cartes des participants. Elles correspondent donc à l'ensemble des niveaux d'entrée ou rangs d'apparition. Il ne s'agit pas de les analyser mais de témoigner des nuances du champ sémantique des deux populations, de la richesse des déclinaisons de certaines thématiques et surtout de donner une vue d'ensemble du travail. Elles permettent d'illustrer l'aspect cartographique de ce temps exploratoire. Elles sont nommées Carte conceptuelle « Entrée II ». Elles sont présentées dans les figures 8 et 9.

Ces cartes présentent un intérêt didactique et exploratoire. Elles autorisent une visualisation rapide de l'ensemble du champ sémantique. Néanmoins, elles ne permettent pas en tant que telles d'analyser le contenu et l'organisation de la représentation sociale du prendre soin. C'est pourquoi elles n'ont pas été retenues dans l'optique d'une analyse plus approfondie des résultats. Nous avons cependant choisi de les insérer car elles présentent pour nous un attrait pédagogique, notamment dans la formation des futurs praticiens. Elles constituent un socle imagé de l'environnement cognitif, perceptif et émotionnel de chacun des acteurs, qui peut être le point de départ d'une réflexion éthique. Ces cartes témoignent

de la richesse des perceptions de chacun des acteurs, de leurs spécificités et des éventuels conflits de valeurs. Elles invitent à affiner notre perception d'autrui et à une forme de décentrage au sein d'un « espace de réflexion éthique » dans la construction des savoirs étudiants.

Si elles ne peuvent se substituer à une analyse structurale telle qu'initiée par Vergès, les thématiques répertoriées et déclinées au sein de ces différentes cartes à partir des entrées primaires peuvent aisément être comparées à l'analyse catégorielle présentée ci-après. Les thématiques répertoriées dans les deux approches se font échos. Les cartes conceptuelles globales ont ainsi permis d'aborder avec plus de facilité l'approche catégorielle en préparant le travail exploratoire.

Figure 6

Carte conceptuelle « Entrée I » du groupe Soigné (S)

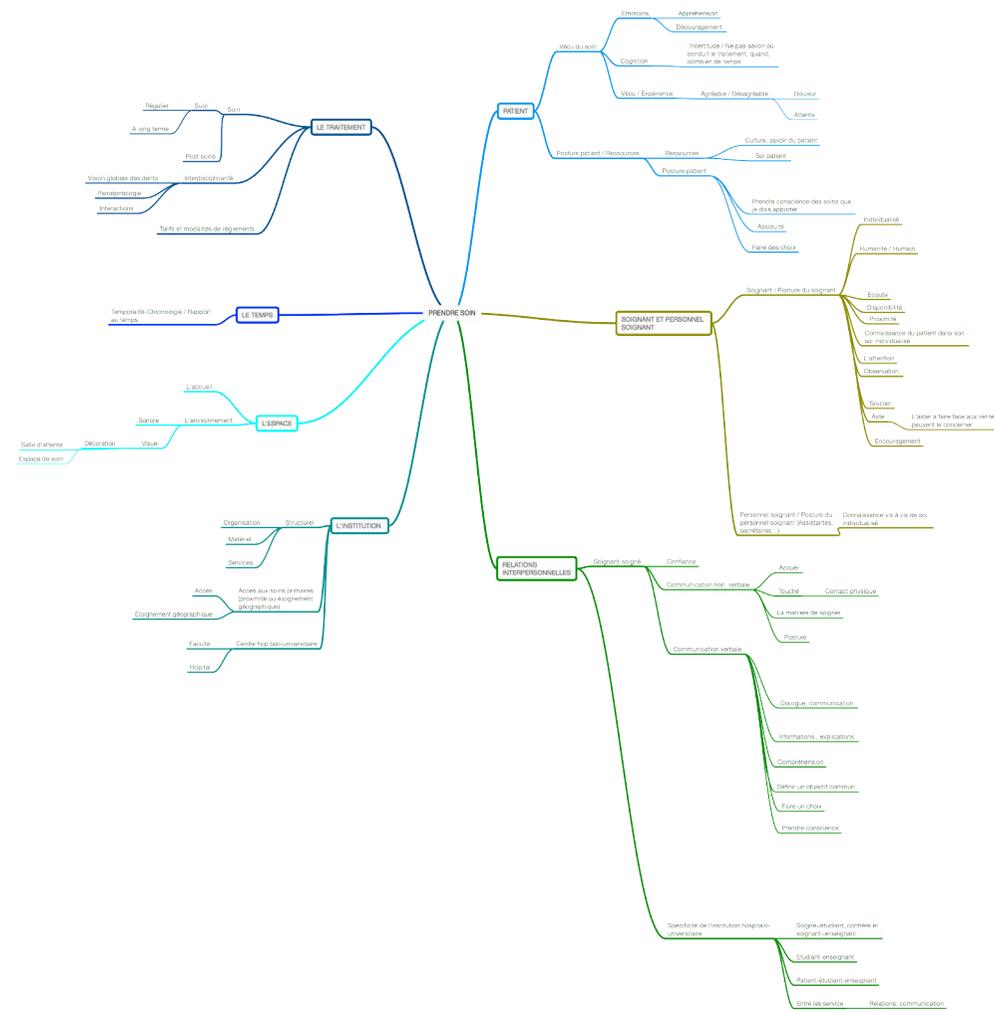


Figure 8

Carte conceptuelle « Entrée I » du groupe Personnel soignant (PS)

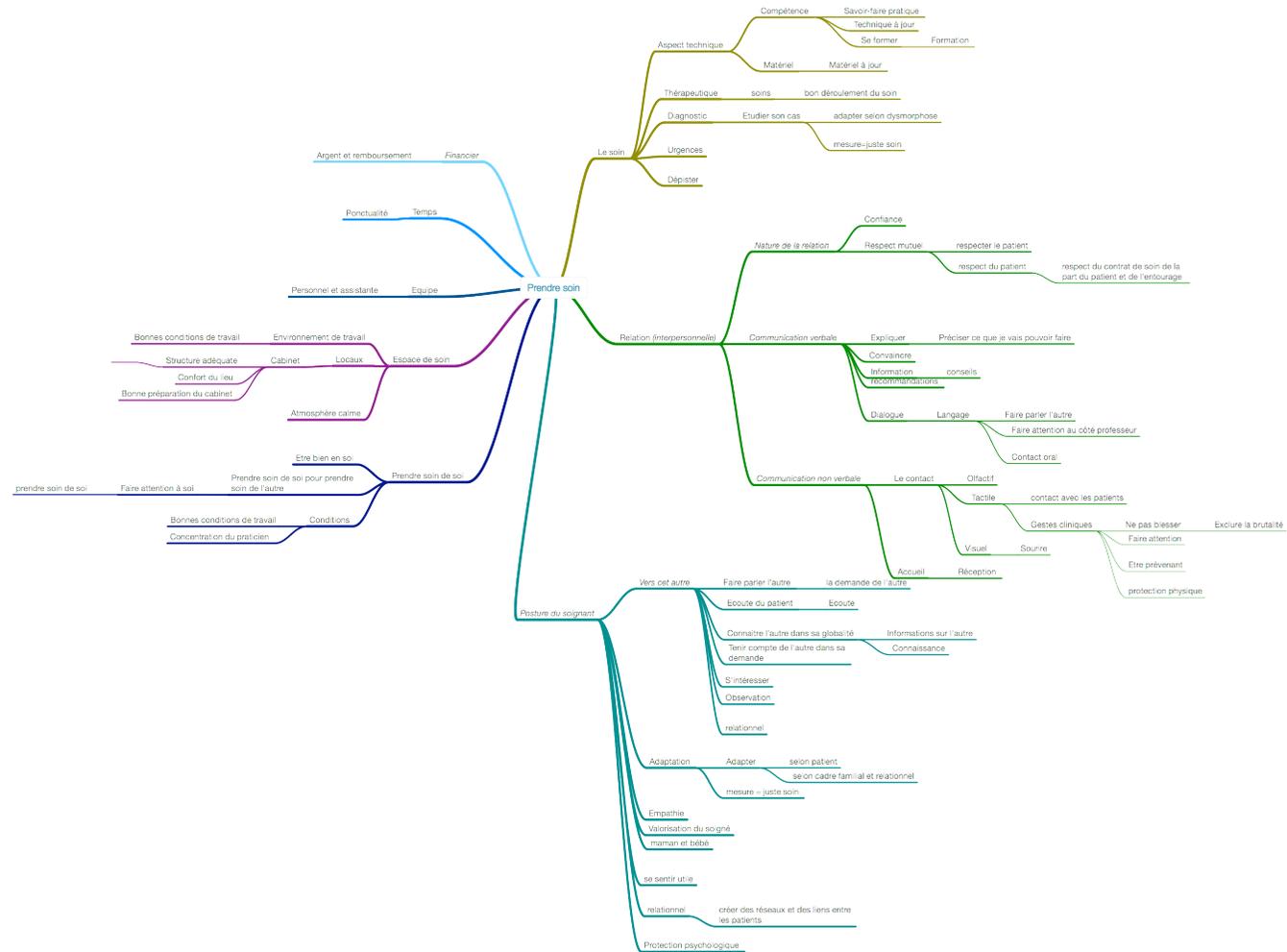
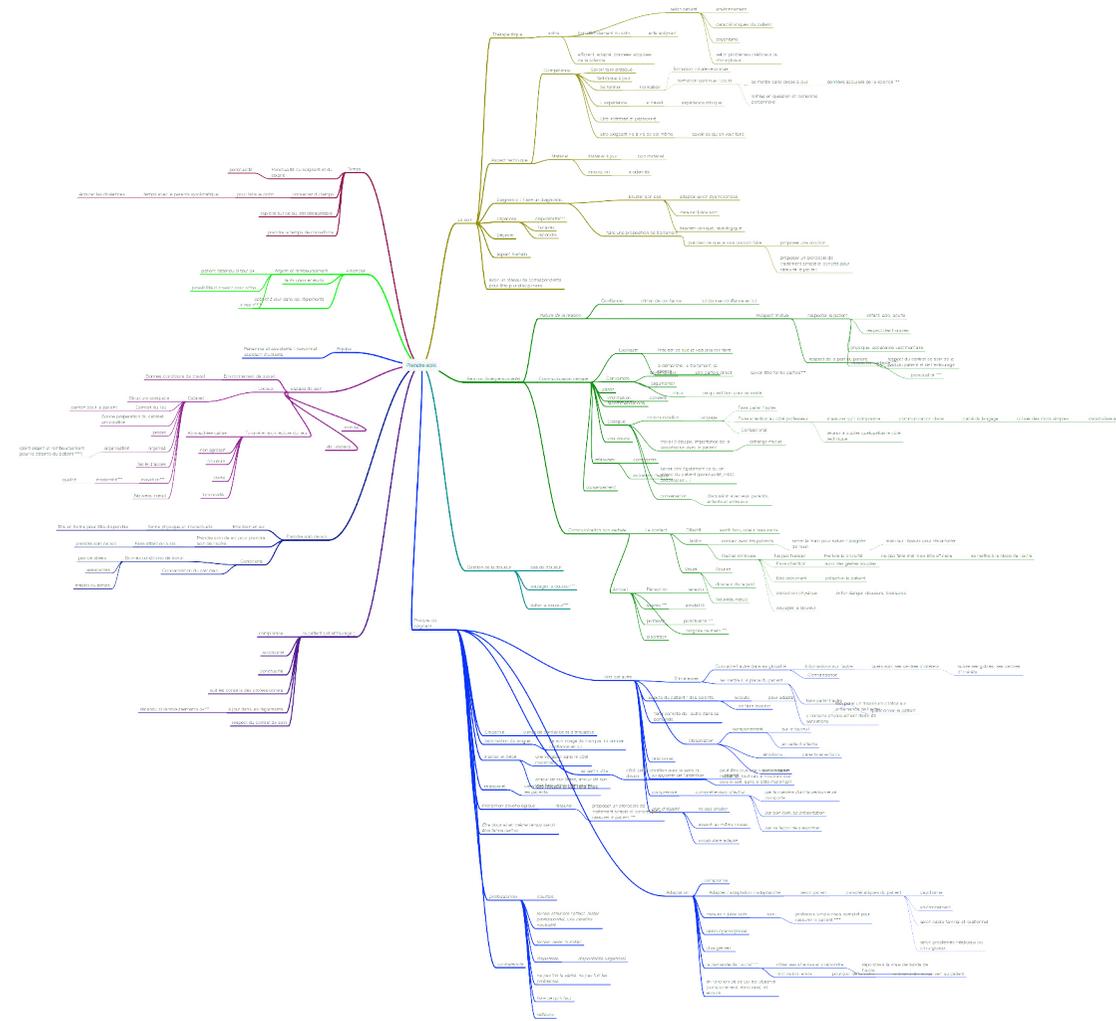
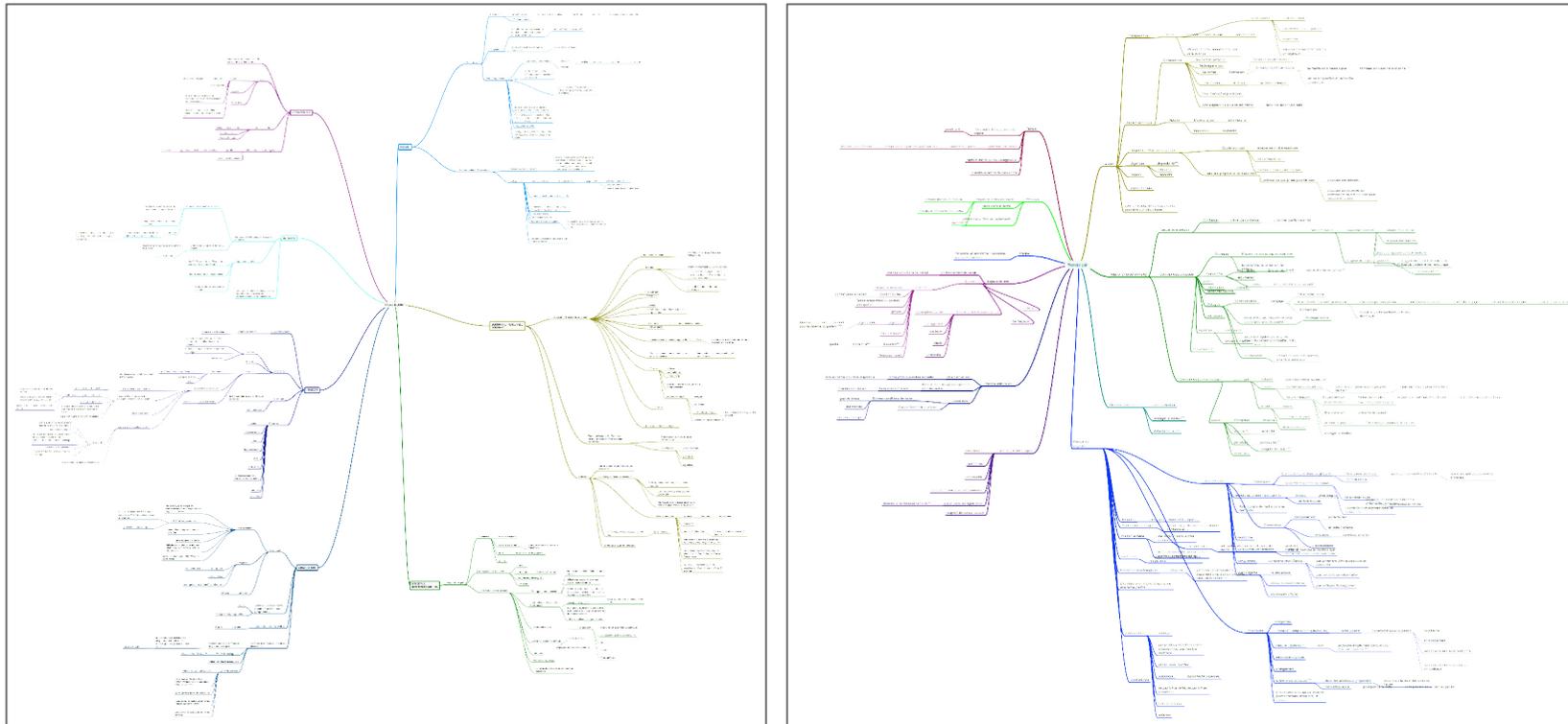


Figure 9

Carte conceptuelle « Entrée II » du groupe Personnel soignant (PS)





Figures 10 et 11

Comparaison des cartes conceptuelles « Entrée II » des deux groupes, soigné (à gauche) et personnel soignant (à droite)

La structure plus dense et fournie de la carte des personnels soignants témoigne d'un champ lexical plus composite et dispersé, une maîtrise plus affinée ou plus spécifique du vocabulaire se rapportant à l'objet prendre soin. Les personnels soignants explorent certains contours de la représentation non relayés par les patients, en partie les caractéristiques de la culture professionnelle propre à la spécialité de l'Orthopédie Dento-Faciale et plus généralement au monde soignant. Ces aspects seront détaillés dans l'analyse catégorielle présentée ci-après.

La structure des cartes des soignants se révèle plus compacte et condensée autour de thématiques spécifiques. Le champ sémantique est plus resserré autour des éléments les plus significatifs de la représentation.

3. Distribution des mots : évocations et registre sémantique

L'utilisation des cartes mentales s'est avérée pertinente : le pourcentage de répondants est de 97,4 %. Seul un jeune patient, âgé de 12 ans, n'a pas souhaité réaliser la carte conceptuelle.

Le nombre de mots cités est plus important dans le groupe des professionnels de santé que dans celui des patients ($N_{PS}=527$, $m=25,1$; $N_S=359$, $m=21,11$). Les cartes mentales des soignants se sont avérées plus denses, plus ramifiées et détaillées pour la plupart. Concernant le nombre de mots différents, qui révèle le registre sémantique de chaque population à partir de l'objet de représentation prendre soin, il apparaît également plus étayé chez les professionnels de santé ($(N_{PS}=361$, $m=17,2$; $N_S=361$, $m=17,2)$). Le vocabulaire utilisé semble plus abondant chez cette population. Il fait appel à d'autres aspects de la représentation, non mentionnés par les patients.

Mot inducteur	Nombre de mots cités -Evocations-			Nombre de mots différents -Registre-		
	S + PS	S	PS	S+PS	S	PS
« Prendre soin »	886	359	527	515	223	361
<i>Moyenne</i>	23,31	21,11	25,1	13,55	13,12	17,2

Tableau 2

Distribution et moyenne des évocations et des registres sémantiques chez les S et PS à partir de l'objet prendre soin

4. Distribution des mots en fonction du rang

Il s'agit de la distribution des évocations, c'est à dire des mots répartis sur la carte associative, en fonction de la place ou du niveau d'apparition dans l'arborescence de cette dernière. Cette distribution nous renseigne sur l'aspect structural de la carte mentale et donc de la représentation.

4.1. Population totale

Pour la population totale, les mots se répartissent de la manière suivante :

Rang d'apparition	1	2	3	4
Nombre de mots ou évocations	251	413	191	31

Tableau 3

Distribution des mots en fonction du rang dans la population totale

Ainsi, 251 mots ont été cités en entrée primaire de la carte, 413 en entrée secondaire, etc. Les cartes ne présentent pas ici plus de 4 niveaux d'entrée.

La majorité des mots est évoquée au niveau de l'entrée secondaire avec une moyenne générale des rangs de 2.

4.2. Population Soignés

Rang d'apparition	1	2	3	4
Nombre de mots ou évocations	91	182	73	13

Tableau 4

Distribution des mots en fonction du rang dans la population de soignés

Moyenne générale des rangs : 2,02

4.3. Population Personnel soignant

Rang d'apparition	1	2	3	4
Nombre de mots ou évocations	160	231	118	18

Tableau 5

Distribution des mots en fonction du rang dans la population de personnels soignants

Moyenne générale des rangs : 1,99

La structure des cartes mentales s'avère similaire chez les patients et les soignants. Elle contient 4 niveaux d'entrée, avec une richesse d'évocation plus importante pour l'entrée secondaire.

5. L'analyse prototypique

5.1. Population totale

5.1.1. *Choix des paramètres du tableau « Rang x fréquence » : rang moyen, fréquence minimale et fréquence intermédiaire*

La **distribution des fréquences**, qui suit la loi logarithmique de ZIPFF¹⁹⁰, permet d'identifier 3 zones de fréquences et donc de définir les seuils de fréquences (minimale et intermédiaire) qui seront utilisés dans le tableau « rang x fréquence », propre à l'analyse prototypique.

On distingue ainsi pour la population totale ces 3 zones de fréquence :

Zone 1 : zone où les mots sont très nombreux pour des fréquences d'évocations allant de 1 à 4. Elle contient 74,9 % des évocations totales.

Zone 2 : zone où les mots sont peu nombreux pour des fréquences d'évocations allant de 5 à 8. Elle contient 16,3 % des évocations totales.

Zone 3 : zone où les mots sont très peu nombreux pour des fréquences d'évocations allant de 10 à 18. Elle contient 9,8% des évocations totales.

A partir de ces zones, il est possible de définir des seuils de fréquence :

Fréquence minimale : fréquence à partir de laquelle le mot est considéré comme fréquent. Pour la population totale, la distribution des fréquences nous incite à choisir un seuil de fréquence compris entre la zone 2 et 3, soit 9.

Fréquence intermédiaire : fréquence à partir de laquelle le mot est considéré comme très fréquent. Le seuil choisi ici doit se situer entre la zone 1 et 2 soit 5.

Le **rang moyen** correspond à la moyenne générale des rangs, soit 2,00.

¹⁹⁰ Scano, S., Junique, C., Vergès, P. (2002). *Ensemble de programme permettant l'analyse des évocations, EVOG 2000*. Manuel d'utilisateur. Aix en Provence. Document remis par P.Vergès.

		Rang moyen d'apparition						
		< ou = à 2,00		> 2,00				
Fréquence	> ou = à 9	Accueil	10	1,200	Patient	16	2,125	
		Confiance	11	1,818				
		Expliquer	12	1,917				
		Soin	11	1,545				
		Temps	10	1,600				
		Ecoute	18	1,722				
		> ou = à 5 < à 8	Attente	7	1,714	Ambiance	5	2,400
			Attention	6	1,667	Douleur	7	2,143
			Compétence	6	1,333	Explication	5	2,600
			Dialogue	8	1,875	Formation	5	2,000
			Environnement	5	1,800	Respect	8	2,375
			L'Autre	5	1,200	Respecter	5	2,400
			Matériel	8	1,750	Traitement	6	2,167
			Personnel	7	1,714	Etudiant	8	2,125
			Rassurer	8	1,750			
			Soignant	8	1,750			
		Sourire	5	1,800				
		Suivi	7	1,714				
		Equipe	6	1,667				

Tableau 6

Analyse prototypique ou tableau « rang x fréquence » chez la population totale

Fréquence minimale = 5 = seuil à partir duquel le mot est considéré comme fréquent

Fréquence intermédiaire = 9 = seuil à partir duquel le mot est considéré comme très fréquent

Rang moyen = 2,00

5.1.2. Zone du noyau central

Le mot **Ecoute** est très fortement associé au « prendre soin » dans la population totale (cité 18 fois). Il se situe aux premiers rangs des évocations. L'Ecoute appartient au *noyau central* de la représentation du prendre soin au sein de l'échantillon. La notion d'écoute présente en effet l'ensemble des caractéristiques propres aux cognitions centrales d'une représentation sociale. L'écoute au sein de la relation soignant-soigné révèle une *valeur symbolique* forte : en son absence, l'objet prendre soin perd de sa signification. Il semble s'agir d'un *mot matrice* qui regroupe à lui seul une classe de concepts liés à la représentation. Le mot Ecoute contient en ce sens, nous le détaillerons par la suite au terme des résultats décrits ci-après, l'ensemble des significations de la représentation de part son *pouvoir associatif* marqué. En effet, l'écoute implique, inclut et suggère un ensemble d'autres termes cités

dans le tableau « rang x fréquence », selon le sens qu'on lui confère). Il y a donc interdépendance entre les principaux éléments de la représentation : l'écoute, le temps, la confiance, l'attention, le dialogue... A ces éléments qualitatifs, s'ajoutent d'autres aspects quantitatifs. Le mot écoute possède la plus forte *saillance* et occupe de fait une place centrale dans la structure cognitive des participants. La notion de *connexité* est importante dans ce terme d'Ecoute. Il est en lien de part sa fréquence et son rang, avec de nombreux éléments de la représentation.

D'autres termes sont manifestement fortement attachés à la représentation du prendre soin. Il s'agit des termes **Confiance, Temps, Accueil, Expliquer, Soin**. Ils appartiennent à la zone du noyau central mais il est à ce stade difficile de savoir s'il s'agit d'éléments cognitifs centraux en tant que tels ou s'ils se rattachent à un mot matrice tel que le terme Ecoute.

La **confiance** réciproque en chacun des acteurs du soin est ainsi un élément fondateur de la relation thérapeutique. Prendre soin c'est donc être en confiance, en sécurité intérieure, où la notion d'Ecoute a sans conteste une place essentielle dans la structuration de la représentation. C'est bien une attitude qui est décrite ici, une posture de l'Ecoute qui implique l'acteur tout entier. Il ne s'agit pas ici du seul fait d'Ecouter, qui n'a pas été choisi par les participants de l'étude.

La notion de **temps** est elle aussi fortement associée à l'ensemble des éléments du noyau central. Elle présente une valeur symbolique puissante. L'Ecoute, le soin, expliquer, l'accueil, la confiance s'établissent dans une certaine temporalité. La posture de l'Ecoute est difficilement dissociable du Temps. Il en va de même pour l'ensemble des autres termes de la zone centrale. Prendre le temps sécurise et rassure. Il met en confiance.

Le terme **Expliquer** se réfère aux qualités pédagogiques de l'équipe soignante. Elles-mêmes sont fortement associées au Temps, à l'Ecoute et à l'établissement d'une relation de confiance. Notons ici que si Expliquer et Explication possèdent une racine syntaxique commune, le terme Explication figure dans la zone périphérique de la représentation. Expliquer engage le soignant tout entier, surtout lorsqu'il présente une connexité importante avec les autres éléments du noyau central comme c'est le cas ici. Il ne s'agit donc pas seulement de donner des explications.

L'accueil occupe une place décisive au sein de la représentation de l'objet prendre soin. L'accueil de l'Autre apparaît donc comme un élément structurant du prendre soin dans les conditions de l'étude. Là encore, il partage des liens étroits avec les autres notions centrales de la représentation. L'accueil dans l'espace de soin et l'accueil de l'Autre au sein de la relation de soin sont ainsi cardinaux dans la notion de prendre soin. Nous verrons par la suite de ce travail en quoi l'accueil peut s'attacher à un concept plus vaste de l'acceuilance.

Enfin, la notion de **Soin** est évoquée de manière consensuelle par les participants. Elle paraît évidente dans la mesure où elle est contenue au sein même de l'énoncé prendre soin. Pour autant, les participants n'ont pas retenu dans cette zone centrale des termes synonymes comme thérapeutique ou traitement. Ce dernier appartient en effet à la zone périphérique de la représentation. La notion de Soins

dans la représentation de notre objet de recherche semble plus ample. Le Soin contenu dans cette zone centrale se rattache à l'Ecoute, à l'Accueil, au Temps, à la Confiance et au fait d'Expliquer.

L'**Ecoute** semble être un mot matrice dans la représentation de l'objet prendre soin. Il contient à lui seul d'autres éléments de la représentation tels que **le Temps, la Confiance, l'Accueil de l'Autre, le Soin**. Il est indissociable de qualités pédagogiques comme le fait d'Expliquer.

Les éléments associés de la zone centrale (Temps, Confiance, Accueil, Soin, Ecoute, Expliquer) présentent des liens de connectivité forte dans la structure de la représentation. Leurs valeurs symboliques et leurs pouvoirs associatifs font d'eux des cognitions centrales de la représentation du prendre soin. L'ensemble de ces éléments suggère qu'il existe une posture du prendre soin. Cette dernière s'inscrit dans une certaine temporalité, implique des qualités pédagogiques comme l'Ecoute ou le fait d'Expliquer. Elle permet d'instaurer un climat de Confiance réciproque au sein de la relation thérapeutique à travers l'Accueil de l'autre. Elle suggère une définition du soin plus vaste que la seule thérapeutique.

5.1.3. Zone des éléments contrastés et zone périphérique

La **zone des éléments contrastés** présente des éléments énoncés par très peu de sujets mais qui les considèrent comme importants. Dans cette zone figurent des attentes fortes comme **rassurer** ou marquer de l'**attention**. C'est également une posture de l'accompagnement qui est suggérée ici. Le patient associe au prendre soin l'idée d'être enveloppé, entouré et protégé. L'importance conférée au **dialogue** au sein de la relation est également à souligner. Il implique une certaine forme de réciprocité dans la parole échangée.

La notion d'**environnement** est également présente dans la représentation du prendre soin. D'après les entretiens, il s'agit d'une sensibilité à l'espace perçu et éprouvé par les participants : visuel, olfactif, sonore. C'est aussi la tonalité du lieu de soin.

Le terme **sourire** renvoie à la notion d'accueil de l'autre développé dans la zone centrale. C'est aussi un élément d'ancrage affectif pour le sujet de soin.

Outre la dimension relationnelle et interpersonnelle du soin, l'objet « prendre soin » se réfère à une dimension technique à travers la notion de **compétence**, mais également de formation. Cette dernière est citée dans la zone périphérique. Dans une médecine de plus en plus subtile et technicienne, l'attention portée au **matériel** revêt une importance singulière. Au sein de la structure hospitalière, le mot matériel est ici associé à rupture, manque. **Personnel** évoque à la fois le personnel soignant tout

comme l'équipe. Il révèle aussi la dimension personnelle et singulière du soin. : ce qui est personnel au sujet.

Les acteurs du soin sont cités en tant que patient et soignant dans les zones potentielles de changement. Notons la notion de **l'Autre**, présente dans la zone des éléments contrastés. Le partenaire n'est plus alors le soignant ou le patient, mais l'autre au sein de l'espace relationnel du soin. Cette référence à l'autre, nous le verrons plus loin, est essentiellement évoquée par les personnels soignants. La posture de **l'attente** chez les patients est également présente. Le patient ne cesse d'attendre au sein de la structure hospitalière. Cette temporalité éprouvée influe sur la représentation du prendre soin et de la prise en charge.

La **zone des éléments périphériques** présente des éléments secondaires peu présents ou peu importants dans la représentation. Pour autant **respect** et **respecter** figurent au sein de cette zone. Analysés comme un seul tenant, ils figureraient dans la zone des éléments contrastés. Il convient alors d'être prudent dans l'analyse de ces deux termes. Néanmoins, leur absence de la zone centrale et leur position éloignée dans l'ordre des évocations sont des éléments à prendre en compte.

L'**ambiance** du lieu et la notion de **formation** sont à relier à des éléments de la zone périphérique comme l'environnement et la compétence. Il s'agit donc d'éléments modulables de la représentation, négociables selon chacun des individus et non consensuellement partagés. Ainsi, dans la représentation du prendre soin, c'est la compétence plus que la **formation** qui est retenue. De la même manière, la gestion de la douleur n'est pas un élément central de la représentation. Comme mentionné précédemment, dans la structure cognitive des participants c'est la notion de soin, plus que de **traitement**, qui est choisie.

5.1. Comparaison des populations Soignés et Personnel soignant

5.1.1. *Choix des paramètres*

Le tableau de distribution des fréquences, toujours selon le procédé décrit précédemment, nous a permis de paramétrer le tableau « rang x fréquence » chez les deux populations de soignés et soignants selon les critères suivants :

Fréquence minimale = 4 = seuil à partir duquel le mot est considéré comme fréquent

Fréquence intermédiaire = 6 = seuil à partir duquel le mot est considéré comme très fréquent

Rang moyen = 2,00

Afin d'explorer l'ensemble de la représentation et compte tenu de la faiblesse de l'échantillon rapportée aux sous-groupes, nous avons fait varier la fréquence minimale entre 3 et 4.

Lorsque la fréquence minimale est égale à 3, le tableau peut se lire dans son ensemble. Lorsqu'elle est fixée à 4, seuls les mots en couleurs sont à considérer.

Rang moyen d'apparition						
Fréquence	< ou = à 2,00			> 2,00		
	Soignés	Personnel soignant	Soignés	Personnel soignant	Soignés	Personnel soignant
> ou = à 6	Attente Soignant Soin Suivi Temps Ecoute	6 1,667 7 1,714 6 1,833 6 1,667 6 1,833 7 1,857	Accueil Compétence Expliquer Ecoute	6 1,167 6 1,333 8 1,875 11 1,636	Etudiant	Confiance Patient
> ou = à 3 /4 < à 5	Accueil Attention Communication Compréhension Confiance Dialogue Environnement Intéresser Personnel Service	4 1,250 4 1,750 3 1,667 4 1,667 4 1,500 5 1,600 3 1,667 3 1,667 4 1,750 3 1,000	Cabinet Confort L'autre Matériel Organisation Personnel Physique Praticien Rassurer Soin Sourire Temps Ecouter Equipe	4 1,500 4 1,500 5 1,200 5 1,600 4 1,750 3 1,667 3 1,333 4 1,667 4 1,500 4 1,250 5 1,800 4 1,250 3 1,667 5 1,600	Ambiance Attitude Bruit Douleur Explication Expliquer Matériel Passage Patient Peur Rassurer Rendez-vous Respect Respecter Salle Sympa Traitement	Assistante Demande Dialogue Disponible Empathie Formation Parler Ponctualité Professionnel Propreté Respect Répondre Salle de soin Santé Travail

Tableau 7

Comparaison des analyses prototypiques ou tableaux « rang x fréquence » entre les soignés et les soignants

5.1.2. Zone du noyau central

La comparaison des groupes patients et personnels soignants est intéressante dans la mesure où elle met en lumière les éléments partagés et spécifiques constitutifs de la représentation. Le nombre d'évocations plus élevées chez les personnels soignants (527) par rapport aux patients (329) se répercute dans la valeur des fréquences du tableau. Néanmoins, ce différentiel n'affecte pas la structure et le contenu de la représentation à travers l'analyse du tableau « rang x fréquence ».

L'**Ecoute** est ainsi retrouvée chez les deux populations comme élément signifiant et structurant de la représentation de l'objet « prendre soin ». Il s'agit même du seul élément commun au sein des zones du noyau central. Ceci nous conforte dans le choix du mot écoute comme mot matriciel. Il s'agit d'une croyance non négociable tant pour les soignés que pour les soignants, associée à une valeur symbolique forte et regroupant une classe de concepts.

5.1.2.1. Coté soignés

Pour les autres termes, la zone du noyau central diffère dans ces deux populations. La notion de **temps** est essentielle à la représentation du prendre soin chez les patients, alors qu'elle figure en nettement moindre position chez les soignants, sans même appartenir aux cognitions centrales. Cette référence à la temporalité et à une certaine chronicité se retrouve dans le terme attente. Il s'agit ici de soin éprouvé et vécu. Pour certains participants, prendre soin, c'est comprendre, adoucir voire mettre fin à cette posture de l'**attente** au sein du service hospitalier. Cette notion d'attente est à relier à la notion de matériel cité précédemment dans l'analyse prototypique de la population totale. Ces éléments se réfèrent à la dimension structurelle et organisationnelle du soin propre à la structure hospitalière dans ce cadre très précis du service d'Orthopédie Dento-Faciale. Ils sont vécus comme une entrave au « prendre soin ». La notion de **suivi** constitue une autre référence à la temporalité. Il convient de suivre le patient dans le temps. Le **soin** et le **soignant** sont par ailleurs cités dans cette zone centrale. La situation d'un terme dans cette zone ne signifie pas pour autant qu'il s'agit d'un élément cognitif central. Mais une partie des éléments centraux sont présents dans cette zone. La figure du **soignant**, qui suscite des attentes fortes de la part des patients, est très présente dans la représentation cognitive de ces derniers. A contrario, la référence aux patients ou aux soignés n'appartient pas à la zone centrale de la représentation chez les personnels soignants.

5.1.2.2. Coté personnel soignant

Côté soignant, l'attention est portée sur la double compétence à la fois technique et pédagogique du soin. Le soignant a la **compétence** en même temps qu'il est celui qui **explique**. La notion d'**accueil** est un élément structurant de la représentation du prendre soin chez le personnel soignant. Nous retrouvons cet aspect dans la zone des éléments contrastés avec le terme sourire, qui évoque également les ressorts de la communication non verbale dans le soin.

5.1.2.3. Zone des éléments contrastés et zone périphérique

Côté patients, nous reconnaissons de nouveau la notion d'**accueil**. Sa présence dans la zone contrastée ne signifie pas pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un élément cognitif central. La faiblesse de l'échantillon et du nombre d'évocations peut expliquer éventuellement cette situation. Il serait nécessaire de procéder à d'autres analyses et référentiels méthodologiques pour explorer la notion d'accueil comme élément cognitif central de la représentation des patients. La relation thérapeutique se nourrit de d'**attention**, de **confiance** et de **dialogue** entre les acteurs du soin. L'importance de la dimension singulière du soin est suggérée par la notion de **personnel**.

Côté soignant, la dimension organisationnelle et structurelle du soin (**cabinet, matériel, confort, organisation**) revêt une importance particulière. Le soignant est investi d'un rôle protecteur : il est celui qui **rassure**. L'expression non verbale est mentionnée à travers le **sourire**. Apparaît également la notion d'**équipe** : l'équipe soignante pour certains participants ou l'idée de faire équipe avec le patient.

Il est intéressant de noter que expliquer et rassurer se situent dans la zone centrale et la zone des éléments contrastés côté soignant, alors qu'ils appartiennent à la zone périphérique côté patient. Dans la représentation de sa posture professionnelle, le soignant est en partie celui qui rassure et explique.

L'écoute apparaît comme élément matriciel de la représentation côté soignant comme soigné. Il s'agit de l'unique élément cognitif partagé au sein des zones centrales.

La notion d'**accueil** occupe une place essentielle chez l'ensemble des acteurs, sans qu'il soit pour autant possible de conclure à sa présence comme élément central de la représentation à ce stade de l'analyse.

Côté patient, la référence à la **temporalité** (posture de l'attente, suivi dans le temps, temps) semble un élément structurant de la représentation du prendre soin. La figure du soignant apparaît comme centrale dans l'objet « prendre soin » et suscite des attentes fortes. La représentation du prendre soin suggère une certaine forme de **passivité** côté patient, à la différence de l'image du soignant perçu comme porteur du soin. Le patient attend de la relation de soin attention, confiance et dialogue. La dimension singulière du soin à travers sa dimension toute personnelle appartient également au prendre soin.

Côté soignant, l'attention est portée sur la **compétence** et la **dimension organisationnelle et structurelle du soin** (cabinet, matériel, confort, organisation). La compétence pédagogique, à travers le terme **expliquer**, est présente. Il est celui qui rassure. Les notions d'équipes soignantes comme celle de faire **équipe** avec le patient sont évoquées.

6. L'analyse catégorielle

6.1. Présentation et structure générale de l'analyse catégorielle

Tableau 8 (ci-après)

Répartition des catégories en fonction de leurs poids dans la structure générale

Catégories	Poids de la catégorie	
	S	PS
1. LA DYNAMIQUE SPATIO-TEMPORELLE	15,7%	10,2%
1.1. L'espace (L'espace physique, la dynamique spatiale, la qualité du lieu...)	8,3%	6,9%
1.2. Le temps (La temporalité du patient, ressentie ou réelle, les contraintes temporelles...)	3,7%	1,5%
1.3. La tonalité du lieu (Sens, émotions, cognitions...)	3,7%	1,8%
2. LA COMMUNICATION	10,1%	16,2%
2.1. La communication verbale (Moyens, registre de langage, contenus...)	5,5%	12%
2.2. La communication non verbale (Le contact visuel, olfactif, physique, auditif...)	4,6%	4,2%
3. LES ACTEURS DU SOIN (Soignants, soignés, tiers, l'institution de santé...)	7,8%	16,2%
4. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	11%	14,7%
4.1. La thérapeutique (Le traitement, les étapes du traitement, le suivi...)	2,3%	6,6%
4.2. La finalité du soin	6,9%	7,5%
4.3. Pluridisciplinarité – Transversalité	1,8%	0,6%
5. DIMENSION ORGANISATIONNELLE ET STRUCTURELLE DU SOIN	6%	5,7%
5.1. L'organisation	3,2%	2,7%
5.2. Le matériel	2,3%	1,5%
5.3. L'aspect financier	0,5%	1,5%
6. LE PATIENT	14,7%	12,3%
6.1. La posture du patient (Place dans la relation, gestion du traitement dans le quotidien...)	3,2%	3,0%
6.2. Le vécu du soin		
6.3. (Emotions, cognitions, savoir expérientiel, douleur...) L'identité du patient	6,9%	3,6%
6.4. Les ressources du patient	2,8%	4,5%
	1,8%	1,2%
7. LE SOIGNANT	32,6%	30,6%
7.1. La posture et l'identité professionnelle du soignant (Compétences relationnelles, identités, qualités...)	24,8%	20,7%
7.2. Les ressources du soignant	0,5%	1,5%
7.3. La technicité (compétences techniques...)	1,8%	4,8%
8. NATURE DE LA RELATION	5,5%	3,6%

6.1.1. Analyse de la structure des catégories

L'analyse des catégories précise la répartition de chacune des catégories au sein de la population concernée. Elle offre une possibilité de comparaison du contenu et de la structure de la représentation de l'objet social prendre soin chez les patients et les personnels soignants.

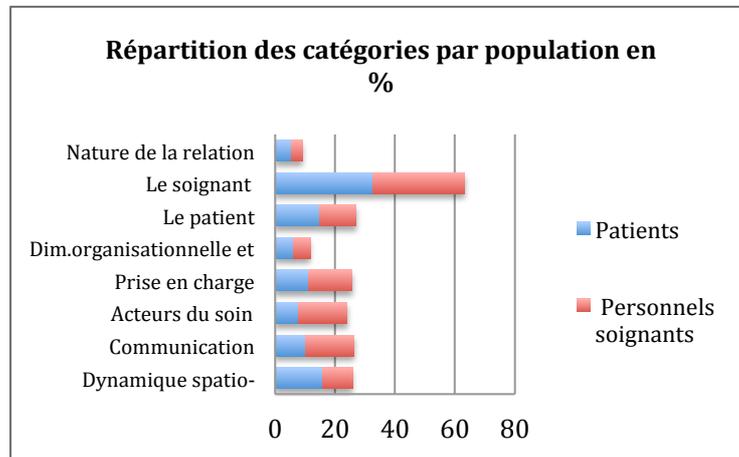


Figure 12

Répartition des catégories par population et en pourcentage

La catégorie se rapportant à la figure du **soignant** est sans conteste la plus investie par chacun des acteurs du soin. La référence au soignant comme moteur du prendre soin est sensiblement plus importante chez les soignés, notamment pour ce qui est du domaine des **compétences interpersonnelles et relationnelles**. L'attention des patients se porte essentiellement sur la posture, les qualités et l'identité professionnelle du soignant. Les personnels de santé mettent en avant une identité professionnelle élaborée à partir de leurs propres représentations du soignant. Les **compétences techniques** sont surtout développées par les PS, mais 5 fois moins que la posture et l'identité professionnelle pour les soignants et 12 fois moins pour les patients. Au sein de cette catégorie, se dessinent les **ressources** intérieures et personnelles que le soignant a en sa possession pour conduire le soin et les conditions d'expression d'un bien-être soignant.

Côté patients, la **dynamique spatio-temporelle** occupe la seconde place, notamment à travers la notion d'espace. Il s'agit là d'un **espace** physique, éprouvé. L'espace perçu engage le soigné et véhicule un certain nombre de messages. Cet environnement, plus ou moins régulé comme dans un service hospitalier avec ses normes propres et sa dynamique spatiale, contribue à structurer les représentations du prendre soin en orthopédie dento-faciale. Le soigné est extrêmement sensible au milieu qui l'entoure. Ce dernier influe sur les comportements, les postures et les identités de chacun des acteurs du soin. Il existe ici des relations d'interdépendance entre le milieu et les protagonistes.

L'importance accordée au **temps** (temporalité du patient, ressentie ou réelle, les contraintes temporelles dues à l'organisation des structures, la durée des traitements dans le temps) est plus marquée chez les patients. La **tonalité du lieu**, l'ambiance qui s'en dégage impacte de manière non négligeable la représentation du prendre soin. Elles témoignent de l'influence du milieu éprouvé sur les émotions, les sens et les cognitions de chacun. Le milieu spatio-temporel constitue en ce sens un ancrage fort pour le patient dans le processus d'adhésion au soin. Le patient adhère à travers ses émotions et son univers sensitif. La dynamique spatio-temporelle se situe seulement en sixième position du classement des catégories côté soignant.

Chez ces derniers, la **communication** est largement investie. Le vocabulaire qui s'y rattache est très étayé. L'importance du poids de cette catégorie résulte du nombre d'évocations rapportées à la **communication verbale** (moyens, registre du langage, contenus, tonalité du discours...). Le poids de la sous-catégorie « communication verbale » est deux fois plus élevé que chez les patients. La **communication non verbale** implique sensiblement plus les patients, mais les taux d'évocations restent proches. Là encore, le regard est porté sur les sens et l'affectivité du sujet de soin.

L'univers sémantique de la thématique **Le patient** apparaît en troisième position chez les soignés et cinquième position chez les soignants. Dans les deux cas de figure, il ne se situe pas au même niveau que celui de la catégorie Le soignant. Il existe donc une asymétrie dans la représentation que se font chacun des acteurs du soin de leur place réciproque au sein du prendre soin. La figure du soignant demeure nettement plus investie et interroge le rôle que chacun s'attribue au sein de la relation, partenaire passif ou actif du soin, dans un contexte sociétal d'engagement mutuel des acteurs du soin et de démocratie sanitaire. Les attentes envers le soignant sont fortes, tant de la part des soignés que du côté soignant, dans la construction de leur identité professionnelle.

Les patients se distinguent du personnel soignant dans l'importance accordée au **vécu du soin** (émotions, cognitions, savoir expérientiel, douleur...). Cette sous-catégorie est deux fois plus investie par ces derniers. Les soignants accordent plus d'importance à **l'identité du patient**, c'est à dire la manière dont ils le perçoivent, essentiellement lors des premiers temps de la consultation. C'est le regard extrinsèque porté sur ce que le soignant s'imagine être du patient à travers ses vêtements, ses attitudes, ses loisirs et centres d'intérêts. Nous sommes là au cœur de la manière dont se construisent les représentations de chacun des partenaires du soin. Il existe ici un différentiel entre l'identité construite du patient à travers le regard du soignant et son vécu, sa réalité éprouvée du soin. Ces données sont intéressantes dès lors qu'on s'intéresse aux conditions de la rencontre et la naissance de la relation entre soignant et soigné. L'ensemble des deux groupes accordent une valeur similaire à la **posture du patient** (place, attitude dans la gestion du traitement...) et ses **ressources** pour mener à terme le soin en terme de poids dans la catégorie.

La référence aux **acteurs du soin** (soignants, soignés, tiers, institution de santé...) est plus fréquemment citée par les soignants.

Le poids de la catégorie **prise en charge thérapeutique** est plus investie par le personnel soignant, notamment en ce qui concerne les **modalités du traitement**, ses étapes à travers un vocabulaire d'expertise dans la discipline. Cet aspect pratique et technique du soin n'est pas surprenant chez les soignants qui maîtrisent leur technicité et le vocabulaire approprié. L'univers sémantique qui se rattache à la **finalité du soin** est relaté par l'ensemble des populations étudiées. L'aspect **pluridisciplinaire** et transversale du soin, à travers une prise en charge globale du patient impliquant un ensemble de professionnels du soin, est d'avantage perçu par les soignés. Ceux-ci évoquent l'importance d'une équipe pluridisciplinaire et d'un soin pensé dans sa totalité.

La **dimension organisationnelle et structurelle** du soin occupe une place similaire dans les deux populations mais avec une répartition différente des sous-catégories. Chez les patients, les ruptures de **matériel** et l'**organisation** de la structure hospitalière soulèvent des incertitudes. Chez les soignants, l'organisation, le matériel mais également la **dimension financière** dans un souci d'investissement et d'innovation sont cités.

Enfin, l'univers sémantique décrivant la **nature de la relation** de soin (dialogue, respect, confiance...) est sensiblement plus étayée chez les patients.

Ces éléments sont intéressants dans la mesure où ils nous renseignent sur l'organisation, la structure, et le contenu des représentations des acteurs du soin. Ils nous permettent de nous questionner sur la manière dont se construisent les représentations, les postures et les identités professionnelles. De là naissent des attitudes, des comportements qui influent la relation de soin. Ils nous autorisent à nous interroger sur les conditions de la rencontre et les liens d'interdépendance soignant-soigné.

6.1.2. Classement des catégories en fonction de leur poids dans le contenu de la RS du prendre soin pour les populations soignés et personnel soignant

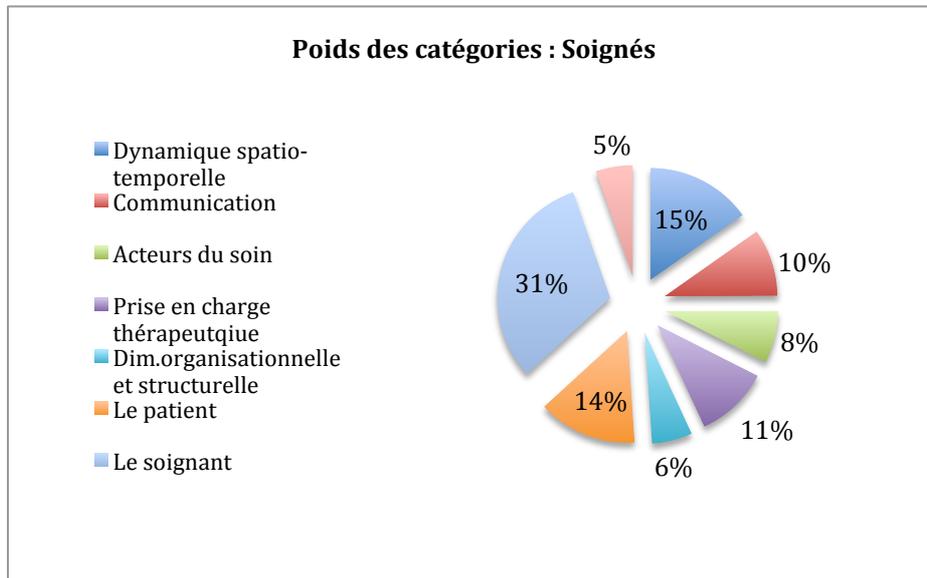


Figure 13

Répartition par poids des catégories en pourcentage chez les soignés

S

-
- 1- Le soignant
 - 2- La dynamique spatio-temporelle
 - 3- Le patient
 - 4- La thérapeutique
 - 5- La communication
 - 6- Les acteurs du soin
 - 7- La dimension organisationnelle et structurelle du soin
 - 8- La nature de la relation
-

Tableau 9

Liste des catégories par ordre d'importance au sein de l'analyse catégorielle chez les soignés

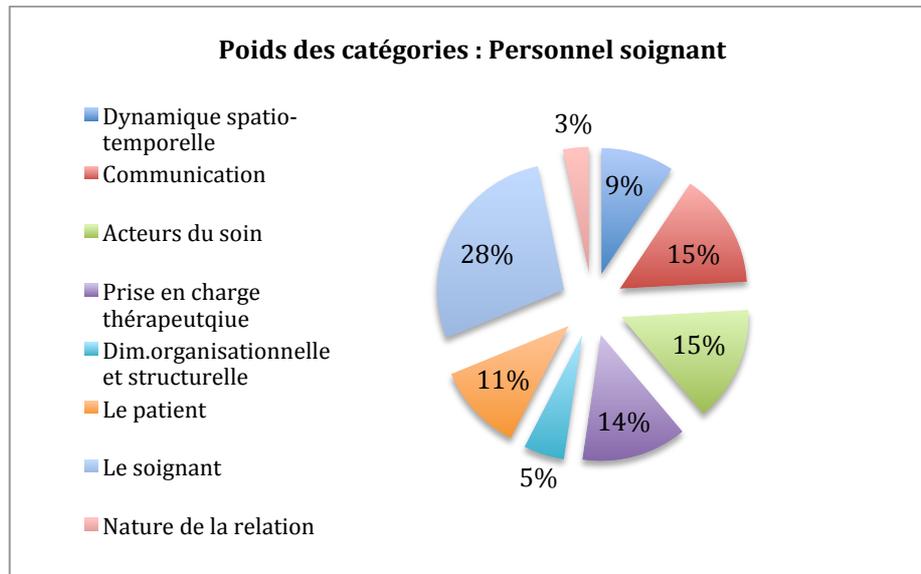


Figure 14

Répartition par poids des catégories en pourcentage chez les personnels soignants

PS

- 1- Le soignant
 - 2- La communication
 - 3- Les acteurs du soin
 - 4- La thérapeutique
 - 5- Le patient
 - 6- La dynamique spatio-temporelle
 - 7- La dimension organisationnelle et structurelle du soin
 - 8- La nature de la relation
-

Tableau 10

Liste des catégories par ordre d'importance au sein de l'analyse catégorielle chez les personnels soignants

6.2. Analyse détaillée par catégories

6.2.1. *La dynamique spatio-temporelle*

La dynamique spatio-temporelle se décline en 3 principaux aspects de la représentation sociale du prendre soin : l'espace, le temps et la tonalité du lieu.

Chacune de ces 3 composantes contribue à modéliser la représentation du prendre soin. Elles constituent un ancrage spatio-temporel, à la fois cognitif, affectif et émotionnel.

6.2.1.1. L'espace

L'espace joue un rôle indéniable dans la construction de la représentation du prendre soin : elle agit comme élément structurant de la relation de soin et par là même de l'adhésion aux soins.

L'espace ou l'environnement physique est l'espace immédiat au sein duquel se tisse le jeu des acteurs du soin. **L'espace perçu** est restitué de manière descriptive, allant de la zone proximale de soin à la situation géographique du centre dentaire. Ces **éléments descriptifs** évoquent une échelle spatiale selon la proximité de l'espace avec le sujet¹⁹¹ : l'espace immédiat du soin (le fauteuil), l'espace des dynamiques interpersonnelles au sein du service (salle d'attente, salle de soin, couloir...) ; le bâti et la structure régulée du lieu de soin (hôpital, bâtiment...) avec ses règles propres ; l'insertion géographique du centre de soin à l'échelle du territoire. L'architecture du lieu est également mentionnée.

Les **qualités de cet espace** sont citées. Elles se réfèrent à une dimension **hygiéniste** (propreté, propre, ergonomie, aseptie, salubre, vétuste), une **dimension esthétique et de bien-être** (lumineux, confort, spacieux, modernité, moderne). La **dynamique spatiale** se traduit à travers les notions de monde, l'espace des enfants, les jeux, l'espace des adultes, de sensations d'encombrement dans le couloir. **L'organisation spatiale** de l'espace et la densité des flux de personne entravent l'intimité. **L'espace éprouvé** est à la fois humain de part la densité du mouvement au sein du service, mais également impressionnant et intimidant.

L'espace joue un rôle indéniable dans la construction de la représentation du prendre soin : elle agit comme élément structurant de la relation de soin et par là même de l'adhésion aux soins.

Dynamique spatio-temporelle

L'environnement : environnement (7), espace (4), lieu (3), cadre (1)

L'espace physique : éléments descriptifs allant d'une échelle micro à macro-spatiale : fauteuil (1) (microspatial); salle d'attente (1), salle de soin (1), salle (4), cabinet (1), le couloir (1) (mésospatial) ; bâtiment (1), hôpital (2), structure (1), locaux (1), architecture (1) (exospacial) ; géographie du lieu (macrospatial)

Les qualités de l'espace : propreté (4), propre (1), ergonomie (2), aseptie (2) salubre (1), vétuste (1) (dimension hygiéniste); (dimension esthétique et de bien être)

La dynamique spatiale : les flux de circulation, la densité de population en présence : monde (1), l'espace des enfants (1), jeux (1), l'espace des adultes (2), de sensations d'encombrement dans le couloir (1)

¹⁹¹ Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.

L'organisation de l'espace : enfants et adultes mélangés entravent l'intimité : intimité (1)
L'espace éprouvé : frein à l'intimité, intimidant tout en étant humain : humain (1), impressionnant (1), intimidant (1)

Registre sémantique de l'espace chez la population totale

6.2.1.2. Le temps

Le temps est abordé sous 4 aspects. Le premier évoque la nécessité de tenir compte de la temporalité du patient, de lui consacrer du temps par opposition à l'image des cabinets à la chaîne. Le second s'attache aux contraintes temporelles qui pèsent sur l'acte de soin avec l'idée d'être pressé, surchargé. Le quatrième nous parle du respect des horaires et de la ponctualité de la part du soignant essentiellement comme composante indissociable du prendre soin. Enfin, le dernier aspect se réfère à la durée du traitement dans le temps, sa longueur, sa dimension au long court sur plusieurs années.

Le temps

Le temps : temps (10)
Les horaires et la ponctualité du soignant : horaires (2), ponctualité (4)
Les contraintes temporelles sur l'acte de soin : fréquence (1), surcharger (1), presser (1)
La durée du traitement et sa longueur dans le temps : long (1), durée (2)
La temporalité du patient : temporalité (1), consacrer (1), cabinet à la chaîne (1)

Registre sémantique du temps chez la population totale

6.2.1.3. La tonalité du lieu

La tonalité du lieu décrit la dimension émotionnelle et affective de l'espace, à travers les perceptions sensibles et cognitives.

L'espace éprouvé, tout comme l'espace idéal représenté, est d'abord sensitif. L'environnement sonore est très présent : le bruit, ce bruit de chantier s'oppose à la recherche d'un univers plus calme. La musique constitue un ancrage pour le prendre soin. L'appréciation visuelle de l'espace est particulièrement importante pour les enfants et les adolescents. Ils s'attachent à la décoration, aux couleurs, aux dessins. L'imprégnation affective du lieu de soin joue un rôle essentiel dans la représentation : l'ambiance, la chaleur et l'atmosphère du lieu, la joie qui s'en dégage, sont mentionnés.

La tonalité du lieu

L'espace visuel : décoration (1), dessin (1), couleurs (1)

L'espace sonore : musique (2), calme (2), bruit (3), sonore (1), chantier (1), bruit de chantier (1)

La tonalité affective du lieu : ambiance (5), chaleur (2), joie (1), atmosphère (1)

Registre sémantique de la tonalité du lieu chez la population totale

6.2.2. *La communication*

La communication est un élément structurant de l'objet social prendre soin.

6.2.2.1. La communication verbale

L'expression orale tient une place privilégiée dans la représentation sociale du prendre soin (oral, langage, voix, parole). Le registre de langage utilisé est non intellectuel, adéquat, simple, claire dans un objectif de compréhension. La manière d'entrer en relation avec l'autre est très variable selon les individualités. Certaines formes de communication poursuivent des objectifs pédagogiques (expliquer, comprendre). Pour d'autres, il s'agit d'informer, de renseigner, de conseiller. Certains cherchent à convaincre, argumenter, répéter. Il s'agit alors de consignes. La communication peut prendre une forme de discussion et de dialogue (dialoguer, discuter, parler, discussion). Il s'agit parfois de faire le point sur le traitement, parfois de comprendre les doléances du patient et de l'aider à s'exprimer

(exprimer, comprendre). La tonalité de la voix est également citée et fait référence à la dimension émotionnelle, affective et sensitive du prendre soin.

La communication verbale

La communication : communication (4), communiquer (2), oral (2), langage (1), voix (1), parole (3), vocabulaire (3).

Registre du langage : intellectuel (1), adéquate (1), simple (2), clarté (2), claire (3), compréhension

Attitudes et moyens d'entrée en relation : répéter (1), faire le point (1), dialoguer (1), argumenter (1), informer (1), discuter (1), comprendre (1), parler (3), convaincre (2), exprimer (2)

Contenu de l'expression orale : conseil (3), renseignement (1), question (1), recommandation (2), discussion (1), consigne (2), doléance (3)

Registre sémantique de la communication verbale chez la population totale

6.2.2.2. La communication non verbale

La communication non verbale apparaît comme une autre forme d'ancrage à la relation et à l'adhésion aux soins. L'ensemble des sens se retrouve, si on inclut la dimension sonore décrite précédemment, dans la tonalité du lieu. L'univers olfactif se réfère exclusivement au soignant : son odeur (sentir bon, l'odeur du soignant...) constitue une attache pour le patient. La dimension visuelle est évoquée à travers l'expression du visage et du regard de l'autre. Le soignant qui prend soin doit être souriant (souriant, sourire...). Le rire du soignant est cité comme vecteur de communication non verbale. Côté patient, ses mimiques sont observées et véhiculent autant d'informations sur le vécu du soin. Le contact physique joue un rôle prépondérant : contact du corps dans sa globalité, contact de proximité au niveau de la bouche où l'attention aux sensations est décuplée. Communiquer, c'est serrer la main, toucher la main mais également l'épaule. C'est le geste tactile, doux, tendre qui exclut la brutalité. Le geste s'inscrit dans le prendre soin. La dimension éducative du geste est mentionnée à travers le fait de montrer.

La communication non verbale

Le contact visuel : visuel (1), regard (2)

L'expression du visage de l'autre : mimique (1), souriant (1), rire (2), sourire (5)

Le contact physique : geste (4), toucher (3), touché (2), contact (3), physique (3), tactile (1), doux (1), tendre (1), brutalité (1), serrer la main (1), main (3), épaule (1), poignée de main (1)

Le contact olfactif : olfactif (1), odeur (1), sentir bon (1), sentir (1)

Registre sémantique de la communication non verbale chez la population totale

6.2.3. *Les acteurs du soin*

Le soignant est désigné à travers les termes suivants : orthodontiste, praticien, professionnel et bien sûr soignant. Il est également abordé en tant qu'enseignant, chef, professeur ou encore étudiant. L'aspect pluridisciplinaire de l'orthodontie est mis en évidence par la référence au chirurgien, à l'ostéopathe mais également au dentiste et au correspondant. Secrétaires et assistantes sont aussi mentionnées. La notion d'équipe regroupe à la fois l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le soin, et seulement une fois la relation soignant/soigné. L'entourage du patient est cité, tout comme l'acteur institutionnel (faculté, institution...).

Le soigné est abordé de manière directe (soigné, patient), ou à partir d'une de ses caractéristiques (l'enfant), parfois même en tant que collègue. Surtout, c'est une forme de dépersonnalisation du soigné qui figure dans la représentation du prendre soin à travers : autrui, l'autre, la personne, un acteur.

En regard de ce soignant clairement identifié et nommé, qui possède un statut (professionnel, enseignant, chef, professeur voire étudiant), émerge ici la figure de cet Autre, le soigné.

Les acteurs du soin

Les soignants : dentiste (1), correspondant (1), chirurgien (1), ostéopathe (1), secrétaire (1), assistante (4), l'équipe (6), professeur (1), chef (1), enseignant (2), étudiants (8), orthodontiste (2), praticien (3), professionnel (4), soignant (8)

Les soignés : patient (16), soigné (1), enfant (1), collègue (1), personne (1), autrui (1), l'autre (6)

Les tiers : l'entourage (1)

L'institution de santé : faculté (1), l'institution (1)

Registre sémantique des acteurs du soin chez la population totale

6.2.4. *La prise en charge thérapeutique*

6.2.4.1. La thérapeutique

Les références à l'acte de soin sont nombreuses (acte, soin, traitement, thérapeutique, travail, clinique, proposition et protocole de traitement). Il se doit d'être efficace et rapide. Les différentes étapes de la prise en charge sont mentionnées : diagnostic, examen clinique, examen radiologique, étude des caractéristiques du patient et de sa dysmorphose. Le caractère évolutif du traitement est souligné. L'appareillage est mentionné, ainsi que l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire.

La thérapeutique

La thérapeutique : médical (1), acte (2), soin (11), traitement 56), travail (3), clinique (2), thérapeutique (2), proposition de traitement (1), protocole de traitement (1)

L'hygiène bucco-dentaire : HBD (2)

L'efficacité : efficacité (1), efficace (1), rapidité (1)

Les étapes de traitement : étape (1), évolution (1), étudier 51), caractéristique (1), diagnostic (2), examen clinique (2), examen radiologique (1)

Autres : dysmorphose (1), appareillage (1)

Registre sémantique de la thérapeutique chez la population totale

6.2.4.2. La finalité du soin

La finalité du soin est de répondre et de préciser la demande, de décider d'un objectif commun, apporter une solution, y compris une solution de compromis. Il convient d'assurer la réussite, la qualité du traitement et de conduire à un résultat. Le soignant aide au choix, à la décision, à l'orientation du patient. Il redirige si nécessaire. Il lui ouvre un réseau de professionnels de santé. Il soulage mais surtout dépiste, prévient, anticipe les problèmes de santé. L'objectif poursuivi est la santé, le bien-être psychologique et psychique. La thérapeutique conduit également à un chemin, une démarche vers soi.

La finalité du soin

Une réponse à une demande : préciser (1), objectif commun (1), répondre à une demande (4), réponse (2), solution (2), compromis (1)

Un résultat : réussite (2), assurer (1), qualité (3), résultat (1)

Une direction : orientation (1), décision (1), choix (2), rediriger (1), réseau (2)

Une finalité préventive : dépister (1), prévenir (1), anticiper (1),

Une démarche de santé et de bien être : santé (3), bien-être (2), psychologique (1), psychique (1), chemin vers soi (1), démarche (1)

Registre sémantique de la finalité du soin chez la population totale

6.2.4.3. La pluridisciplinarité

Certains patients adultes soulignent la dimension pluridisciplinaire et transversale du soin, notamment les patients atteints de maladie parodontale, ceux en protocole ortho-chirurgical ou encore les patients atteints de syndromes.

La pluridisciplinarité

Maladie parodontale (2), globalité (2), multidisciplinarité (1), interdisciplinarité (1), pluralité (1)

Registre sémantique de la pluridisciplinarité chez la population totale

6.2.5. *La dimension organisationnelle et structurelle du soin*

6.2.5.1. L'organisation

L'organisation (organisation, fonctionnement) de la structure est abordée par les participants. Ils mettent en avant ses dysfonctionnements : absence du praticien lors du rendez-vous sans en être préalablement averti, difficulté d'obtenir des rendez-vous compatibles avec l'emploi du temps et la vie personnelle, difficulté de gestion des urgences ou encore difficulté d'accès au service. Certains soulignent la nécessité de protocoles de soin, de préparation des salles de soin.

L'organisation

Organisation (4), fonctionnement (1) / vie personnelle (2), emploi du temps (2), rendez-vous (3), préparation (2), protocole (1), présence (1), accès (1).

Registre sémantique de l'organisation des soins chez la population totale

6.2.5.2. Le matériel

Le matériel apparaît comme un élément participant à la représentation du prendre soin. Il est souvent cité. Les participants, notamment les patients, soulignent les difficultés organisationnelles au sein de la structure hospitalière (rupture, pas correct, inadéquat, non entretenu...). Les soignants évoquent la gestion du matériel : stérilisation, sachets.

Matériel

Matériel (11), instruments (1), sachets (1), stérilisation (1), rupture (3), pas correct (1), inadéquat (1), non entretenu (1), entretenir (1)

Registre sémantique du matériel chez la population totale

6.2.5.3. L'aspect financier

Il est cité à la fois par les soignés et les soignants. Ces derniers évoquent la possibilité d'entreprendre, d'investir dans l'amélioration de la structure.

L'aspect financier

Argent (1), règlement (1), remboursement (1), tarifs (1), coût (2)

Registre sémantique de l'aspect financier chez la population totale

6.2.6. *Le patient*

6.2.6.1. La posture du patient

La posture du patient est d'abord une posture de l'attente (attendre, attente) dans ces traitements longs menés dans le cadre très précis du centre hospitalo-universitaire. Il est attendu du patient de l'assiduité, de la coopération, de la motivation et de l'engagement. Cette notion d'engagement s'inscrit également dans l'idée de s'approprier le soin, de prendre possession de son traitement. L'attitude d'apprenant du patient est également mentionnée. Il est amené à travers l'apprentissage de nouveaux savoirs et d'autonomie à se remettre en question. Il est invité à écouter. Il est symbolisé par une demande qu'il faut identifier.

La posture du patient

Une posture de l'attente : attendre (1), l'attente (8)

L'adhésion au soin : s'approprier le soin (1), engagement (1), prendre possession (1)

Un apprenant : apprendre (1), remise en question (1), autonomie (2)

L'observance : assiduité (1), compliance (1), coopération (2), motivation (3)

Autres : demande (4)

Registre sémantique de la posture du patient chez la population totale

6.2.6.2. Le vécu du patient

Le vécu du patient se construit à partir de son savoir expérientiel, ses émotions et cognitions au cours du traitement.

La notion de douleur est très présente dans les discours (douleur, mal). Les blessures engendrées par l'appareillage sont évoquées (blessures, ulcérations). Il existe tout un vocabulaire de l'appréhension (crainte, stress, inquiétant, inquiétude, danger, fuir, difficultés). Il se construit à partir de la posture du soignant telle que perçue par le patient, la gestuelle lors du soin, le vécu de la thérapeutique. La sensation de découragement, d'avancer puis reculer est décrite sur ces traitements au long cours. Il est également cité les changements dans les plans de traitements.

Le patient se perçoit comme un cas, une bête de foire. Il parle de choc et de préjugé. Les conditions d'organisation et d'agencement spatiale de la structure (salle de soin ouvertes, plusieurs fauteuils)

nuisent à l'intimité, intimident, dévalorisent certains adultes. Le jeune patient évoque au contraire la détente, l'amusement, la joie.

Le vécu du patient

La douleur : douleur (8), ulcération (1), mal (2), désagréable (2), blesser (2), blessures (1)

L'appréhension : crainte (3), inquiétude (1), inquiétant (1), danger (1), fuir (1), avance puis recule (1), découragement (1), difficultés (2), intimidant (1), impressionnant (1)

Le ressenti : préjugé (1), choc (1), mécontent (1), cas (1), dévalorisant (1), bête de foire (1)

Le bien-être : détendu (3), amuser (1), content (1)

Registre sémantique du vécu du patient chez la population totale

6.2.6.3. L'identité du patient

Il s'agit d'éléments sur lesquels s'appuient les personnels soignant pour approcher l'identité du patient. Parmi ces éléments, sont cités l'apparence (look, présentation, image) et son comportement lors de la consultation, les activités de loisirs et centres d'intérêts (activités, centre d'intérêts, hobbies, loisirs), le milieu dans lequel évolue le patient (contexte, mode de vie, habitudes familiales, passé). Il est perçu à travers sa psychologie, ses envies. Le patient se décrit à travers son soi-patient. Le qualificatif personnel apparaît à plusieurs reprises dans les cartes. La notion d'individualité est abordée par un des participants. Côté soignant (voir précédemment au paragraphe les « acteurs du soin »), le patient n'est pas toujours nommé : c'est l'autre, autrui, la personne. Parfois, le patient se ressent comme le problème.

L'identité du patient

L'individualité : individualité (1), personnel (7), le soi-patient (1)

Cet Autre : personne (1), l'autre (6), autrui (1), le problème (2).

Les éléments qui le définissent : ses loisirs : activités (1), centre d'intérêt (1), hobbies (1), loisirs (1) / son milieu de vie : contexte (1), mode de vie (1), habitudes familiales (1), passé (1) / son apparence : look (1), présentation (1), image (1) / comportement (1), envie (1), psychologie (1)

Registre sémantique de l'identité du patient chez la population totale

6.2.6.4. Les ressources du patient

Cette catégorie illustre la manière dont le patient puise dans ses capacités intrinsèques pour mener à terme le soin. Il sollicite ses ressources propres, son soi-patient. Il recherche les savoirs par lui-même (recherche personnelle). Il évoque la notion de responsabilisation, de prise de conscience de soi.

Les ressources du patient

Capacités (1), soi-patient (1), son soi (1), recherche personnelle (1), conscience (2).

Registre sémantique des ressources du patient chez la population totale

6.2.7. *Le soignant*

6.2.7.1. Posture et identité professionnelle du soignant

Différents éléments, qui interviennent dans la représentation du prendre soin, esquissent le portrait du soignant. Ils reflètent les attentes, très fortes, des acteurs du soin quant à la figure du soignant. Cette dernière paraît extrêmement investie tant par les soignés que par les professionnels. Sont décrits son identité, ses qualités, son humeur, ses **compétences relationnelles** (accompagnement, soutien...), les **enjeux de pouvoir** liés au statut du soignant au sein de la relation de soin. Se dresse alors un portrait du professionnel qui révèle la construction des identités professionnelles au sein d'une discipline, dans un temps et un espace donné.

Le soignant présente un charme désuet de l'homme du monde : il est prévenant, courtois, discret, poli et aimable. Pour prendre soin, il témoigne de la chaleur, de l'humour, de la sympathie et de la gentillesse (sympathie, sympa, humour, chaleureux, gentil, agréable, joyeux, cool). L'humeur est joyeuse lorsqu'elle concerne l'enfant, et l'étudiant amuse. C'est un soignant jeune qui est évoqué par les adolescents.

Le vocabulaire de l'engagement est présent. Le soignant est celui qui porte de l'intérêt envers l'autre (investir, investi, intérêt, s'intéresser). Il sait recueillir, cibler, tenir compte, connaître, observer. Surtout, il écoute, entend et respecte celui qu'il soigne. C'est celui qui sait accueillir l'autre (accueillant, accueillir, recevoir, réception, saluer) au sens propre comme figuré. Il met à l'aise, permet de se poser. Ses compétences relationnelles et interpersonnelles sont ainsi très étayées dans le discours des participants. S'ajoute les dimensions de soutien et d'accompagnement : rassurer, encourager,

suivre. Plus encore, il valorise et cultive l'image de marque du patient si besoin est (valorisation, image de marque). La figure du soignant est celle de l'empathie, de la bienveillance, de celui qui donne. Il se doit d'être disponible, attentif. Il est arrangeant, souple et compréhensif lorsqu'il s'agit de s'adapter aux contraintes du patient. Le discours est d'ailleurs marqué par une sémantique de l'adaptabilité : s'adapter aux besoins du patient, à sa personnalité, à sa demande, voire à ses contraintes temporelles et personnelles (adaptabilité, adapté, adaptation, adaptabilité). La délicatesse et la douceur sont des qualités appréciées.

La dimension singulière du soin est très présente dans les discours à travers le vocabulaire de l'attention, du respect et de l'adaptation à chaque situation.

En conduisant le soin, le professionnel fait preuve de mesure et de recul. Il dédramatise, relativise.

Les enjeux de domination à travers des statuts perçus comme inégalitaires par les soignés sont abordés. Le soignant détient le pouvoir de nuire, de juger, de diriger, de vexer voire d'humilier. Ces enjeux de pouvoir sont mentionnés par chacun des acteurs. Il se révèle parfois laxiste, agressif, imperméable à l'autre.

Il existe une notion de territorialisation de l'espace relationnel à travers les termes de place, limite, légitimité du soignant.

Le praticien doit rester sans affect pour ne pas se laisser dépasser par la situation de soin. Il manifeste de la fermeté. On attend de lui exigence et sérieux. La construction de l'identité professionnelle se tisse à travers les notions d'humanité, d'honnêteté alliant un discours de vérité (vérité, honnête, humanité). Elle s'inscrit alors dans une dimension très hippocratique du soin. Le soignant, c'est aussi celui qui protège de la peur, du geste brutal (protection, exclure la brutalité). Les praticiens les plus jeunes soulignent la passion, la vocation de leur métier. Certains se réfèrent au sens du devoir et de la vérité, proposant une référence judéo-chrétienne du soin (devoir, vérité, judéo-chrétien), dont un des rôles est d'entretenir l'espoir et d'être utile.

Enfin, il entretient des relations confraternelles avec les autres acteurs professionnels.

La posture du soignant

Enjeux de pouvoir à travers des statuts soignant-soigné perçus comme déséquilibrés :

Nuire (1), juger (1), humilier (1), diriger (1), vexer (1), imperméable (1), laxisme (1), sans affect (1)

Légitimité et territorialisation du soignant dans l'espace relationnel : limite (2), place (1), légitimité (1), ferme (1)

L'identité professionnelle : devoir (1), judéo-chrétien (1), vérité (1), entretenir l'espoir (1), protection (1), humanité (1), utile (1), donner (2) / confraternité (1) / sérieux (1), exigeant (51), ferme (1) / empathie (4), bienveillance (1)

Qualités : chaleureux (1), gentil (1), agréable (4) / doux (1), délicat (1) / cool (1), sympathie (1), sympa (3), joyeux (1), amuser (1), humeur (1), humour (1) / investi (1), s'intéresser (8), intérêt (1), investir (3) / attentif (1) / politesse (2), amabilité (3), prévenant (1), courtois (1), discrétion (1), honnête (1) / souple (1), adaptabilité (1), adapter (1), adapter (1), adaptation (1), arrangeant (1), compréhensif (1)

Compétences relationnelles et interpersonnelles : compétence relationnelle vis à vis des autres acteurs professionnels :confraternité (1) / compétence d'attention et d'adaptation à l'autre dans sa singularité : recueillir (1), cibler (1), tenir compte (1), connaître (3), observation (2) / compétence d'écoute active : entendre (1), écoute (18), écouter (4), respecter (5) / compétence de soutien et d'accompagnement : rassurant (4), rassurer (8), encouragement (1), valoriser (1), entretient l'espoir (1), suivre (1), suivi (7) / mettre à l'aise (1), permettre de se poser (1) / L'accueil de l'autre : accueillant (1), accueillir (1), recevoir (1), réception (1), saluer (1)

Autres : attitude (4), posture (2) / image de marque (1)/ jeune (1)

Registre sémantique de la posture et de l'identité soignante chez la population totale

6.2.7.2. Ressources du soignant

Les soignants évoquent à plusieurs reprises la nécessité de prendre soin de soi pour mener à terme le soin. Aller vers l'autre implique d'être en forme physique et psychique, et surtout de pouvoir être soi-même. La pratique implique une forte concentration. Les ressources intérieures du soignant pour conduire la thérapeutique sont à mettre en relation avec les conditions de travail au sein de la structure.

Ressources du soignant

Etre soi-même (2), concentration (1), être en forme (1), forme physique et psychique (1), conditions de travail (1)

Registre sémantique des ressources du soignant chez la population totale

6.2.7.3. Technicité ou compétences techniques

La compétence technique du soignant est un élément structurant de la représentation.

Le prendre soin s’inscrit dans une pratique, une technique, une expérience acquise, un savoir-faire. Il s’agit d’être compétent. La formation, continue et initiale, demeure indispensable. Il s’agit d’être à jour par rapport à l’état des connaissances scientifiques. Les notions d’innovation et de capacité à entreprendre sont également mentionnées.

Les compétences techniques du soignant

La formation : formation (7), se former (2), formation initiale (1), formation continue (1), être à jour (3), données acquises de la science (1), connaissance (4)

L’innovation : innovation (1), entreprendre (1)

Le savoir expérimentiel et pratique : technique (3), expérience (3), acquis (2), savoir-faire (2), pratique (1)

La compétence technique : compétence (6), compétent (1)

Registre sémantique de la technicité du soignant chez la population totale

6.2.8. Nature de la relation soigné-soignant

La relation de soin est principalement décrite comme une relation de confiance et de respect. La notion d’accueil est également présente. Elle revêt une forme d’accompagnement et de soutien (aide, soutien). L’importance du lien est évoquée dans les discours à travers les termes suivants : lien, relationnel, mutuel, complémentarité, proximité, entraide. La nature de la relation prend des formes diverses : neutralité, amitié voire même amour et fidélité. Pour d’autres, elle revêt une dimension contractuelle. Chez l’enfant, la convivialité et l’amusement sont soulignés. Il existe parfois des conflits dans les postures de chacun des acteurs (prise de tête).

Nature de la relation soignant-soigné

L’aide et le soutien : aide (2), soutien (2), entraide (2)

L’importance du lien : lien (3), relationnel (2), mutuel (1), complémentarité (1), proximité (1)

La nature de la relation : confiance (11), accueil (10), respect (8), fidélité (1)

La forme de la relation : amour d’une maman pour son bébé (1), amis (1), neutralité (1)

Le conflit : la prise de tête

Une relation contractuelle : contrat de soin (1), contrat (1)

Registre sémantique de la nature de la relation soignant-soigné chez la population totale

7. L'analyse Complex

7.1. Présentation et objectifs

L'analyse Complex du logiciel EVOC 2000 permet de mettre en évidence les éléments partagés de l'objet de représentation sociale dont la fréquence est supérieure à 6 dans les deux populations. Compte tenu de la faiblesse de l'échantillon, et dans un souci d'exploration, 3 paramètres de fréquences ont été retenus : supérieur à 7, supérieur à 4 et supérieur ou égal à 3.

7.2. Fréquence des mots partagés

Mots partagés	S	PS
Ecoute	7	11
Temps	6	4
Confiance	4	7
Accueil	4	6
Expliquer	4	8
Soin	6	4
Rassurer	4	4
Dialogue	5	3
Matériel	3	5
Personnel	4	3
Patient	3	13
Respect	3	5

Tableau 11

Fréquence des mots partagés chez les P et PS

Le mot **Ecoute** est le seul mot partagé révélé par l'analyse Complex. Cela va dans le sens de notre hypothèse suite à l'analyse du tableau « rang x fréquence » décrite précédemment. Au sein de cette dernière, le mot Ecoute figure dans la zone du noyau central et se comporte comme un mot matriciel, à la symbolique et à la connectivité forte. Il regroupe à lui seul un ensemble de concepts déjà évoqués en amont. Ils seront repris dans le cadre de la discussion.

En modifiant le paramètre fréquence et en le portant à 4, nous retrouvons un certain nombre de mot appartenant au noyau central de la représentation de l'objet « prendre soin ». Il s'agit du temps, de la confiance, de l'accueil, et des verbes expliquer et rassurer. Ces mots partagent des liens d'interdépendance au sein de la représentation, se potentialisent et se renforcent entre eux.

Lorsque le paramètre fréquence est situé à 3, les mots dialogue, matériel, personnel, patient et respect apparaissent. Ces mots, s'ils sont partagés par l'ensemble des deux populations, ne signifient en rien qu'ils constituent les éléments cognitifs de la représentation du prendre soin. En effet, dans le tableau fréquence, le mot respect appartient à la zone périphérique par exemple. Peu de conclusions sont à exploiter d'un paramètre porté à 3.

Suite à cette analyse des mots partagés, nous nous sommes intéressés à leur situation au sein de l'analyse des catégories.

7.3. Catégories d'appartenance des mots partagés

Mots partagés	Catégorie d'appartenance issue de l'analyse des catégories	Discussion
Ecoute	Posture du soignant	Nature de la relation
Temps	Conditions spatio-temporelle (le temps)	
Confiance	Nature de la relation	
Accueil	Posture du soignant	Nature de la relation
Expliquer	Communication verbale	Posture du soignant – (Pédagogie)
Soin	La thérapeutique du soin	Nature de la relation
Rassurer	Posture du soignant	
Dialogue	Communication verbale	Nature de la relation
Matériel	Conditions organisationnelle et structurelle	
Personnel	Acteur du soin (dimension singulière)	
Patient	Acteurs du soin	
Respect	Nature de la relation	

Tableau 12

Catégories d'appartenance des mots partagés

Certains des mots évoqués et classés dans telle ou telle catégorie, pourraient également se situer dans la catégorie nature de la relation que nous avons proposée ici. C'est le cas du mot Ecoute. Il décrit une posture soignante mais peut également être envisagé dans le sens d'une relation d'Ecoute en réciprocité et en interrelation. Il en va de même pour le terme Dialogue : au delà de la simple communication verbale, c'est la relation tout entière qui peut s'apparenter à un dialogue. La notion d'accueil, à travers le mot accueil, fonde également la relation au regard de l'éthique du soin. La question est d'explorer quelles sont les conditions d'interaction des acteurs du soin qui permettent la rencontre soignant-soigné au sein d'une relation d'écoute, d'accueil de l'autre dans tout ce qu'il est, de dialogue, de confiance et de respect de la singularité de chacun. Un des enjeux de l'épanouissement de

ce prendre soin est bien le temps et son rôle dans la structuration des représentations du prendre soin, et donc de l'adhésion aux soins.

Partie 3 : Modèle relationnel et postures des acteurs de soin : enjeu de l'adhésion aux soins

Chapitre 1 – Approche méthodologique : le questionnaire explicatif

1. Situation dans le contexte de la recherche

L'enquête par questionnaire¹⁹² fait suite au premier temps exploratoire, axé sur des techniques associatives libres et non structurées ou non directives. Cette première étape consistait à défricher un terrain, celui des représentations sociales du prendre soin. Dans ce contexte bibliographique restreint dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière, les cartes conceptuelles associatives, ont permis de construire un premier socle de recherche. Le questionnaire est alors une proposition logique qui permet dans un second temps **d'affiner, d'approfondir, voire de contrôler les données préalablement recueillies**. Les informations d'ordre lexical et sémantique (vocabulaire utilisé, termes d'usage courant, signification accordée aux mots) et le répertoire de thématiques relevées au cours de cette première étape nous autorisent, à ce temps de l'exercice, à construire ce second outil d'exploration.

L'enquête par questionnaire s'apparente ici à un entretien **structuré ou directif** à travers une série de questions standardisées et posées dans le même ordre à l'ensemble de la population concernée. Il s'en distingue cependant par l'impossibilité pour le sujet de nuancer sa réponse. Il est tenu de choisir parmi une série de propositions, courtes et précises. Un des objectifs est ainsi d'inciter le sujet à s'engager dans un cadre préalablement construit et réfléchi par le chercheur. Ceci permet de préciser les contours de la première phase exploratoire mais également de procéder à une forme de rétrocontrôle afin de vérifier la pertinence des informations recueillies. Le questionnaire est alors la dernière étape de cette construction méthodologique purement exploratoire qui, à la manière d'un entonnoir ou d'un tamis, permet de préciser, affiner et contextualiser les notions ayant émergé des cartes conceptuelles.

Ce recours au questionnaire convient particulièrement dans la recherche de connaissance d'une population dans le domaine des pratiques, des représentations et des valeurs. Elle permet de mieux cerner un phénomène social.

¹⁹² Morchain, P. *Introduction aux méthodes. Licence de psychologie. Code du cours, DIAM111 (2014)*. U.F.R. de psychologie, Université de Rennes 2.

2. Conception de l'enquête

2.1. Définition de l'objet et cadre théorique

2.1.1. *La relation de soin*

L'enquête par questionnaire¹⁹³ fait suite au premier temps exploratoire, axé sur des techniques associatives libres et non structurées ou non directives. Cette première étape consistait à défricher un terrain, celui des représentations sociales du prendre soin. Dans ce contexte bibliographique restreint dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière, les cartes conceptuelles associatives, ont permis de construire un premier socle de recherche. Le questionnaire est alors une proposition logique qui permet dans un second temps **d'affiner, d'approfondir, voire de contrôler les données préalablement recueillies**. Les informations d'ordre lexical et sémantique (vocabulaire utilisé, termes d'usage courant, signification accordée aux mots) et le répertoire de thématiques relevées au court de cette première étape nous autorisent, à ce temps de l'exercice, à construire ce second outil d'exploration.

L'enquête par questionnaire s'apparente ici à un entretien **structuré ou directif** à travers une série de questions standardisées et posées dans le même ordre à l'ensemble de la population concernée. Il s'en distingue cependant par l'impossibilité pour le sujet de nuancer sa réponse. Il est tenu de choisir parmi une série de propositions, courtes et précises. Un des objectifs est ainsi d'inciter le sujet à s'engager dans un cadre préalablement construit et réfléchi par le chercheur. Ceci permet de préciser les contours de la première phase exploratoire mais également de procéder à une forme de rétrocontrôle afin de vérifier la pertinence des informations recueillies. Le questionnaire est alors la dernière étape de cette construction méthodologique purement exploratoire qui, à la manière d'un entonnoir ou d'un tamis, permet de préciser, affiner et contextualiser les notions ayant émergé des cartes conceptuelles.

Ce recours au questionnaire convient particulièrement dans la recherche de connaissance d'une population dans le domaine des pratiques, des représentations et des valeurs. Elle permet de mieux cerner un phénomène social.

¹⁹³ Morchain, P., *op.cit.*, p.133

2.1.2. *Le corpus bibliographique de l'éducation thérapeutique, support à la réflexion*

Le modèle relationnel proposé par la notion d'éducation thérapeutique a été retenu comme proposition de support bibliographique pour tenter de saisir les enjeux éthiques au sein de la relation de soin. Les chercheurs en éducation du patient se sont penchés sur des concepts fondateurs de l'équilibre relationnel. C'est un corpus dense, à exploiter, qui révèle nombre de problématiques contemporaines au delà de la notion de programme d'éducation ou d'actions éducatives. Parmi ces notions, la participation active du patient à son traitement, la responsabilité et l'autonomie pensées dans l'interdépendance des acteurs du soin, les capacités ou capabilités du patient à mener la thérapeutique, les compétences d'adaptation à acquérir en sont quelques exemples. Le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique nous intéresse en tant que grille de lecture dans la mesure où il souligne, si ce n'est un changement de paradigme tout du moins, une évolution de la posture de chacun des acteurs du soin dans un contexte sociétal de démocratie sanitaire. A travers cette mobilisation singulière des acteurs du soin, les équilibres entre pouvoir et savoir sont ainsi déplacés au sein de la relation thérapeutique.

Il ne faut pas cependant se méprendre sur les objectifs : l'éducation thérapeutique ne constitue pas, en tant que telle, l'objet du questionnaire, hormis dans une partie très restreinte. L'objet est **la relation de soin, à travers sa représentation sociale**. Elle présente néanmoins le grand intérêt, compte tenu du manque de ressources bibliographiques sur notre objet de recherche en Orthopédie Dento-Faciale, d'avoir cherché à analyser et expliciter les postures des acteurs du soin, quelles que soient les impasses éthiques auxquelles le modèle se confronte. Les notions véhiculées dans le corpus bibliographique de l'éducation thérapeutique nous ont alors servi de supports à l'élaboration du questionnaire et à la délimitation de ses frontières. L'éducation thérapeutique *stricto sensu* est seulement évoquée en tant qu'objet secondaire de recherche.

2.1.3. *L'internet santé, acteur implicite de la relation de soin*

La référence à l'internet santé répond d'abord à l'appétit du chercheur qui tente de sonder les frontières de l'espace relationnel. Dans un environnement de connectivité permanente (Internet, technologie mobile, téléphones portables), l'E-Santé constitue un acteur implicite de la relation de soin et son influence sur l'équilibre relationnel soignant-soigné n'est pas à négliger. Il constitue, sous certaines conditions à définir, un outil structurant pour les acteurs du soin. Il reflète un système informationnel dépassant les pratiques individuelles.

2.1.4. Synthèse des objectifs

Objet principal

La relation de soin, à travers ses représentations sociales

Les conditions d'interaction favorisant le processus d'adhésion aux soins constituent l'angle d'approche de cette analyse.

Objets secondaires

Le modèle relationnel de l'ETP

Il est abordé en tant que révélateur d'un changement de postures, d'équilibres au sein de la relation de soin, dans un contexte de démocratie sanitaire.

L'Internet santé

Elle trouve sa légitimité à la fois en tant qu'acteur implicite de la relation et ressource nouvelle pour les acteurs du soin.

2.2. Cadre méthodologique

L'enquête retenue est de **type explicatif**. Le questionnaire a été construit à partir de la méthode décrite par De Singly¹⁹⁴. Il s'agit de produire certes des chiffres mais dont la finalité est avant tout une tentative d'objectivation des postures, ici des soignés, ayant trait à la relation de soin. « L'idée d'une connaissance empirique et systématique de la réalité » des pratiques est hors de notre portée dans ce type de méthodologie¹⁹⁵.

« Ce qui rend un matériel « objectif » (au sens sociologique du terme), c'est le degré élevé d'explicitation des critères par lesquels le réel est saisi ».¹⁹⁶ Le questionnaire ne peut témoigner que d'une partie du réel, construite à partir d'un cadre théorique, circonscrit et ce, jusque dans la lecture

¹⁹⁴ De Singly, F. (2012). *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes* (3^e édition). Paris : Armand Colin, collection 128.

¹⁹⁵ *Ibid.*

¹⁹⁶ *Ibid.*

des données. Ceci est d'autant plus vrai que la notion de relation de soin s'inscrit dans un cadre aux frontières floues et toujours mouvantes. Le travail d'objectivation n'en est que plus difficile, voire impossible. Nous tenterons seulement à travers le questionnaire d'explicitier les représentations, les comportements d'une partie des acteurs du soin, à savoir les patients, dans le cadre très précis de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière au CHU de Rennes. Il s'agit de saisir les contraintes et les stratégies conscientes ou non des individus pour analyser les processus d'adhésion.

3. Structure du questionnaire

Le questionnaire est construit selon deux axes principaux: **le repérage de la détermination sociale et l'étude des représentations.**

3.1. L'approche des déterminants sociaux

L'approche des **déterminants sociaux** constitue une partie relativement stable. Elle renvoie à des paramètres biologiques tels que le sexe et l'âge. Elle cherche à évaluer le capital social, économique et culturel des individus interrogés ou encore d'approcher leur intégration au sein du monde social dans lequel ils sont insérés. Elle permet d'interroger certains paramètres contextuels liés au cadre de l'étude.

3.2. L'étude des représentations, des pratiques et des valeurs

L'explicitation des postures et des interactions entre les partenaires de soin au sein de l'espace relationnel oblige à appréhender les valeurs et les représentations des individus interrogés. C'est la différence de notre choix méthodologique avec les questionnaires d'objectivation stricte, utilisés en sciences sociales, qui exclut le recours à l'opinion des individus, à leurs jugements et à leurs valeurs. Dans le contexte de notre étude, il nous paraît essentiel de sonder des éléments d'apparence subjective telle que les représentations sociales et de les mettre en correspondance avec les déterminants sociaux. Il nous semble essentiel dans ce dernier temps exploratoire de comprendre le sens que les acteurs donnent à leur conduite (ou à celle des autres). « L'attention aux questions d'opinions, aux représentations n'est pas incompatible avec le primat d'une orientation déterministe ».¹⁹⁷ « En effet, la vision du monde, (...), l'estime de soi ou d'autrui, à un moment donné, résultent de l'expérience accumulée. Dans la perspective de la théorie de l'*habitus*, ils marquent le double mouvement de

¹⁹⁷ *Ibid.*

l'intériorisation des conditions objectives dans lesquelles les individus ont vécu, vivent, et de leur extériorisation sous la forme de valeurs, d'opinions, de représentations, de dispositions. »¹⁹⁸

Comprendre les formes et les enjeux des interactions entre les acteurs du soin passe nécessairement par l'étude des représentations. Les rapports soignant et soigné sont en partie façonnés par le milieu au sein duquel ils se construisent, à savoir le centre de soin dentaire. Les représentations ne sont pas seulement subjectives, elles nous parlent justement du milieu appréhendé de manière systémique (méso, macro, exo systèmes)¹⁹⁹ où naissent les pratiques de soin. Cette approche permet de mieux cerner le sens vécu et éprouvé des pratiques.

4. Dimensions, notions et indicateurs

4.1. Dimensions et notions

Chaque objet de recherche est étudié sous l'angle de plusieurs **dimensions**. Chacune de ces dimensions est composée de différentes **notions**. Elles représentent des tentatives d'approches empiriques de l'objet de recherche. Dimensions et notions constituent le **niveau théorique** du processus de l'enquête par questionnaires. Le **niveau de réalité** est défini par les réponses. Entre ces deux niveaux, les **indicateurs** et les questions représentent le **niveau intermédiaire**.

La difficulté de l'enquête réside dans la recherche de multiples indicateurs susceptibles de circonscrire, ou tout du moins approcher, chacune des notions retenues.

La présentation des différents indicateurs suit le modèle proposé par de Singly²⁰⁰.

Niveau théorique	Dimensions Notions
Niveau intermédiaire	Indicateurs Questions
Niveau de réalité	Réponses

Tableau 12

Le modèle de Singly

¹⁹⁸ *Ibid.*

¹⁹⁹ Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.

²⁰⁰ De Singly, F., *op.cit.*, p.136

4.2. Construction des indicateurs

4.2.1. *Le repérage de la détermination sociale et des éléments contextuels*

Les indicateurs relatifs à la détermination sociale et aux éléments contextuels sont présentés dans les tableaux ci-apès.

4.2.1.1. Les déterminants sociaux

Les déterminants sociaux	Le sexe et l'âge	<i>Le sexe (Q35) L'âge (Q36)</i>
	Les richesses sociales	
	<ul style="list-style-type: none"> • La position sociale • Le capital scolaire 	<i>La catégorie socio-professionnelle (Q37-38) Le domaine d'activité (Q39) Le niveau de formation le plus élevé (Q40)</i>
	Les indicateurs de la vision du monde social	<i>La maîtrise du monde sociale (Q3)</i>

Tableau 13

Indicateurs des déterminants sociaux

Q35. Sexe

Q36. Age

Q37. Si vous êtes en activité professionnelle quelle est votre occupation actuelle ?

Q38. Sinon, précisez

Q39. Dans quel domaine d'activité travaillez-vous ou avez vous-travaillé?

Q40. Quel est votre niveau de formation le plus élevé ?

Q3. On éprouve parfois de l'inquiétude pour soi-même ou pour ses proches. Pouvez-vous dire si les risques suivants vous inquiètent ?

Maladie grave, accident du travail, agression dans la rue, accident de la rue, chômage....

4.2.1.2. Les indicateurs contextuels

Les indicateurs contextuels	Le type de traitement	<i>Type de traitement (Q1)</i>
	La durée de traitement depuis le début de la prise en charge	<i>Durée de traitement (Q2)</i>

Tableau 14

Indicateurs contextuels

Q1. Comment qualifieriez-vous votre traitement ?

Q2. Concernant la durée de votre traitement, depuis quand êtes-vous en traitement?

4.2.2. *L'approche des pratiques, valeurs et représentations*

4.2.2.1. L'approche de l'objet principal Relation de soin

La relation de soin est étudiée au regard de quatre dimensions, elles-mêmes déclinées en différentes notions, puis indicateurs. Ces éléments structurants du questionnaire sont représentés dans la figure 15 présentée ci-après.

Pour approcher notre objet de recherche, il convient de concevoir un certain nombre d'indicateurs empiriques. La difficulté de l'enquête par questionnaire en sciences humaines est de « rendre opérationnalisable, c'est à dire susceptible d'être approchée empiriquement »²⁰¹, la notion de relation de soin.

Lors de la recherche des indicateurs de l'objet étudié, Lazarsfeld souligne la pertinence du principe de la **multiplicité des indicateurs**²⁰². La relation entre chaque indicateur et le concept fondamental étant définie en termes de probabilité et non de certitude, il est indispensable d'utiliser autant que possible un grand nombre d'indicateurs. » Ce principe repose sur le présupposé de double imperfection : celle de la mesure compte tenu des conditions de déroulement de toute enquête, celle de l'indicateur car aucune question ne peut approcher de manière totalement satisfaisante la notion étudiée. De Singly résume ainsi : « c'est le paradoxe de l'approximation : pour la faire disparaître, il faut la multiplier »²⁰³. L'élaboration de l'enquête par questionnaire repose sur un va-et-vient permanent

²⁰¹ *Ibid.*

²⁰² Lazarsfeld, P. (1965). Des concepts aux indices empiriques. Dans R.Boudon, P.Lazarsfeld (Dir.), *Le vocabulaire des sciences sociales*, (p.27-36). Paris : Mouton. Cité par De Singly, F., *op.cit.*, p.136

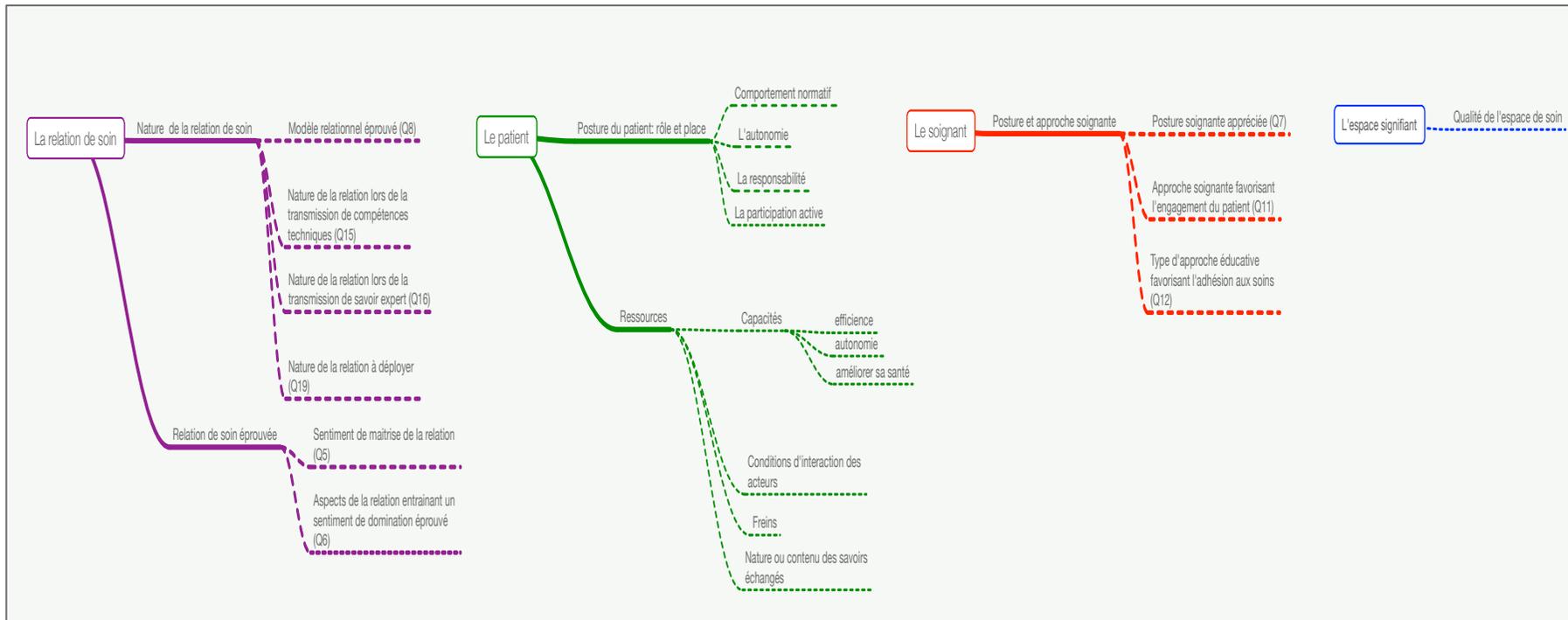
²⁰³ De Singly, F., *op.cit.*, p.136

« entre le niveau théorique défini par la notion à explorer assurée par les indicateurs et les questions et la réalité des réponses ». ²⁰⁴

²⁰⁴ *Ibid.*

Figure 15

Dimensions, notions et indicateurs.



a. Description des dimensions et des notions

La structure du niveau théorique de l'enquête est décrite à travers le tableau suivant :

Objet de l'enquête	<u>La relation de soin</u>	<u>Angle d'approche:</u> Les conditions d'interaction favorisant le processus d'adhésion aux soins
Dimensions et notions	La relation de soin	<i>Nature de la relation de soin</i> <i>Relation de soin éprouvée</i>
	Le patient	<i>Posture, place et rôle du patient</i> <i>Ressources du patient</i>
	Le soignant	<i>Posture et approche soignante</i>
	L'espace	<i>Qualité de l'espace de soin</i>

Tableau 15

Le niveau théorique de l'enquête: dimensions et notions

b. Description des indicateurs

Pour chacune des dimensions du processus d'adhésion aux soins à explorer est décrit l'ensemble des indicateurs élaborés. Ces derniers correspondent aux niveaux intermédiaires. Il s'agit d'indicateurs dits dépendants, à la différence des indicateurs contextuels et de détermination sociale. Le numéro des questions auxquels ils correspondent est cité. Les propositions de réponses ne figurent pas dans cette présentation. Elles sont à consulter en annexe 3.

c. La dimension Relation de soin

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Nature de la relation de soin</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Modèle relationnel éprouvé (Q8) Nature de la relation lors de la transmission de compétences techniques (Q15) Nature de la relation lors de la transmission de savoirs experts (Q16) Nature de la relation à construire (Q19)

Tableau 16

Indicateurs de la nature de la relation de soin

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Relation de soin éprouvée</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Sentiment de maîtrise de la relation (Q5) Aspects de la relation entraînant un sentiment de domination éprouvée (Q6)

Tableau 17

Indicateurs de la nature de la relation de soin éprouvée

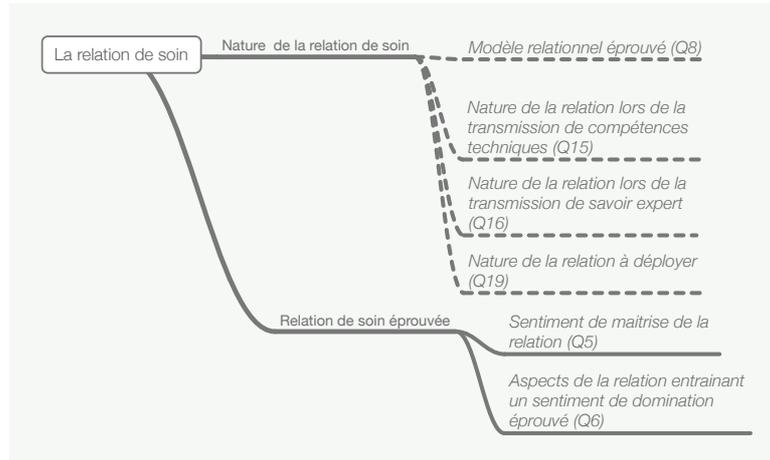


Figure 16

La dimension relation de soin

Q8. Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre praticien ?

Q15. Lorsque votre dentiste vous montre certaines techniques de brossage, vous qualifieriez cet acte de soin de:

Q16. Lorsque votre dentiste vous définit et vous parle de votre traitement, il s'agit de:

Q19. Que souhaiteriez vous développer le plus dans votre relation avec votre praticien ?

Q5. Vous êtes-vous déjà senti contraint dans votre relation avec votre praticien ?

Q6. Si oui, par quel aspect de la relation ?

d. La dimension Patient

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Posture, place et rôle du patient dans le processus d'adhésion aux soins</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Norme de comportement du patient éprouvé (Q9) Sentiment d'autonomie éprouvé (Q21) Désir de participer plus activement à son traitement (Q20) Désir de se sentir plus responsable dans son suivi (Q22)

Tableau 18

Indicateurs de la place du patient dans le processus d'adhésion aux soins

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Ressources du patient -</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Capacités à développer pour favoriser l'efficacité du traitement (Q14) Capacités à développer pour favoriser le sentiment d'autonomie (Q19) Capacités à développer pour améliorer sa santé bucco-dentaire (Q17) Contenu des savoirs à échanger (Q10) Freins éprouvés aux modifications des comportements de santé (Q13)

Tableau 19

Indicateurs des ressources du patient

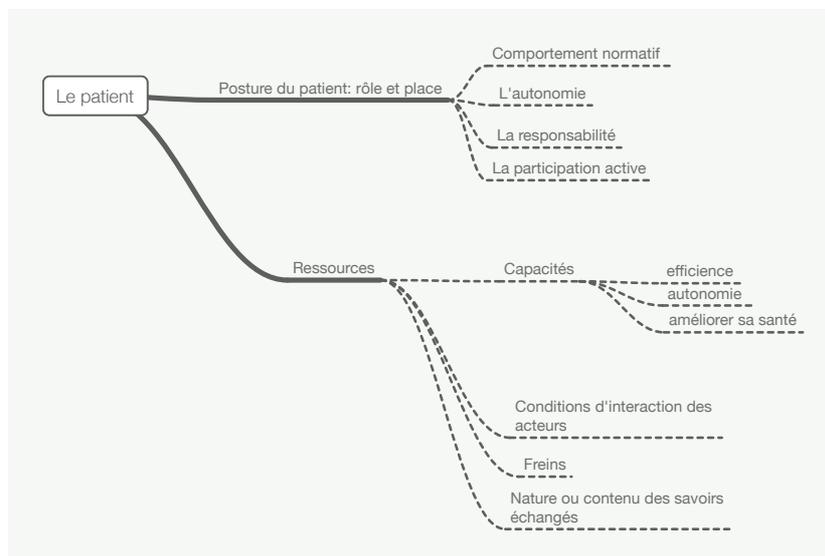


Figure 17

La dimension patient

Q9. Selon vous, quel comportement votre praticien apprécie-t-il le plus de ses patients ?

Q21. Aujourd'hui, votre sentiment d'autonomie dans le traitement est :

Q20. Souhaiteriez-vous que le soignant vous permette de vous sentir plus actif dans votre suivi?

Q22. Souhaiteriez-vous vous sentir plus responsabilisé dans votre suivi ?

Q14. La réussite du traitement dépend de votre capacité à :

Q19. Que souhaiteriez-vous développer le plus dans votre relation avec votre praticien ? :

Q17. Que souhaiteriez-vous que votre soignant développe avec vous pour améliorer votre santé bucco-dentaire ?

Q10. Souhaiteriez-vous sentir plus d'échange concernant un ou plusieurs des points suivants :

Q13. Le plus difficile pour vous lorsqu'on vous demande de changer vos comportements de santé bucco-dentaire ?

e. La dimension soignant

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Posture et approche soignante</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Posture soignante appréciée (Q7) Approche soignante favorisant l'engagement du patient (Q11) Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins (Q12)

Tableau 20

Indicateurs de l'approche soignante

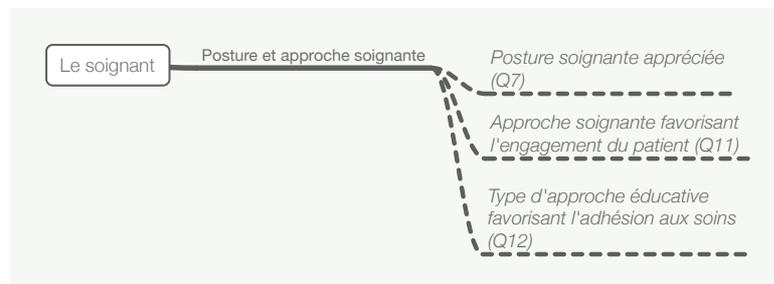


Figure 18

La dimension soignant

Q7. Quel comportement du soignant appréciez-vous le plus au sein de la relation de soin?

Q11. Quelle approche du praticien vous inciterait le plus à vous engager dans votre traitement, plutôt?

Q12. Parmi ces missions du soignant, quelle catégorie vous semble la plus importante pour adhérer au traitement ?

f. La dimension Espace signifiant

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>L'espace signifiant</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	La qualité de l'espace de soin la plus signifiante (Q4)

Tableau 21

Indicateur de la nature de l'espace signifiant



Figure 19

La dimension espace signifiant

Q4. Quel est selon vous la qualité première de l'espace de soin ?

4.2.2.2. L'objet secondaire de recherche : le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique

L'objectif est ici d'explorer l'approche éducative, comme modèle relationnel favorisant l'interaction entre les partenaires de soin et facilitant le processus d'adhésion aux soins.

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>L'approche éducative</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins (Q12) Représentations de l'éducation (Q26) Temps réservé à l'approche éducative (Q27) Légitimité de l'éducateur soignant (Q28)

Tableau 22

Indicateurs de l'approche éducative

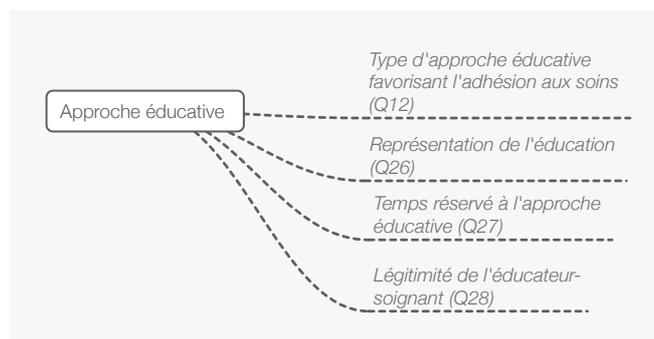


Figure 20

La dimension approche éducative

Q12. Parmi ces missions du soignant, quelle catégorie vous semble la plus importante pour adhérer au traitement ?

Q26. Que vous évoque le mot éducation en matière de santé ?

Q27. Pour vous, le temps réservé à l'éducation des patients lors du traitement est :

Q28. Après de qui vous sentiriez-vous le plus en confiance dans l'apprentissage de savoir-faire afin d'améliorer votre santé bucco-dentaire ?

4.2.2.3. L'objet secondaire de la recherche : L'Internet Santé

L'objectif est ici de sonder la place de l'Internet Santé comme outil de médiation relationnel entre les partenaires du soin et sa place dans le processus d'adhésion aux soins.

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>L'Internet Santé</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Place de l'Internet-santé dans le comportement des patients (Q29) Nature des sites consultés (Q30) Nature des savoirs échangés (Q31) Sentiment de pertinence de l'information (Q32) Sentiment d'anxiété face à l'information recueillie (Q33) Place du soignant comme prescripteur d'E-Santé(Q34)

Tableau 23

Indicateurs de l'E-Santé

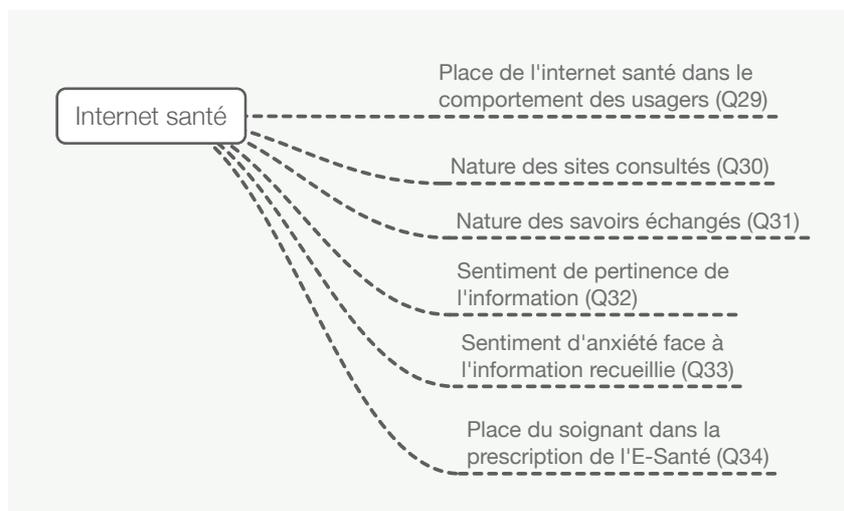


Figure 21

La dimension E-santé

Q29. Avez-vous consulté internet pour en savoir plus sur votre traitement?

Q30. Quel site vous accompagne le plus dans votre vécu du traitement ?

Q31. Ce que vous apprenez sur internet est de l'ordre de :

Q32. Faites-vous confiance à la pertinence de l'information délivrée?

Q33. Est-elle anxiogène ?

Q34. Est-ce le rôle de votre soignant de vous accompagner dans la consultation de certains sites ?

4.2.2.4. Synthèse des indicateurs dépendants

Le tableau 24 présenté ci-dessous présente une synthèse de l'ensemble des indicateurs dépendants.

Tableau 24

Synthèse des indicateurs dépendants

Objet principal de l'enquête	<u>Conditions d'interactions des acteurs du soin favorisant le processus d'adhésion aux soins</u>	<p><i>Nature de la relation de soin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Modèle relationnel</i> • <i>Nature de la relation (1) – Compétences techniques-</i> • <i>Nature de la relation (2) – Savoirs experts-</i> • <i>Nature de la relation à déployer</i> <p><i>Relation de soin éprouvée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sentiment de maîtrise de la relation</i> • <i>Aspects de la relation liés au sentiment de domination éprouvé</i>
Dimensions et indicateurs (Niveau théorique et intermédiaire)	La relation de soin	<p><i>Posture, place et rôle du patient</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Comportement normatif</i> • <i>Autonomie</i> • <i>Responsabilité</i> • <i>Participation active</i>
	Le patient	<p><i>Ressources du patient</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Développement des capacités (1) : accentuer l'efficacité du traitement</i> • <i>Développement des capacités (2) : développer son sentiment d'autonomie</i> • <i>Développement des capacités (3) : améliorer sa santé bucco-dentaire</i> • <i>Contenu des savoirs à échanger</i> • <i>Freins éprouvés</i>
	Le soignant	<p><i>Posture et approche soignante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Posture du soignant</i> • <i>Approche du soignant</i> • <i>Type d'approche éducative</i>
	L'espace	<p><u>Qualité de l'espace de soin</u></p>
Objets secondaires	<u>L'approche éducative</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Type d'approche éducative</i> • <i>Différentes acceptions de l'éducation</i> • <i>Temps éducatif</i> • <i>Légitimité de l'éducateur soignant</i>
	<u>L'Internet-Santé</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Place de l'Internet-santé</i> • <i>Nature des sites consultés</i> • <i>Nature des savoirs échangés</i> • <i>Sentiment de pertinence</i> • <i>Sentiment d'anxiété face à l'information recueillie</i> • <i>Place du soignant comme prescripteur d'E-Santé</i>

5. Le choix de l'échantillon

5.1. La population

La population est constituée par le public des patients fréquentant le service d'Orthopédie Dento-Faciale du CHU de Rennes sur une période de juillet à octobre 2014.

Compte tenu du nombre restreint de soignants hospitaliers, un questionnaire à leur destination aurait été peu probant compte tenu de la méthodologie utilisée. L'outil de recueil, qui se veut pilote, a été administré à un échantillon probabiliste de 100 patients. Il est donc prélevé selon les lois du hasard dans la population étudiée. Ce choix est motivé par le caractère purement exploratoire de l'étude, qui ne peut s'appuyer sur aucun corpus concernant l'Orthopédie Dento-Faciale. La population de consultants, aux frontières mobiles, peut difficilement être circonscrite. Ce public n'a pas en effet les propriétés d'un groupe officiel. Il n'est ni permanent, ni limité et n'a fait au préalable l'objet d'aucun travail de définition sociale. Il doit seulement son existence au fait de suivre un traitement d'orthodontie. Il n'est ainsi pas représentatif au sens de l'idéal statistique. Il est composé d'individus volontaires à partir de 10 ans. L'objectif n'est donc pas la représentation statistique mais une perception des différents publics fréquentant le service, du pré-adolescent à l'adulte jeune en passant par le sénior. C'est ce public hétérogène, ou plutôt ces publics, difficilement identifiables par leur taille et leur structure sociale, que nous avons choisi d'approcher. Concernant le public de pré-adolescent de 10 à 14 ans, le questionnaire est rempli par le tiers accompagnant assisté du patient. La formulation des questions et les modes de réponse s'avèrent peu pertinents pour cette population. La partie sur le repérage de la détermination sociale correspond ainsi aux caractéristiques des tiers, ici les parents. A l'inverse, l'adolescent à partir de 15 ans remplit seul son questionnaire, y compris pour la partie détermination sociale. Les indicateurs sur les richesses sociales présentent alors un biais à intégrer dans l'analyse de l'étude.

5.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

5.2.1. *Critères d'inclusion*

Les critères d'inclusion sont les suivants : un niveau suffisant de compréhension et d'expression de la langue française, une capacité de donner un consentement éclairé pour les sujets majeurs (exclusion des patients présentant un trouble cognitif ou un état affectif altérant leurs capacités à consentir de manière libre et informée), être en cours de traitement d'orthodontie actif depuis au moins 3 mois pour les patients.

5.2.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion retenus sont : les patients présentant un trouble cognitif ou un état affectif altérant leurs capacités à consentir de manière libre et informée, un âge inférieur à 10 ans. A cela s'ajoutent les critères classiques tels que la dépendance aux drogues ou alcoolique, les états dépressifs traités cliniquement, les démences, les pathologies psychiatriques sévères.

6. Mode de passation

Les questionnaires sont remis en mains propres par le chercheur lors du passage en salle d'attente qui précède le soin. Le temps d'attente, souvent long, favorise la participation des consultants. Le chercheur demeure dans la salle, à disposition des questions du public, après une brève introduction. Les questionnaires sont ensuite déposés dans une boîte prévue à cet effet.

Lors de la prise de contact, le chercheur insiste sur le caractère anonyme de l'enquête et son intérêt pour le service et le patient. Il ne s'agit en rien d'un outil de jugement mais d'abord d'un outil d'expression du vécu des pratiques.

7. Test préalable

Le questionnaire a été testé au préalable sur une dizaine de patients, au sortir des entretiens issus de la carte mentale. Le climat de confiance installé, le patient était alors plus libre de témoigner, critiquer et d'en pointer les failles. Trois enseignants hospitalo-universitaires se sont également prêtés au questionnaire.

8. Limites et biais

8.1. Les limites

Le questionnaire, tout comme les cartes associatives et les entretiens qui ont succédé, tente de cerner des attitudes, des intentions, des représentations voire des croyances. Il ne permet en rien d'appréhender des comportements dans la mesure où il s'agit de mesures verbales. Son avantage réside cependant dans le fait que le sujet répond lui-même et semble a priori moins intimidé par un éventuel jugement d'autrui. Les réponses sont alors plus près de la représentation que le sujet se fait de lui-même.

L'outil est par ailleurs limité par le cadre que lui confère le chercheur. Certaines réponses peuvent rester superficielles et ne permettent pas l'analyse de certains processus plus complexes.

8.2. Les biais

Le principal biais du questionnaire réside dans le choix de la population interrogée. Il concerne la prise en compte du public pré-adolescent de 10 à 14 ans. Le questionnaire est alors rempli par le parent sous l'égide du patient. La partie sur la détermination sociale concerne ainsi le tiers et non l'enfant concernant les richesses sociales. Le remplissage par le parent peut susciter une confusion entre la représentation que se fait le parent et le vécu éprouvé de l'enfant. Néanmoins, il s'agit d'un véritable choix et il aurait été dommage d'exclure ces témoignages de l'enquête. Le tiers, ici le parent, joue une place centrale dans la relation qui se tisse entre le parent, le soignant et l'enfant. Il est souvent dépositaire de la parole de ce dernier. Le dispositif revêt ainsi une certaine fragilité quant au choix de l'échantillon. Compte tenu du caractère purement exploratoire de cette recherche, d'autres formes d'échantillonnage n'auraient pas apporté de bénéfices pertinents. L'objectif de cette enquête, bien que d'apparence quantitative, n'est pas la représentativité, elle-même jamais absolue, mais une investigation d'un territoire non étudié en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière, à savoir les représentations sociales, l'émergence des valeurs et des tensions mises en jeu dans la relation de soin et le processus d'adhésion à la thérapeutique.

D'autres biais sont à prendre en compte car caractéristiques des techniques par questionnaires. Il s'agit par exemple de la désirabilité sociale où le répondant choisit la réponse qui correspond à une meilleure image de soi. C'est encore la référence à des connaissances que le sujet n'a peut être pas et qu'il est difficile de sonder. Des questions peu claires et ambiguës peuvent également affecter les réponses, notamment dans les questions se rapportant à des concepts vastes aux acceptions plurielles et subjectives. Ces différents points sont repris et évalués dans le traitement et la présentation des données.

9. Exploitation et traitement des données

Les données sont traitées de manière quantitative avec le logiciel Sphinx iQ à partir des tris à plat. Le compte rendu des résultats, présenté dans le chapitre suivant, met en évidence le sens des différents indicateurs dans la problématique. Les données sont ainsi interprétées selon la logique qui sous-tend le processus d'enquête et l'objet de la recherche.

Chapitre 2 – Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Les résultats du questionnaire explicatif sont présentés en annexe 4, sous forme de tri à plat réalisé à partir du logiciel Sphinx iQ.

1.1. Les déterminants sociaux

Les déterminants sociaux	Le sexe et l'âge	<i>Le sexe</i> <i>L'âge</i>
	Les richesses sociales	
	<ul style="list-style-type: none"> • La position sociale • Le capital scolaire 	<i>La catégorie socio-professionnelle</i> <i>Le domaine d'activité</i> <i>Le niveau de formation le plus élevé</i>
	Les indicateurs de la vision du monde social	<i>La maîtrise du monde sociale</i>

Sur les 100 participants interrogés, deux questionnaires n'étaient pas exploitables (remplis uniquement sur le premier feuillet).

1.1.1. *Le sexe et l'âge*

1.1.1.1. Le sexe

L'échantillon se compose de 24,2% d'homme et d'une majorité de 75,5% de femmes.

1.1.1.2. L'âge

L'échantillon est caractérisé par une majorité de sujets jeunes. Les moins de 20 ans représentent 41,7% des sujets. Les patients de moins de 15 ans, qui ont répondu au questionnaire avec le tiers accompagnant, constituent 23,6% des répondants et se répartissent de manière égale entre les enfants de moins de 10 ans et les publics pré et adolescents de 10 à 14 ans. La fin d'adolescence, de 15 à 19 ans, contient 18,5 % du public interrogé.

La population d'adulte jeune, de 20 à 39 ans, est définie par 19% des sujets ; celle des adultes de 40 à 49 ans par 14,7% de la population et 9,5% pour les plus de 50 ans.

L'échantillon est principalement représenté par un public de jeunes patients et d'adultes jeunes, essentiellement de sexe féminin.

1.1.2. *Les richesses sociales*

1.1.2.1. La position sociale

a. La catégorie socio-professionnelle

Le taux de réponse est faible de 61,5%. Il s'explique par le fait qu'il concerne seulement les personnes en activité professionnelle d'une part, mais également par l'absence de réponse de certains tiers.

La catégorie socio-professionnelle est considérée comme un indicateur synthétique des richesses sociales, culturelles, économiques, détenues directement ou non par les sujets. Elle occupe une place de choix en sociologie explicative²⁰⁵. Il s'agit d'une variable dite d'état, reconnue socialement²⁰⁶. Le classement le plus établi institutionnellement est celui des catégories socio-professionnelles (CSP) de l'INSEE. Il offre l'inconvénient d'être difficilement maîtrisé par l'ensemble de la population, laquelle ignore bien souvent ses critères de construction.

La grille proposée ici ne s'assujettit en rien à l'arbitraire du classement propre à toute nomenclature mais propose une approche des positions sociales simplifiée. Les individus ont la liberté de se positionner eux-mêmes. Elle permet également de tenir compte de la qualification de l'emploi. Aujourd'hui, un employé peut exercer des tâches non qualifiées et donc ne pas occuper un positionnement social supérieur à l'ouvrier qualifié²⁰⁷.

Pour accroître la stabilité et la standardisation des résultats, il peut être intéressant d'ajouter d'autres questionnements. Nous n'avons pas choisi de les développer dans cette étude pour des raisons d'efficacité.

Parmi les personnes en activité, 37,3 % ont le statut cadre. 32,2% des interrogés sont des employés, 10,2% des ouvriers. Parmi ces deux populations, 10,2% occupent un emploi non qualifié. Les indépendants de type artisans et commerçants représentent 10,2% des répondants et 1,7% pour les agriculteurs et exploitants agricoles.

²⁰⁵ De Singly, F. (2012). *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes* (3^e édition). Paris : Armand Colin, collection 128.

²⁰⁶ Desrosières, A., Thevenot, L. (1998). *Les catégories socio-professionnelles*. Paris : La Découverte.

²⁰⁷ De Singly, F., *op.cit.*, p.155

A cette grille sur les CSP, vient s'ajouter une seconde nomenclature qui permet de fixer le positionnement social des non-répondants, soit 32,3% de l'échantillon. Parmi les personnes qui ne sont pas considérées comme actives, les sujets sans emploi se situent à 9,7% dans l'échantillon, les femmes ou hommes au foyer à 6,5% et les retraités 12,9%. Les étudiants représentent 64,5% des sujets ayant répondu à cette question.

La population se répartit principalement entre sujets de statut cadre, personnels employés et population étudiante.

Pour ces questions sur la fixation sociale, les tiers accompagnant ont répondu selon leurs propres critères et non ceux de leurs enfants.

b. Domaine d'activité

Le domaine d'activité est intéressant dans l'hypothèse où une position sociale occupée par un individu à un temps donné peut se maintenir dans le temps, y compris les inactifs ou retraités.

Cette question a été également retenue pour sonder l'importance des sujets de la sphère sanitaire et sociale parmi les répondants. Nous pouvons supposer que leur connaissance du terrain est affinée par rapport à d'autres populations.

Les personnes occupant des activités dans la santé ou le social représentent 33,4% de l'échantillon.

1.1.2.2. Le capital scolaire

La population est répartie de manière relativement équilibrée. Les sujets situés entre bac+2 et bac+5 constituent une petite majorité de l'échantillon avec un taux de 24,1% sur les 86,5% de répondants. Elles sont suivies de près par les personnes n'ayant pas leur bac ou équivalent. Néanmoins, cette catégorie n'est pas représentative car elle contient à la fois les personnes n'ayant pas poursuivi leurs études secondaires et les répondants lycéens de plus de 15 ans n'ayant pas encore passé ce diplôme. Ce chiffre n'est donc pas exploitable. Les bacs ou équivalents occupent 19,3% de l'échantillon, suivis des bacs+5 à 18,1%. Cette population possède un capital scolaire essentiellement de moyen à élevé puisque 59,1% des participants ont un niveau d'études supérieures à bac +2 ans.

1.1.3. Les indicateurs de la vision du monde sociale

Cette question s'inspire directement de l'enquête Aspiration du CREDOC²⁰⁸ qui propose un indicateur de maîtrise du monde social ou indicateur de domination sociale symbolique. Il met en évidence le sentiment de sécurité intérieure du sujet face au monde dans lequel il vit. Il est caractéristique des sujets ayant une perception peu favorable du milieu comme support social. « Les personnes les plus inquiètes ont des traits d'identité qui sont souvent du côté de la domination subie ». ²⁰⁹La passation du questionnaire peut également être perçue sur un mode inégalitaire : « les personnes très inquiètes trahissent à la fois une impression du moment et leur sentiment général face à l'évolution du monde qui leur échappe ». C'est également d'après De Singly, l'expression d'un soi diminué.

Pour l'objet de notre étude, sonder ce sentiment de maîtrise du monde qui les entoure, nous paraît important. Parmi les enjeux éthiques propres à la relation de soin, figurent la place et le statut, réels ou éprouvés, des partenaires thérapeutiques. Cet indicateur, mis en relation avec des variables dépendantes qui ont trait aux pratiques et aux représentations, peut nous permettre d'apprécier plus finement certains comportements d'adhésion ou de retrait, certains besoins d'accompagnement ou de soutien ou encore des positionnements de défiance au sein de la relation. Il propose une vision partielle et donc à nuancer de la vision du monde social.

Parmi l'échantillon, une forte majorité des participants présentent de l'inquiétude face au monde qui les entoure soit 59,4%. Ce sentiment d'insécurité intérieure est perçu de manière forte (beaucoup à profondément d'inquiétude) par 29,2% des sujets. Seuls 11,5% des personnes interrogées témoignent d'un sentiment de maîtrise du monde sociale.

Dès lors, cette donnée est à prendre en compte et à affiner. Elle offre un nouveau territoire d'analyse quant au positionnement des patients au sein du colloque singulier soignant-soigné. Nous sommes en présence dans cet échantillon de sujets qui se situent d'avantage du côté de la domination subie, même si ce propos est à nuancer et ne reflète qu'une vision partielle de la réalité, appréhendée ici sous l'angle de la sociologie explicative. Cet indicateur est d'autant plus intéressant dans la mesure où la relation soignant-soigné s'accompagne d'enjeux de pouvoir et de savoir. Ces derniers, selon la position du curseur entre pouvoir et savoir, définissent en partie le modèle relationnel au sein duquel s'insèrent les partenaires du soin.

²⁰⁸ CREDOC. (2013). *La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société Française. Les conditions de vie et les aspirations des Français.* (Rapport). Collections des rapports. Disponible sur : <http://www.credoc.fr/departements/aspi.php> (<http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R297.pdf>)

²⁰⁹ De Singly, F., *op.cit.*, p.155

1.2. Les indicateurs contextuels

Les indicateurs contextuels	Le type de traitement	<i>Type de traitement</i>
	La durée de traitement depuis le début de la prise en charge	<i>Durée de traitement</i>

1.2.1. Le type de traitement

L'essentiel de la population se situe dans une prise en charge orthodontique simple, soit 67,7% des sujets. Près du tiers de l'échantillon, soit 32,3% des patients, se situent dans un traitement pluridisciplinaire, soit 20,8% pour les traitements orthodontico-chirurgicaux, 9,4% pour les thérapeutiques orthodontico-parodontologiques et 2,1% d'« autres », le plus souvent des aménagements des espaces pré-prothétiques.

1.2.2. La durée de traitement

L'échantillon est relativement équilibré concernant la répartition par durée de traitement. Chacune des catégories avoisinent les 20% (par ordre décroissant : 22,9% pour les prise en charge de moins de 6 mois, 21,9 % pour celles de 6 mois à 1 an et de 1 à 2 ans, 18,8% pour celles dépassant les 3 ans). Les thérapeutiques dont le temps depuis le début des soins se situe entre 2 et 3 ans représentent une proportion moindre de 14,6%.

Les sujets se situent donc à des stades différents de la prise en charge de manière sensiblement homogène. Il sera intéressant de confronter cette variable avec d'autres indicateurs afin d'explorer l'influence du stade de traitement sur le processus d'adhésion aux soins.

2. Pratiques, représentations, vécus et valeurs

2.1. Les indicateurs portant sur la relation de soin

2.1.1. Nature et vécu de la relation de soin

2.1.1.1. Les indicateurs portant sur la nature de la relation de soin

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Nature de la relation de soin</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Modèle relationnel éprouvé (Q8) Nature de la relation lors de la transmission de compétences techniques (Q15) Nature de la relation lors de la transmission de savoirs experts (Q16) Nature de la relation à construire (Q19)
Niveau de la réalité	<i>Réponses</i>	

a. Modèle relationnel éprouvé

Le taux de réponse atteint 95,8%. La majorité des sujets interrogés se situe dans un modèle relationnel de type **partenariat-partenariat** soit 40,2% de l'échantillon. Il est facile de rapprocher ce type de relation du modèle **synergie-alliance thérapeutique** (14,1%). Ces manières de vivre en relation sont très proches. Si la synergie et l'alliance vont plus loin dans la représentation de ce modèle collaboratif, ils ne sont que deux aspects d'un même modèle relationnel. Ils témoignent d'un sentiment d'équilibre fort et de pouvoir partagé au sein de la relation soignant-soigné dans ce contexte particulier de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière au sein du CHU de Rennes. Cet équilibre relationnel éprouvé représente au total 54,3% des sujets interrogés. Chez ces sujets, le soignant est perçu comme partenaire, voire allié. A l'inverse, 35,9% des participants se situent en tant que partenaire du soin. Le soignant reste celui qui domine et dirige la relation. Ils s'inscrivent au sein du modèle **direction-coopération**.

Une minorité de sujets, soit 6,5%, ne parvient pas à se situer dans l'espace relationnel. Seul 3,3% de l'échantillon, se soumet pleinement aux directives du soignant à travers une relation de type **direction-subordination**. Il est impossible d'établir ici si ce positionnement du patient est subi ou approuvé.

Au total, il existe un équilibre dans la manière dont est perçu le statut du soignant au sein de la relation. Dans 39,2% des situations de soin, le pouvoir est transféré au soignant. Il est celui qui dirige et conduit la relation, que cela soit subi ou approuvé. Dans 40,2% des cas, le pouvoir est partagé au sein de la relation. Le soignant est le partenaire, voire l'allié thérapeutique.

b. Nature de la relation à construire par les partenaires du soin

Les notions d'**accompagnement** et de soutien sont choisies par près d'un tiers de l'échantillon. Elle met en avant les compétences relationnelles du soignant et ses capacités à rassurer et à guider. Dans ce type de relation soignant-soigné, le patient tend à se laisser conduire par un soignant qui le sécurise.

Les autres réponses proposées positionnent le soigné dans une interaction plus sensible avec le soignant au sein de l'équilibre relationnel. Le concept d'**éducation** est retenu par 18,4% des participants, sans qu'il soit envisageable de définir à ce stade de l'enquête de quelle acception de l'éducation il s'agit. L'**alliance** occupe une place similaire soit 17,2% des sujets, suivie dans le même ordre de grandeur par la **communication** avec un taux de 16,1%.

La notion de **conversation**, très proche de communication, représente un patient sur dix (10,3%). Elle se distingue sensiblement de cette dernière en suggérant un dialogue plus affiné et une plus grande qualité d'échange selon Reach²¹⁰ que la simple communication.

²¹⁰ Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.

La notion de **rencontre** des acteurs du soin, même si peu citée (4,6% des acteurs) est intéressante. Elle met en jeu d'autres aspects de la relation de soin que l'accompagnement, la communication ou encore l'éducation. Elle souligne l'importance de la rencontre au sein du colloque soignant-soigné et de l'alliance thérapeutique.

Cet indicateur met en avant différents aspects de la relation. D'un côté, elle souligne l'importance de la relation d'accompagnement et de soutien. De l'autre côté, elle dessine la portée du dialogue, de l'échange et de l'alliance. La notion d'éducation, telle que l'entendent les participants et non telle que nous l'entendons en tant que soignant, reste à définir.

c. Nature de la relation lors de la transmission de compétences techniques

Cette question permet d'affiner la représentation qu'ont les patients de l'éducation, à travers l'apprentissage de compétences techniques. Comment définir ce transfert de compétences ? Quels mots le patient place-t-il sur ces différentes notions à travers un exemple concret : l'enseignement des techniques de brossage ?

Les frontières entre **éducation et accompagnement** sont floues : les sujets choisissent majoritairement ces deux aspects de l'apprentissage dans des proportions similaires (43,8% pour l'éducation et 41,7% pour l'accompagnement).

La notion de communication dès lors qu'il s'agit d'apprentissage technique se situe plus loin : seul 1 patient sur 10 la cite (12,5%). Alliance et conversation sont ici négligeables (1%).

d. Nature de la relation lors de la transmission de savoirs experts

Cet indicateur s'apparente à celui cité précédemment. Il permet d'explorer la représentation de la notion d'éducation : va-t-elle au delà d'apprentissage de savoir-faire techniques dans les représentations du patient ? L'échange de savoirs dits experts ou médicaux constitue-t-il un des aspects de l'éducation du patient au regard des participants ? Il semblerait que ce ne soit pas le cas. L'éducation occupe seulement 7,3% de l'échantillon. La transmission de savoirs experts est de l'ordre de la communication pour l'essentiel des participants, soit 46,9%, suivie de l'accompagnement pour 36,5% d'entre eux. Les notions d'alliance et de conversation sont ici négligeables (respectivement 6,3% et 3,1%).

Ces résultats constituent un guide précieux pour les soignants quant à la réception d'éventuelles actions d'éducation thérapeutique par exemple.

2.1.1.2. La relation de soin éprouvée

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Relation de soin éprouvée</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Sentiment de maîtrise de la relation (Q5) Aspects de la relation entraînant un sentiment de domination éprouvée (Q6)
Niveau de la réalité	<i>Réponses</i>	

a. Sentiment de maîtrise de la relation

La majorité du public interrogé soit 90,5% des participants se sent peu ou pas contraint dans l'équilibre de la relation avec le praticien (26,3% pour peu contraint et 64,2% pour pas contraint). Seul à peine un patient sur dix se sent assez ou très contraint (3,2% pour très contraints et 6,3% pour assez contraints). Néanmoins, la question ici n'a pas été correctement construite. Le terme employé est très fort (contraindre) et enferme le sujet dans la question. Cet indicateur, dans ce contexte donné de l'enquête, reste peu fiable. Cette question aurait pu être supprimée au profit de l'indicateur suivant, plus affiné et surtout moins stigmatisant. La formulation de la question présentée ici suscite des positionnements immédiats et marqués, révélant mal la réalité éprouvée.

b. Aspects de la relation entraînant un sentiment de domination éprouvé

L'intérêt de cet indicateur est de sonder l'origine des tensions éprouvées du point de vue du sujet de soin.

Seuls 35,4% des sujets ont répondu à cette question. Ils correspondent aux participants ayant répondu favorablement à la question précédente. Les réponses proposées mettaient en jeu différents aspects de la relation susceptibles d'entraîner un malaise chez le patient. La **difficulté à s'exprimer et à s'affirmer** en tant que sujet a été retenue par la majorité des répondants, soit 41,2%. Le sentiment de ne pas être **reconnu dans ce que le sujet est et la manière dont il se vit** et se perçoit, soulignant la notion de **reconnaissance du sujet** et de son **savoir dit profane**, est choisie par un peu plus d'un cinquième des répondants, soit 23,5%. L'absence de **prise en compte du sujet dans sa singularité** (17,6%) et le **sentiment d'être insuffisamment écouté** (20,6%) sont ensuite cités.

Cet indicateur souligne l'importance de la reconnaissance du patient comme **sujet de soin** chez les participants qui rencontrent des tensions au sein de la relation soignant-soigné. Il permet d'introduire des notions fondamentales de la relation de soin telles que la prise en compte de la **singularité de l'individu**, de son **savoir profane** et la nécessité d'une **écoute active**, favorisant l'expression du patient.

2.1.2. Les indicateurs portant sur le patient

2.1.2.1. Posture, place et rôle du patient dans le processus d'adhésion aux soins

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Posture, place et rôle du patient dans le processus d'adhésion aux soins</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Norme de comportement du patient éprouvé (Q9) Sentiment d'autonomie éprouvé (Q21) Désir de participer plus activement à son suivi (Q20) Désir de se sentir plus responsable dans son suivi (Q22)
Niveau de la réalité	<i>Réponses</i>	

a. Comportement normatif du patient

Cet indicateur permet de mettre en relief les représentations du patient quant au comportement qu'il lui paraît être attendu de lui par le soignant. En ce sens, il s'agit de la norme de comportement qui s'est construite à partir des interactions entre les acteurs du soin au sein d'un environnement particulier, le service d'Orthopédie Dento-Faciale du CHU de Rennes, mais également à travers les valeurs véhiculées par la société. C'est bien l'ensemble du milieu d'interaction, du macro au mésosystème²¹¹, qui prend part à la construction de la norme.

La **confiance** est choisie par une majorité de répondants, à hauteur de 37,5%. Le soignant attend de son patient qu'il lui fasse confiance dans la perception des participants. La confiance se situe donc avant la notion de **coopération**, plus familière des professionnels de santé (29,2%). Suivent ensuite deux aspects de la coopération, la **responsabilité** avec un taux de 16,7% qui engage le sujet dans le soin et l'exercice de la **volonté** de l'ordre de 14,6%.

La posture de l'**autonomie** est négligeable puisque citée seulement par 2,1% des participants.

Il convient donc pour le patient de remettre sa confiance au soignant, dans une attitude de coopération, mettant en jeu deux dimensions que sont la responsabilité du sujet et la coopération. La notion d'autonomie en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière reste peu inscrite dans les représentations des patients.

²¹¹ Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.

b. Sentiment d'autonomie éprouvé

Pour connaître le positionnement des patients quant au sentiment d'autonomie éprouvé et mis en jeu en Orthopédie Dento-Faciale, une échelle numérique à été choisie. Paire, elle oblige le patient à se positionner sans ambiguïté. Ainsi, 67,8% des participants semblent éprouver un sentiment d'autonomie dans leur prise en charge. 32,3% d'entre eux à l'inverse ressentent un faible sentiment d'autonomie. 3,1% des participants ne sont pas parvenus à répondre à cette question. Les annotations spontanées étaient ici essentielles puisque 3 d'entre eux ne comprenaient pas l'enjeu de l'autonomie dans la relation de soin en Orthopédie Dento-Faciale.

La majorité de l'échantillon est satisfaite de l'autonomie qui lui est laissée au sein de la thérapeutique et de l'espace relationnel. Les répondants ne cherchent pas, pour la plupart, à développer ce sentiment d'autonomie. Ils ne mentionnent d'ailleurs en rien que cette compétence soit attendue d'eux par leur soignant. L'autonomie en Orthopédie Dento-Faciale demeure un concept mal défini et des investigations supplémentaires seraient à construire. De quoi parle-t-on lorsqu'on parle d'autonomie dans les représentations des soignés et des soignants ?

c. Désir de participer plus activement à son suivi

Cet indicateur se propose d'explorer la notion d'engagement à travers la **participation active** des patients à leur prise en charge. Il s'agit de questionner leur besoin et leur volonté de s'engager plus en profondeur dans leur suivi en tant que partenaire et sujet du soin.

Une forte majorité de patients se sentent satisfaits de leur implication dans le traitement et n'éprouvent pas le besoin de participer d'avantage. Cette dimension est essentielle car elle met en relation la notion de participation active avec le besoin et la perception des patients de leur positionnement dans le soin. Cela peut souligner un décalage entre des notions très contemporaines comme la participation active du sujet à son traitement, développée en partie dans le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique, et une posture plus passive du soigné acceptée et assumée comme telle. Cette dissonance s'inscrit ici dans un contexte particulier propre à la discipline étudiée. L'Orthopédie Dento-Faciale, de part ses frontières floues, aux confluent du soin et de l'esthétique, interroge le statut des patients comme partenaires actifs du soin.

Au contraire, une autre hypothèse réside dans le fait d'une relation partenaire-partenaire établie entre soignant et soigné au sein du service, qui n'entraîne pas d'aspiration à plus de participation du sujet dans le suivi thérapeutique.

Parmi les répondants, 33,4% d'entre eux souhaiteraient participer d'avantage à leur suivi (un peu pour 24% et beaucoup pour 9,4%).

d. Désir de se sentir plus responsabilisé dans son suivi

Cet indicateur interroge la notion d'engagement du patient, à travers la dimension de responsabilité et surtout de responsabilisation. Néanmoins, les catégories de réponses proposées ici sont mal formulées. « Non, assez peu » et « non, pas du tout » peuvent être regroupées au sein d'une même catégorie. Elle représente alors 52,8% de l'échantillon. Les patients désirant être plus responsabilisés ont un taux de 47,8%. Si l'échantillon semble pour cet item réparti de manière relativement équilibrée, il est cependant difficile d'extraire des conclusions pertinentes. Les concepts comme l'autonomie ou encore la responsabilité reposent sur des acceptions plurielles. Il est difficile de connaître la perception des sujets interrogés sur ces notions et le sens qu'ils leur attribuent.

2.1.2.2. Ressources du patient

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Ressources du patient -</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Capacités à développer pour favoriser l'efficacité du traitement (Q14) Capacités à développer pour favoriser le sentiment d'autonomie (Q23) Capacités à développer pour améliorer sa santé bucco-dentaire (Q17) Contenu des savoirs à échanger (Q10) Freins éprouvés aux modifications des comportements de santé (Q13)
Niveau de la réalité	<i>Réponses</i>	

a. Capabilités (1) : capacités à développer pour favoriser l'efficacité du traitement

Cet indicateur, comme les deux suivants, s'intéresse à l'exercice des capacités ou capabilités développées par l'économiste Indien Sen²¹². Il permet de mettre en lumière ce qui chez le patient peut être mis en mouvement pour favoriser l'efficacité de son traitement. Il s'agit là encore de la perception du patient dans ce qui peut l'aider à se mouvoir dans la thérapeutique. Les éléments de réponse représentés ici ne sont que des propositions compte tenu du caractère empirique et exploratoire de l'application de ces notions à la discipline orthodontique. Elles autorisent cependant à un premier regard porté sur les besoins du patient. Pour l'étude des capabilités, les finalités proposées dans le questionnaire (l'efficacité du traitement, puis dans les questions suivantes l'amélioration de la santé bucco-dentaire et l'autonomie), ont peu d'importance. L'enjeu réside dans la conscience du patient de pouvoir développer en synergie avec le soignant ses ressources propres.

²¹² Sen, A. (1993). *Éthique et économie*. Paris : Presses Universitaires de France, Philosophie morale.

L'agir et le faire, chacun se rapportant au domaine de l'action, sont retenus par 40% des participants. Les notions de confiance et de responsabilité se situent à 27,4% de l'échantillon. Il est à l'évidence difficile à l'aide d'un questionnaire seul d'entrevoir ce que les patients entendent ici sous le terme responsabilité. Des explorations par entretiens seraient nécessaires pour affiner les représentations. Le faible taux associé à la réponse « **décider et délibérer** » de 5,3% est intéressant dans un contexte de démocratie sanitaire où les patients sont invités à participer de manière active à leur prise en charge. Cette participation active revêt ainsi d'avantage la forme de l'action que de la délibération.

b. Capabilités (2) : capacités à développer pour améliorer sa santé bucco-dentaire

Cet item n'a d'intérêt qu'à travers les différents énoncés proposés. Il s'agit ici surtout d'explorer, à la manière d'un questionnaire préparatoire ou pilote, comment aborder la notion de capacités/capabilités en Orthopédie Dento-Faciale. Comment mobiliser les ressources propres du sujet pour l'aider à se mouvoir au mieux au sein de la thérapeutique ? Surtout, sur quel terrain l'équipe soignante peut-elle s'orienter afin de soutenir les capacités du patient, mises à l'épreuve dans ces situations de vulnérabilité éprouvée qui accompagnent parfois le soin ? « Avoir la liberté de ses choix ne signifie pas pour autant être en capacité de les réaliser. »²¹³ L'approche des capabilités suggère de soutenir les possibilités d'inventivité et d'adaptation de la personne à son environnement.²¹⁴ « Améliorer sa santé bucco-dentaire », tout comme l'énoncé précédent « favoriser l'efficacité du traitement », ne sont alors qu'une porte d'entrée pour tenter de saisir la notion de capacité, à travers la mobilisation des capacités du sujet. Les réponses de ces deux items sont à articuler et à mettre en relation.

Parmi les réponses choisies, plus d'un participant sur quatre souligne l'importance de renforcer les **capacités d'adaptation** du quotidien aux contraintes du traitement. Comment redéployer son quotidien dans les conditions nouvelles d'être au monde induites par le traitement ?

L'apprentissage d'habiletés nécessaire à une bonne santé orale est retenu par 17% des sondés. Il s'agit là de savoir-faire pratique qui met en jeu les **capacités d'agir** de la personne. Les **capacités de décider** se situent en troisième position avec 10,5% des réponses. Elles se situent sensiblement en amont de la **capacité de délibérer**, pourtant proche mais qui implique l'échange et la participation mutuelle des acteurs. La notion de **responsabilité** est représentée par un patient sur dix (10,5%).

²¹³ Mano, M.C., Trentesaux, T., Begué-Simon, A.M., Wolikow, M., Hamel, O., Hervé, C. (2015). Éducation Thérapeutique Du Patient En Odontologie. *Éthique & Santé*, 12(2), 77-84.

²¹⁴ Blanc, G.L. (2000). *Lectures de Canguilhem : le normal et le pathologique*. Paris : ENS Éditions.

c. Capabilités (3) : capacités à développer pour favoriser le sentiment d'autonomie²¹⁵

Cet item renvoie à la notion d'autonomie dans l'interdépendance des acteurs du soin. Construite en synergie avec le soignant, l'autonomie entre dans le champ des capacités/capabilités à déployer et à renforcer pour mener à terme le soin. Pensée dans une perspective temporelle plus ample dont les enjeux seraient à la fois individuel et collectif, le soignant participe à asseoir la capacité d'autonomie du sujet en tant qu'acteur de sa santé sur le long terme. Il s'agit bien ici d'autonomie réfléchie dans l'interdépendance des acteurs du soin et non comme exercice d'un droit statutaire dans une conception très individualiste du soin.

La notion de **confiance**, choisie par la majorité des participants avec un taux de 36,7%, illustre bien la question de l'interaction des acteurs du soin dans l'exercice des capacités/capabilités du sujet. L'autonomie se construit dans l'interrelation soignant-soigné au sein d'une véritable alliance thérapeutique. La confiance devient une des conditions d'interactions des acteurs du prendre soin.

La **capacité d'agir** occupe la seconde position avec 27,8% des répondants. Tout comme les items précédents, elle se situe en amont de la **capacité de décider et de délibérer**. Il aurait été intéressant de distinguer dans deux propositions distinctes le décider et le délibérer qui ne renvoient pas aux mêmes aspects. La dimension de **responsabilité** est retenue par une moindre proportion de participants avec 15,6% des réponses.

d. Contenu des savoirs à échanger

La question posée repose sur le contenu des savoirs échangés avec le soignant dans un souci d'amélioration des pratiques. Les participants pouvaient choisir jusqu'à 3 propositions. La **douleur** est choisie par une très forte majorité de participants avec un taux de 40,4%. Le **sens du traitement** est partagé en seconde position par 32,6% des répondants. Suivent le sentiment d'**inconfort** et la maîtrise des soins **d'hygiène bucco-dentaire**, suivis de l'**anxiété** et de l'**alimentation**. En dernière position figurent les émotions.

Les thèmes portant sur la **relation du sujet au monde à travers l'esthétique, le regard de l'autre, la difficulté de s'approprier et de se reconnaître dans ce visage qui se modifie et se redessine, l'apparence altérée** représentent à eux seuls 42,7% des propositions choisies. Ces aspects de la thérapeutique sont à mettre en relation avec la demande d'échange concernant le **sens du traitement**, citée précédemment. Ces dimensions sont essentielles et révèlent bien les préoccupations des sujets, inhérentes à la discipline de l'Orthopédie Dento-Faciale, au delà de l'aspect technique du soin.

²¹⁵ Svandra, P. (2007). *L'autonomie comme expression des « capabilités »*. Éthique & Santé, 4, 74-78.

e. Freins éprouvés aux modifications des comportements de santé

Cette question interroge les freins perçus et éprouvés par les sujets quant à leur capacité de modifier leur comportement de santé. Il s'agit d'aller au delà de la simple observance thérapeutique, en tant qu'obéissance à la règle. Quels mécanismes sont en jeu dans la compliance?

Changer ses habitudes est cité par la majorité des sujets, avec un taux de 37,2%. Cet aspect souligne le poids du quotidien et des habitudes de vie dans la modification des comportements. **Changer des comportements qu'on croyait bons** occupe la seconde place avec 24,5% des réponses. La notion de croyance, indissociable de celles d'observance et d'adhésion aux soins est ainsi mise en évidence. **L'absence de volonté**, obstacle majeur à la participation active du sujet à son traitement, est citée par 17% des participants. Elle est suivie par la **préférence pour certains comportements néfastes** comme la consommation d'aliments sucrés ou encore le tabac (8,5%). Enfin, l'absence de désir profond est située en dernière position avec 4,3% des sondés.

L'absence de compliance au yeux des participants interrogés relève moins du désir que des croyances, de l'habitude et de la volonté du sujet.

2.1.3. Les indicateurs portant sur le soignant

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>Posture et approche soignante</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Affinité pour la posture soignante (Q7) Approche soignante favorisant l'engagement du patient (Q11) Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins (Q12)
Niveau de la réalité	<i>Réponses</i>	

2.1.3.1. L'affinité pour la posture soignante

De la même manière que pour les résultats du premier temps exploratoire où l'**écoute** apparaissait être un des éléments cognitifs centraux du prendre soin, elle est choisie par une large majorité des participants, soit 41,5% des répondants.

La notion d'**engagement** du soignant, avec un taux de 28,7%, est mise en valeur dans cet item. La capacité à faire **alliance** avec le patient (11,7%) demeure un élément important de la relation à l'autre, plus que la notion d'**égalité** (3,2%) dans un contexte de démocratie sanitaire affiché. La figure de l'**humilité** chez le soignant (10,6%) occupe une place non négligeable dans les représentations des participants. Le recours à une posture de l'**autorité** est retenu par une infime proportion de participants soit 1,1%.

2.1.3.2. Approche soignante favorisant l'engagement du patient

Cet item, comme le suivant s'inspire du test « quel type d'éducateur êtes-vous ? », réalisé par Sandrin Berthon et Deschamps²¹⁶. Il est d'avantage question ici d'explorer l'approche soignante plus que la dimension éducative du soin. D'autres propositions de réponses ont donc été ajoutées pour mieux cerner l'objet de notre recherche. Dans cet item, le participant qualifie lui-même parmi les différentes propositions l'approche soignante qui lui fait écho. Les propositions de l'item suivant sont une synthèse du test de Sandrin Berthon et Deschamps. Elles permettent d'explorer la représentation et la signification de chacune des approches citées aux yeux des participants.

L'approche **informative** est citée en premier lieu avec un taux de 27,7%. Il aurait été intéressant, compte tenu des résultats mis en évidence par l'approche structurelle de la représentation du prendre soin, d'explorer la notion d'explication plutôt que d'information. Nous pouvons peut-être supposer que ces deux notions soient proches dans la représentation des participants. La notion d'**accompagnement** se situe en seconde position (23,4%). Elle est suivie de l'approche **responsabilisante** (19,1%), puis de l'approche **participative** (14,9%). La dimension **éducative** du soin occupe une position éloignée avec 8,5% des répondants. Enfin, l'approche **moralisante** avec 4,3% se retrouve chez une minorité de participants. Les aspects **injonctifs** et expectatifs ne trouvent pas d'écho. Dès lors, l'information/explication apparaît essentielle pour favoriser l'adhésion aux soins, mais ne suffit pas. L'accompagnement du patient, sa responsabilisation encouragent le patient à s'engager dans le soin. Dans un contexte de démocratie sanitaire, seul un peu plus d'un patient sur dix se reconnaît dans une dimension participative du soin. Ceci permet d'interroger l'imprégnation de ces valeurs sociétales contemporaines au sein des relations de soin en Orthopédie Dento-Faciale et par là même d'interroger le paradigme soignant en lisse dans notre discipline. Une approche à tendance paternaliste forte avec les notions de moralisation et d'injonction ne semble pas retenue par les participants.

2.1.3.3. Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins

D'après les réponses du test de Sandrin-Berthon et Deschamps, le choix préférentiel des participants («transmettre, informer, expliquer les risques et bénéfices du traitement » avec 59,9%) renvoie à une approche **informative**. Ceci conforte donc le résultat de la question précédente. « Apprendre à gérer les risques pour votre santé, développer votre sens critique » illustre la notion de **responsabilité** citée par 17,7% des répondants. Suivent ensuite l'approche **participative** (« Vous appropriiez les connaissances et les compétences utiles, construire une réponse adaptée à vos besoins et vos attentes » avec 13,5%), puis l'approche **injonctive** (« Inciter à respecter les conseils et mettre en garde contre les comportements à risque » avec 9,4%). Ces résultats renforcent les résultats précédents.

²¹⁶ Sandrin-Berthon, B., Deschamps, J.P. (2000). Quel type d'éducateur êtes-vous ? Disponible sur : <http://www.sante-pub.u-nancy.fr/esp/>.

2.1.4. Les indicateurs portant sur l'espace signifiant

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>L'espace signifiant</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	La qualité de l'espace de soin la plus signifiante (Q4)

La qualité de l'espace de soin

Cet item renvoie à l'espace de soin qui vient soutenir, voire renforcer la relation de soin. Parmi les facteurs d'interactions des acteurs du soin, figure **l'espace médiateur ou espace relationnel**. C'est cette dimension de l'espace de soin que les patients choisissent lorsqu'ils citent « **être humain** » pour 38,5% d'entre eux et « **être accueillant** » pour 24% de l'échantillon, soit un total de 62,5%.

Les références à l'**organisation** et à la **sécurité des soins** dispensées occupent une part moindre de l'échantillon. La maîtrise des risques sanitaires est retenue par 16,7% de la population, suivie de « être fonctionnel » par 8,3%, « être organisé » par 5,2%, soit une proportion de 30,2%. Enfin, figure la **capacité d'innovation et d'ouverture à des technologies de pointe**, citée par 5,2% des répondants.

L'espace de soin est porteur de sens au sein de la relation, qu'il soutient et renforce : c'est l'espace relationnel. La réception d'un espace organisé, sécuritaire et innovant revêt également toute son importance pour les sujets de soin.

2.2. Les indicateurs portant sur l'approche éducative, comme modèle relationnel favorisant l'interaction des partenaires du soin

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>L'approche éducative</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins (Q12) Représentations de l'éducation (Q26) Temps réservé à l'approche éducative (Q27) Légitimité de l'éducateur soignant (Q28)
Niveau de la réalité	<i>Réponses</i>	

2.2.1. Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins

Cette question a déjà été précédemment analysée dans la partie « Posture et approche soignante ». Elle nous renseigne cependant sur la place que les participants accordent à l'approche éducative dans le soin. A peine un patient sur dix (8,5%) la cite comme approche à même de susciter l'engagement du patient en Orthopédie Dento-Faciale. Il reste cependant à percevoir quel sens les patients attribuent au terme éducation dans le contexte singulier de la relation soignant-soigné.

2.2.2. Représentations de l'éducation

Cet item cherche à appréhender le sens du terme éducation en santé à travers ses différentes acceptions. L'objectif est de mieux cerner les différents aspects de l'approche éducative mis en jeu dans les représentations des participants.

Le mot éducation renvoie ainsi à la notion de **responsabilité** pour une majorité de répondants avec un taux de 42,1%. Cette réponse est intéressante dans la mesure où la notion de responsabilité a été citée à plusieurs reprises dans les différents items de cette enquête.

L'éducation est associée à **l'éveil** chez 18,9 % des participants. Cette acception de l'éducation fait écho à l'infinitif latin *e-ducere*. E-ducere signifie « conduire hors de », et en particulier hors de soi-même dans le sens de « faire éclore » nous précise Jacquard²¹⁷. Il ne s'agit plus d'alimenter l'autre de connaissances mais de le révéler à sa qualité d'homme, « à lui apprendre à participer à la construction de son humanité, et pour cela, de l'inciter à devenir son propre créateur, à sortir de lui même pour devenir un sujet qui choisit son propre devenir, et non un objet qui subit sa fabrication²¹⁸ ».

La référence à **l'autonomie** est choisie par 17,9% des participants. Elle fait écho à la notion d'éveil développée précédemment.

La référence à l'éducation comme élaboration de la **norme** est intéressante, même si citée par une minorité de sujets, soit 5,3%. Cette dimension de l'éducation existe et est à prendre en compte dans le risque de glissement au regard de l'éthique du soin²¹⁹. Les termes **fermeté** (3,2%), **autorité** (1,1%) et **manipulation** (3,2%), même si peu retenus, illustrent là encore le risque de déviances liées à toute approche éducative²²⁰. Enfin, l'éducation comme moyen d'accéder au succès thérapeutique occupe un taux de 4,2%.

L'éducation en santé chez les participants est appréhendée à travers le triptyque **responsabilité-éveil-autonomie**.

²¹⁷ Jacquard, A. (2013). *L'héritage de la liberté. De l'animalité à l'humanité*. Paris : Seuil.

²¹⁸ *Ibid.*

²¹⁹ Roussille, B., Deschamps, J.P., Masse, R., *et al.* *Education pour la santé et éthique*. (2001). Séminaire international du Comité Français d'Education pour la Santé, 27 et 28 janvier 2000, Dourdan (Essone). Vanves : Editions CFES.

²²⁰ Mano, M.C. (2009). *Pertinence de l'application du concept d'Education Thérapeutique du Patient aux abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale*. (Mémoire de Master 2). Université de Paris Descartes.

2.2.3. Temps réservé à l'approche éducative

Ce temps réservé à l'approche éducative en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière apparaît suffisamment développé chez 67% des participants (très développé pour 9,9% et assez développé pour 57,7%). Il est insuffisamment présent pour 29,7% des sujets, et absent des séances de soin pour 3,3% de l'échantillon.

2.2.4. Légitimité de l'éducateur soignant

Cet indicateur interroge la légitimité de l'éducateur dans la perception des patients. Elle questionne également la notion de délégation du temps éducatif auprès des autres membres de l'équipe soignante. L'**orthodontiste** est perçu comme un acteur légitime de l'éducation en santé pour près de 40% des participants. La place de l'**équipe soignante** apparaît essentielle et citée par 34,4% des sujets. Elle permet d'instaurer un climat de confiance nécessaire à l'apprentissage de savoirs.

Le **chirurgien-dentiste** est retenu par 22,6% des répondants. Cela souligne l'importance des rapports omnipratricien-spécialiste dans le suivi des patients. Par ailleurs, la majorité des patients suivis en orthodontie hospitalière sur Rennes, ont un référent omnipratricien libéral. Cette réponse illustre bien la nécessité de nourrir les échanges ville-hôpital.

Seulement 3,2% des sujets citent l'**assistante dentaire**. Plusieurs hypothèses sont ici à émettre et il convient de prendre garde aux conclusions trop hâtives en matière de délégation de tâches. La légitimité de l'assistante prend corps au sein d'une équipe, et non comme acteur isolé. En effet, dans le service d'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière de Rennes, les répondants ne sont pas familiarisés avec la présence d'une assistante lors des soins. Néanmoins, nombre de participants peuvent se référer à une représentation de l'assistante tel qu'ils peuvent la rencontrer dans le secteur libéral.

2.3. Les indicateurs portant sur l'Internet-Santé, comme outil d'interaction des partenaires du soin

Niveau théorique	<i>Notions</i>	<u>L'Internet Santé</u>
Niveau intermédiaire	<i>Indicateurs et Questions associées</i>	Place de l'Internet-santé dans le comportement des patients (Q29) Nature des sites consultés (Q30) Nature des savoirs échangés (Q31) Sentiment de pertinence de l'information (Q32) Sentiment d'anxiété face à l'information recueillie (Q33) Place du soignant comme prescripteur d'E-Santé(Q34)
Niveau de la réalité	<i>Réponses</i>	

2.3.1. *Place de l'Internet-santé dans le comportement des patients*

Parmi les répondants, 54,3% d'entre eux ne cherchent pas d'informations relatives à leur traitement sur Internet. Ils sont 47,7% cependant à consulter plus ou moins régulièrement la toile pour obtenir ces informations : très ponctuellement pour 27,7% des participants et de manière courante pour 18%.

Le recours à Internet comme source de savoirs, même s'il ne concerne pas la majorité des patients, est à prendre en compte. Il constitue une ressource non négligeable dans la construction du savoir profane des sujets de soin.

2.3.2. *Nature des sites consultés*

Les **forums** sont consultés par plus de 1 utilisateur de l'Internet-santé sur 3, avec un taux de 36,4% des répondants. Ce résultat est intéressant car il met en évidence l'aspect participatif de l'Internet-santé. Ce chiffre augmente si on y ajoute les pratiques associant les **communautés de patients** qui représentent 11,4% de l'échantillon. L'approche participative est alors portée à 47,8%. Dans une des questions précédentes, cette dimension participative dans la relation de soin s'élevait seulement à 14,9% des participants. Ce différentiel mettant en perspective une même approche au sein de deux environnements différents (la relation de soin et la consultation de l'Internet-santé) est à analyser. Une nuance cependant, le recours à des forums ne signifie pas pour autant que son lecteur soit actif. Il peut consulter le forum de manière tout à fait passive. Dès lors, la consultation des forums devient une illustration du recours aux patients dits experts, tout comme les visites de **blogs** de patients avec 9,1% des répondants. Cette mise en réseau des patients, que le sujet soit actif ou lecteur passif de l'Internet-santé, concerne au total 46,9% des patients utilisateurs d'Internet dans le cadre particulier de notre enquête. Cela met en perspective le recours à une expertise patient.

La recherche d'une expertise médicale ou professionnelle concerne 38,6% de ces patients. Une proportion de 25% d'entre eux se réfère principalement aux **sites professionnels d'orthodontie**. 13,6% de l'échantillon se dirige vers des **sites de vulgarisation médicales** tels doctissimo, au féminin.com, etc.

Il semble exister deux pratiques concernant l'Internet santé. Une majorité des participants se réfèrent à une forme **d'expertise-patient**. Cette mise en réseau des patients peut être ou non participative et inclure la contribution du sujet lui-même (chat, post sur des forum...). L'autre pratique concerne le recours à une **expertise professionnelle ou médicale**.

2.3.3. *Nature des savoirs échangés*

De manière très nette, la nature des savoirs échangés est du domaine de **l'information** pour 80,4% des participants. Sont cités dans des pourcentages inférieurs à 10% : la communication (8,7%),

l'éducation (6,5%), la relation (2,2%), l'accompagnement (2,2%). Cet indicateur est intéressant dans la mesure où il met en lumière la finalité des pratiques concernant l'Internet-santé. Que le consultant ait recours à une expertise patient dite profane, ou une expertise professionnelle dite experte, l'orientation est toujours informative.

2.3.4. *Sentiment de pertinence de l'information*

Les usagers de l'Internet-santé sont **confiants** devant l'information recueillie pour 73,4% d'entre eux (6,7% tout à fait, 66,7% assez). 26,7% émettent des **réserves** avec un taux de 26,7% (non, assez peu). Aucun d'entre eux n'est totalement défiant envers l'information délivrée.

2.3.5. *Sentiment d'anxiété face à l'information recueillie*

L'information circulant sur l'Internet-santé est perçue comme susceptible d'engendrer de l'anxiété, ne serait-ce que très modérée, chez son E-lecteur pour 87,9% des participants. « Parfois » est retenu par 53,7% des répondants, assez peu par 29,3%, souvent par 4,9% d'entre eux. Les éléments de réponse proposés sont ici mal formulés : il peut exister une confusion entre la réponse « parfois » et « assez peu ». Seulement 12,2% d'entre estiment que cette information n'est jamais anxiogène.

2.3.6. *Place du soignant comme prescripteur d'E-Santé*

Cette question interroge la légitimité du soignant comme prescripteur de l'Internet-santé dans l'accompagnement du patient. Là encore, les éléments de réponses sont confus entre « non, c'est assez peu pertinent » et « non, ce n'est pas pertinent, c'est une démarche personnelle ». Par ailleurs, la question est mal formulée. Le participant peut la comprendre d'une tout autre manière et ne pas penser qu'il s'agisse de prescription de l'E-Santé mais d'un accompagnement in-situ sur certains sites. Néanmoins, une large proportion de répondants ne juge pas pertinent la participation du soignant à la pratique de l'E-santé pour 66,7% d'entre eux. 38,9% des répondants estiment qu'il s'agit d'une démarche personnelle. La démarche est pertinente pour un peu plus d'un patient sur 3 (36,7%) : assez pertinente pour 25,9% de l'échantillon, très pertinente pour 7,4%. Il serait intéressant de reformuler la question de manière moins ambiguë et d'en connaître les résultats.

Partie 4 : Discussion

Chapitre 1 – Objectifs, hypothèses et choix des méthodes : du travail exploratoire à la recherche de systèmes représentationnels

1. Retour sur les objectifs

1.1. Cartographier l'environnement cognitif, émotionnel et perceptif du sujet

L'objectif de ce premier temps exploratoire visait à **dessiner l'environnement cognitif, émotionnel et perceptif du sujet dans le cadre de la relation de soin**. Il s'agissait d'obtenir une **cartographie**, un socle commun à partir duquel se construisent d'autres objets de représentations associés au prendre soin. Ces objets ont, pour certains (modèle relationnel, posture des acteurs, facteurs d'adhésion aux soins...), été mis en perspective à partir du questionnaire explicatif dans le second temps exploratoire.

Cet objectif semble avoir été en partie atteint. Les éléments cognitifs de la représentation ont été identifiés sans pour autant qu'il soit possible d'affirmer avec certitude la structure exacte de son noyau central. D'autres méthodes sont nécessaires, nous le verrons par la suite. Il s'agit cependant d'une véritable cartographie, certes exploratoire et à affiner, d'une forme de pensée sociale des participants. Elle permet de mettre en évidence deux systèmes représentationnels spécifiques à chaque groupe de participants.

1.2. Favoriser l'émergence des éléments latents de la représentation

Le second objectif était d'ordre méthodologique. Il s'agissait de créer un outil de recueil de données facilement accessible à l'ensemble des participants et quelles que soient leurs possibilités de compréhension. Nous cherchions à favoriser l'émergence d'éléments implicites ou latents de la représentation souvent inaccessibles ou masqués lors de la réalisation d'entretiens semi-structurés ou non structurés. Seule la mise en évidence de ces besoins silencieux ou difficilement formulables, parce que souvent simplement non conscientisés, peut participer à créer les conditions d'un véritable décentrement de soi. L'intérêt de ce travail était alors de créer et tester un outil simple et innovant, dans l'usage qui est le nôtre, associant les techniques associatives libres déployées dans le champ des

présentations sociales et la carte conceptuelle, utilisée en pédagogie de la santé et notamment en éducation thérapeutique du patient.^{221 222 223}

2. Validation des hypothèses

Les hypothèses de ce premier temps exploratoire sont validées.

Concernant l'hypothèse principale, le groupe d'appartenance, à savoir le personnel soignant et les soignés, influe sur le contenu et l'organisation de la représentation du prendre soin. Chaque groupe cultive ainsi des liens et des relations spécifiques avec l'objet de recherche.

L'hypothèse secondaire H1 est également vérifiée. Il existe un savoir commun partagé par les groupes soignants et soignés. Un certain nombre d'éléments constitutifs de la représentation du prendre soin sont retrouvés chez chacun des partenaires. Ce socle d'une pensée commune constitue un ancrage essentiel à l'épanouissement du lien soignant-soigné. Les différents acteurs évoluent au sein d'un même écosystème dans un temps et un lieu donné. L'environnement (intra-individuel, inter-individuel, inter-groupal, idéologique et culturel) modèle les représentations et joue un rôle essentiel dans leur genèse, leur stabilité et leur transformation. Cet aspect témoigne de l'importance des relations d'interdépendance entre eux et avec leur environnement dans la construction de la relation. En corollaire, elle témoigne de l'enjeu d'un point de vue éthique de la cohérence des messages véhiculés par l'environnement sur les représentations et donc sur les conduites individuelles.

L'hypothèse secondaire H2 est également confirmée. Il existe bien des éléments spécifiques de la représentation du prendre soin à chacun des deux groupes. Ces éléments seront décrits dans le chapitre suivant.

²²¹ Héritier Barras, A.C., Chambouleyron, M., Marchand, C., d'Ivernois, J.F., Assal, J.P., Slama, G., Hivon, R. (2010). An analysis, using concept mapping, of diabetic patients knowledge, before and after patient education. *Educ Ther Patient*, 2(1), 39-50.

²²² Marchand, C., Marchand, C., d'Ivernois, J.F., Assal, J.P., Slama, G., Hivon, R. (2002). An analysis, using concept mapping, of diabetic patients knowledge, before and after patient education. *Med Teach*, 24, 90-99.

²²³ Pinosa, C., Marchand, C., Tubiana-Rufi, N., Gagnayre, R., Albano, M.G., d'Ivernois, J.F. The use of concept mapping to enlighten the knowledge networks of diabetic children : a pilot study. *Diabetes Metab*, 30, 527-534.

3. Le choix de la population

La population abordée reste faible quantitativement. Il n'était cependant pas judicieux d'intégrer plus d'éléments dans ce temps de la recherche dont la visée était principalement exploratoire et qualitative. La théorie des représentations sociales n'ayant jamais été abordée dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale, il s'avérait, dans un premier temps, nécessaire de vérifier la validité d'une telle approche.

Dans une perspective de poursuite de ces travaux, il sera intéressant d'affiner la distance à l'objet (le lien que chaque groupe entretient avec celui-ci) à partir de plusieurs variables, c'est à dire plusieurs caractéristiques de la population étudiée. Cela nécessite un affinage de l'échantillon et des effectifs augmentés. Ainsi, peuvent être envisagés des sous-groupes comme les internes, les personnels enseignants du service, les assistantes côté personnel soignant ; les enfants, les adolescents, les adultes, les patients soumis à des problématiques spécifiques comme la maladie parodontale ou encore les prise en charge ortho-chirurgicale, les abandons de traitement (...). En ce sens, cette étude ouvre la perspective de nouveaux axes de recherche et tente de mettre en perspective des questionnements éthiques spécifiques.

4. Les choix des analyses

4.1. Une première approche du système central de la représentation

Notre objectif est en partie atteint. Les techniques d'analyse utilisées sont insuffisantes à elles seules à valider le statut de centralité des éléments répertoriés. Ce travail ne peut constituer qu'une première approche, à affiner, importante et nécessaire car jamais abordée dans notre discipline, des éléments cognitifs appartenant au noyau central de la représentation. Il conviendrait alors, pour aller plus loin, d'initier un travail véritablement pluridisciplinaire avec des équipes de recherche en sciences sociales. Néanmoins, ce temps exploratoire avait pour visée de mettre en perspective les différents questionnements éthiques relatifs aux conflits de représentations et aux conditions d'interaction des acteurs du soin au sein de l'espace relationnel. Aller au delà, dans ce temps de l'exercice, nous éloignerait de l'objet véritable de notre travail, à savoir un questionnement dynamique et continu sur la construction du lien en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière. La question première était de sonder en quoi l'approche des représentations sociales tourmente nos perceptions et quels en sont les enjeux au regard d'une réflexion en éthique des pratiques.

4.2. Des limites

Il s'avère cependant essentiel de comprendre les limites de notre démarche exploratoire en termes de technique d'analyse. Si le recours à des analyses de type prototypique et catégorielle sont nécessaires afin de mettre en évidence le contenu et la structure de la représentation, d'autres approches sont nécessaires afin de valider la centralité du noyau. Les analyses utilisées dans ce travail, issues des recherches de Vergès et al.²²⁴ s'ancrent dans une approche consensuelle des représentations sociales en faisant apparaître les réponses collectives les plus saillantes et les plus connexes²²⁵. L'analyse catégorielle reste soumise à la subjectivité du chercheur à la fois juge et partie²²⁶. Elle permet néanmoins de donner du sens aux termes mis en évidence dans l'analyse des évocations, ou analyse prototypique, et de restituer une pensée sociale collective. Notre axe de recherche s'inscrit ainsi d'un point de vue méthodologique dans le courant structurel déployé par Abric et Flament²²⁷ qui se concentre sur l'étude des propriétés structurales de la représentation. Nous y retrouvons cette dimension principalement expérimentale de ce champ de recherche. Ce courant a été l'investigateur de techniques innovantes visant à déterminer le contenu de la représentation et sa structure en termes de système central et périphérique²²⁸.

4.3. Des perspectives : analyses multi-objets et systèmes représentationnels

Deux autres courants de recherche se distinguent par leur manière d'aborder le champ théorique des représentations sociales et par les méthodes d'étude utilisées.

Parmi les pistes de réflexion envisagées à l'issue de ce travail, l'approche menée par l'équipe dite de Genève de Doise et de ses collaborateurs semble également pertinente pour notre objet d'étude. Elle s'intéresse aux influences réciproques du double mouvement entre rapports sociaux et représentations. Les interactions entre les individus ou les groupes, les communications partagées ou subies tissent, stabilisent ou transforment la représentation sociale d'un objet tel que la relation de soin ou le prendre soin. Ce courant permet d'aborder la relation de soin sous l'angle des relations d'interdépendance entre les protagonistes²²⁹. A l'inverse, la teneur de ces relations régule également les pratiques de soin. Parmi les méthodes utilisées par l'école de Genève (observations des rapports inter-groupes sur le terrain, analyses de contenu des communications interindividuelles...), l'analyse factorielle des

²²⁴ Scano, S., Junique, C., Vergès, P. (2002). *Ensemble de programme permettant l'analyse des évocations, EVOG 2000*, Manuel d'utilisateur. Aix en Provence. Document remis par P.Vergès.

²²⁵ Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès des professionnels de Santé et Non Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, 82(2), 73-115.

²²⁶ Kaufmann, J.C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.

²²⁷ Rateau, P. (2007). Les représentations sociales. Dans J.P, Pétard (dir.), *Psychologie sociale* (p. 163-218). Paris : Editions Bréal.

²²⁸ Abric, J.C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : ERES, Hors collection.

²²⁹ Rateau, P., *op.cit.*, p.179

correspondances²³⁰²³¹ serait intéressante à réaliser et viendrait enrichir notre étude. Fondées sur l'analyse des spécificités interindividuelles, elles complètent les analyses prototypiques plus axées sur l'aspect consensuel de la représentation. En croisant les mots répertoriés sur la carte des évocations, et les caractéristiques des participants, elle permet de différencier les groupes d'individus à partir de ces représentations partagées. Cette analyse se veut descriptive et en rien explicative.

Enfin, il existe une approche dite « génétique » des représentations sociales, initiée par les travaux de Moscovici et Jodelet²³². Elle analyse, à partir du contenu de la représentation, l'incidence de la structure sociale sur l'élaboration de celles-ci. Cet aspect nous semble moins pertinent pour notre objet d'étude, bien que l'ensemble de ces approches se complètent et s'enrichissent.

D'autres pistes de recherche peuvent être envisagées qui permettent une mise en évidence du contexte immédiat ou élargi (économique, social, culturel, politique...) dans lequel s'inscrit la représentation. Il s'agit alors d'approche multi-objets ou en réseau qui articule différents systèmes de représentation²³³. Elle autorise à envisager la représentation dans des relations d'interdépendance avec d'autres objets de représentation. Elle permet de dessiner des profils, d'expliquer des mécanismes sociaux sous-jacents et d'aller plus loin que la simple description de facteurs²³⁴.

²³⁰ Jeoffrion, C. *op.cit.*, p.179

²³¹ Moliner, P., Rateau, P., Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales. Pratiques des études de terrain*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

²³² Rateau, P., *op.cit.*, p.179

²³³ Garnier, C. (2003). La chaîne du médicament: lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 1(1), 1-9.

²³⁴ Jeoffrion, C., *op.cit.*, p.179

Chapitre 2 – Enjeux éthiques autour des éléments signifiants de la représentation

Dans ce temps de l'exposé, nous avons choisi de revenir sur les éléments signifiants de la représentation du prendre soin, révélés par l'analyse prototypique. Ces éléments ont été sélectionnés en fonction de leur appartenance à la zone centrale du tableau « rang/fréquence » pour chacune des populations.

Les termes retenus constituent le socle de la représentation : ils déterminent sa signification et son organisation. Ils sont collectivement partagés avec des spécificités inhérentes aux groupes. Sans eux, la représentation s'effondre. Ils reflètent les systèmes de valeurs et les équilibres normatifs au sein du groupe. Ils nous ont semblé constitutifs de la représentation du prendre soin, sans qu'il soit possible à ce stade de l'étude d'affirmer leur statut de centralité. Des travaux complémentaires seraient intéressants.

Des éléments appartenant au système périphérique sont également décrits car ils soulignent et renforcent la signifiante de la représentation. Adaptatifs, ils sont en relation directe avec les éléments du noyau central et participent aux modulations inter-individuelles.

Chaque thématique abordée est alors prétexte à sonder les conflits de représentations, la nature et l'expression du lien soignant-soigné. Elle cherche à souligner les spécificités propres à chacun des partenaires du soin. **Chaque entrée illustre la dialectique entre le même et l'autre, c'est à dire la question de l'altérité et de l'identité.** Elles sont au cœur du monde soignant. La visée de cette approche est alors de questionner et de renforcer les possibilités de cette rencontre singulière.

Chaque entrée est indépendante. Au lecteur de choisir la manière dont il souhaite s'orienter.

Les entrées sont les suivantes :

- L'accueil
- Le temps, l'attente et le suivi
- La compétence
- Le soignant
- L'écoute

Des encarts ponctuent le chapitre. Ils soulignent les apports spécifiques issus de l'analyse du questionnaire explicatif et enrichissent l'exposé. Ces encarts peuvent être lus conjointement ou indépendamment aux différentes entrées.

1. L'accueil

1.1. L'accueil, élément matriciel de la représentation

La notion d'accueil a particulièrement retenu notre attention. Cet élément de la représentation du prendre soin présente de par ses aspects quantitatifs et qualitatifs l'ensemble des quatre propriétés qui renvoient aux cognitions centrales : valeur symbolique, pouvoir associatif, saillance et forte connexité dans la structure. Ces propriétés sont abordées dans la partie II – chapitre 2.

L'accueil figure dans la zone centrale de l'analyse prototypique de la population totale et de celle des personnels soignants. La notion se situe dans la partie supérieure de la première périphérie côté soignés : moins citée en terme de fréquence qu'un élément de la zone centrale, elle occupe une place essentielle dans la signification de la représentation.

La notion d'accueil s'apparente à un mot matriciel dans l'organisation de la représentation : elle regroupe un ensemble de concepts indissociables avec qui elle entretient des liens de forte connexité. Ces derniers varient néanmoins en fonction des populations sondées.

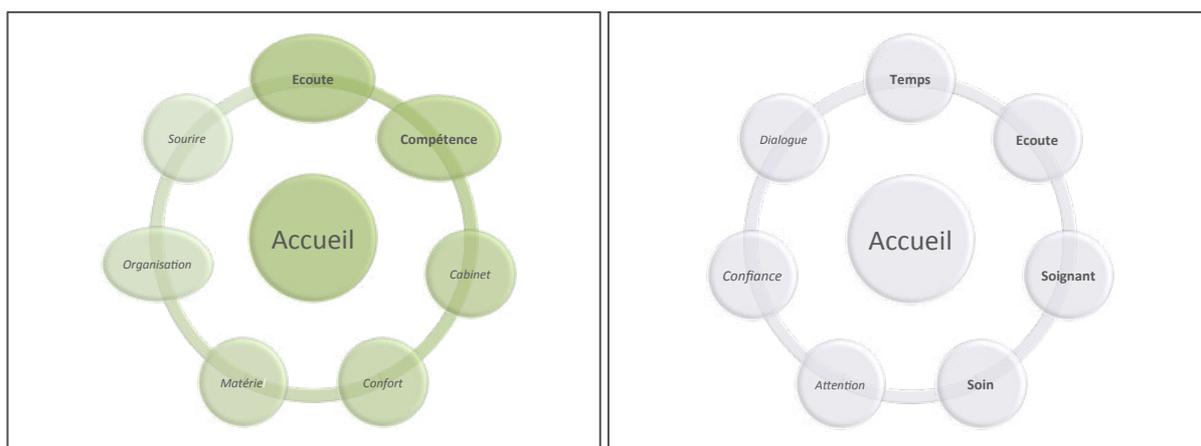


Figure 22 et 23

Liens de connexité de l'accueil avec les éléments de la zone centrale (en gras) et de la première périphérie (en italique) chez la population de soignés (gris) et de soignants (vert).

Si l'accueil est un élément signifiant pour chacune des populations interrogées, il n'entretient pas ainsi les mêmes liens de connexité en fonction des acteurs.

Les formes de l'accueil tissent des liens étroits avec l'écoute, commune aux deux groupes, mais également avec le temps, l'attention, la confiance et le dialogue chez les soignés. Pour les soignants, l'accueil s'articule avec l'écoute et la compétence, mais également le cabinet, le confort, l'organisation, le sourire. Les acceptions du mot accueil sont plurielles. Ses contours diffèrent selon les deux populations.

Prendre soin c'est donc accueillir et être accueilli dans toutes ses composantes, dans l'espace et dans le temps. La notion d'accueil fait consensus dans la représentation sociale du prendre soin et pourtant il nous semble important de l'interroger et d'en déceler les tensions au regard de l'éthique.

Le geste et le verbe, c'est à dire l'ensemble des pans de la communication verbale ou non verbale, participent de ce mouvement vers l'autre. La culture professionnelle et la formation du soignant renforcent ou négligent cette capacité à introduire et recevoir le sujet de soin. L'accueil s'apparente alors à une véritable compétence relationnelle²³⁵. Mais ce mouvement vers l'autre ne prend sens que lorsque chacun est en capacité de le recevoir et de le reconnaître. Le soignant à travers sa posture ou encore la structure du lieu de soin de par les éléments signifiants qu'elle renvoie, nourrissent cette perception de l'hospitalité dans l'espace du soin. Tout, de l'homme et du milieu participent à cette accueilance du sujet de soin dans un territoire physique, affectif et sensitif.

1.2. Hospitalité et accueil de l'étranger

Pour entrevoir la notion d'accueil, il nous faut nous déplacer vers celle d'hospitalité. L'étymologie latine du terme (*hospitalitas*, dérivé de *hospitalitis*) évoque une forte dualité entre l'ennemi (*hostis*) et l'hôte (*hospes*). L'ennemi, c'est aussi l'étranger. En Grèce antique, un peuple civilisé est celui qui sait accueillir l'ennemi, c'est à dire l'étranger, quand ce dernier devient un hôte.²³⁶ « L'hôte (l'accueilli) n'est jamais vraiment chez lui. La situation elle-même d'hospitalité le rend dépendant, parfois jusqu'à la domination démontrée voire affichée de celui qui le reçoit. »²³⁷ Or, il existe plusieurs types d'étrangers. L'étranger, c'est le patient qui pénètre dans un milieu de soin inconnu, qui possède ses règles et sa dynamique propre. C'est dans l'imaginaire collectif la rencontre des blouses blanches, d'une densité de population en présence au sein du service, d'une diversité d'interlocuteurs (externes,

²³⁵ Cet aspect de l'accueilance est développé dans l'entrée « Compétence ».

²³⁶ Paquot, T. (2000). De l'accueilance. Dans T.Paquot, *Ethique, architecture, urbain* (p.69-83). Paris : La Découverte, Armillaire.

²³⁷ Wieringa P. (2010). Accueillir en stage les étudiants en soins infirmiers : un aspect d'actualité en lien avec l'art éthique du soin. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.441-453). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

internes, assistants, enseignants) pas toujours identifiés. Etre étranger, c'est également cette difficulté à dire, à agir, à se narrer dans un espace hospitalier peu connu. Ricoeur évoquait ainsi ces incapacités langagières²³⁸, ces difficultés à faire et à se raconter comme en témoignent les résultats des cartes conceptuelles, et ce particulièrement au travers de l'analyse des catégories. A propos de *L'Etranger* de Camus, Blanchot écrit : « Cet Etranger est, par rapport à lui-même comme si un autre le voyait et parlait de lui... Il est tout à fait en dehors. Il est d'autant plus soi qu'il semble moins penser, moins sentir, être d'autant moins intime avec soi. »²³⁹ ²⁴⁰ Etre étranger, c'est donc être au dehors. Etre accueilli, c'est alors être accompagné, invité à entrer dans un espace commun, physique ou relationnel, à savoir l'espace du soin. Nous comprenons alors toute la teneur des mots confiance, attention et dialogue, eux aussi inscrits dans le champ représentationnel du prendre soin côté patient. L'accueil ne se réduit donc pas à un ensemble de protocoles, institutionnalisés, dont les finalités sont autant relationnelles qu'organisationnelles. « L'hospitalité tend à se dégager d'un ensemble de rites, d'une relation intéressée pour devenir une véritable éthique du quotidien. » Une des tensions éthiques rencontrée est ce risque de glissements dans les pratiques vers une acception de l'accueil uniquement rattachée à sa dimension exclusivement organisationnelle et matérielle. Paquot va plus loin en citant Daniélou : « Celui qui est le plus comblé, ce n'est pas l'étranger qui vient, mais celui qui reçoit. Recevoir un hôte est une faveur une grâce²⁴¹. » Cette dimension de l'accueil de l'étranger nous rappelle la pensée de Levinas, où le dénuement du visage de l'autre devient obsession pour autrui et condition d'une véritable éthique de la sollicitude. Cette responsabilité devant la vulnérabilité de l'hôte ouvre la voie d'une éthique de l'accompagnement. L'hospitalité correspond alors à « l'accueil humain, c'est à dire à la reconnaissance avant même l'échange de mots juste après celui du regard.²⁴² »

1.3. Une éthique de l'accueil

L'accueil occupe une place substantielle dans la représentation du prendre soin. Pour autant, la signification de cet élément matriciel diffère pour le personnel soignant et les soignés.

La dynamique spatio-temporelle participe de cet accueil. L'étude exploratoire a ainsi mis en évidence l'importance perceptive de la spatialité et de la temporalité, c'est à dire du milieu, y compris dans ses composantes organisationnelles et structurelles pour le patient. Ces aspects ne sont pas perçus avec autant d'intensité par le corps soignant. Ce dernier ne les identifie pas comme contrainte et entrave à la relation de soin. C'est un des principaux apports de ce travail exploratoire. L'environnement véhicule des messages fondamentaux, parfois contradictoires avec la posture et l'intention d'accueil du soignant. Il participe pleinement à la construction de la représentation du prendre soin.

²³⁸ Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.

²³⁹ Blanchot, M. (1943). *Faux pas*. Paris: Gallimard.

²⁴⁰ Camus, A. (1942). *L'étranger*. Paris: Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade.

²⁴¹ Daniélou, J. (1951). Pour une théologie de l'hospitalité. *La vie spirituelle*, 397. Cité par Paquot, T., *op.cit.*, p. 183

²⁴² Paquot, T., *op.cit.*, p. 83

Parmi la population de patients, l'accueil revêt une signification enveloppante : c'est l'idée d'être accueilli à la fois spatialement au sein du lieu et des territoires de soin (l'espace du fauteuil, du secrétariat, du couloir d'attente...) par le jeu des dynamiques spatiales, et temporellement (le suivi, la durée du traitement, l'attente...). C'est, manifestement, être reconnu dans toutes les composantes psychiques, émotionnelles, affectives, sociales, culturelles qui tissent le sujet de soin, voire même dans ses contradictions qui sont le propre de l'individu. Le besoin exprimé repose sur une posture de l'accueil, dont l'écoute et l'attention sont des déclinaisons. L'accueil chez le patient est une notion ample qui à elle seule fonde le prendre soin.

Dans l'univers sémantique du soignant, la notion n'emprunte pas les mêmes contours. Elle occupe une place centrale au sein de la représentation mais renvoie à un aspect plus circonscrit spatialement, temporellement et symboliquement. L'accueil est alors la manière de recevoir lors de la première consultation, la manière de signifier la confiance par l'expression du visage à travers le sourire. L'accueil est organisationnel et structurel. Il s'inscrit au sein d'une équipe de soin où chacun est invité à partir de ce premier temps de la rencontre à rassurer et marquer de l'attention au patient. L'accueil, c'est alors le « bon accueil », un accueil communicant. C'est l'accès premier dans l'univers du soin, plus localisé et défini dans le temps du prendre soin. Il existe d'ailleurs des techniques, des protocoles d'accueil et de réception du patient dans de nombreux cours de formation destinés aux orthodontistes. Elles relèvent essentiellement de la communication, et à travers le bien-être du patient, de l'optimisation des ressources du cabinet. Cette perspective managériale est à intégrer et fait partie intégrante de l'organisation des structures de soin contemporaines. Elle répond à des besoins bien identifiés tant pour les soignants que les soignés. Une des difficultés du centre hospitalier, telle qu'identifiée au sein des cartes conceptuelles et des entretiens, repose en partie sur cette incapacité à penser l'accueil du sujet de soin dans ses aspects les plus concrets (gestion de l'attente, des rendez-vous, de l'administratif, du matériel...). Cette insuffisance, voire impuissance à s'harmoniser avec les structures de soin contemporaines, donne lieu à de véritables difficultés d'accès aux soins, non pas primaires, mais secondaires c'est à dire à l'intérieur du système de soin²⁴³. Pour autant, la dimension organisationnelle et structurelle est une acception restreinte de l'accueil. Elle peut même donner lieu, si les fins qu'elle poursuit ne sont pas clairement réfléchies, à des glissements au regard de l'éthique médicale.

Ce que révèle l'analyse des cartes associatives des patients est l'attente d'une véritable éthique du soin : une éthique de l'accueil du sujet. Elle nécessite une réflexion sur ses enjeux, sa finalité et ses contours afin de permettre à chacun de prendre sa juste place au sein de la relation. Si l'éthique de l'accueil est perçue comme une éthique compassionnelle, elle se doit d'abord d'être opérante

²⁴³ Lombraïl, P. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8(3),31-39.

dans l'équilibre de chacun des acteurs. Il ne s'agit pas alors d'inflation compassionnelle, délétère et dangereuse, qui risquerait d'enfermer chacun des acteurs du soin dans des postures normatives. Cette éthique se situe du côté de la sollicitude, c'est à dire de la vigilance et du souci de l'autre, plus que de la compassion.

2. Le temps, l'attente, le suivi

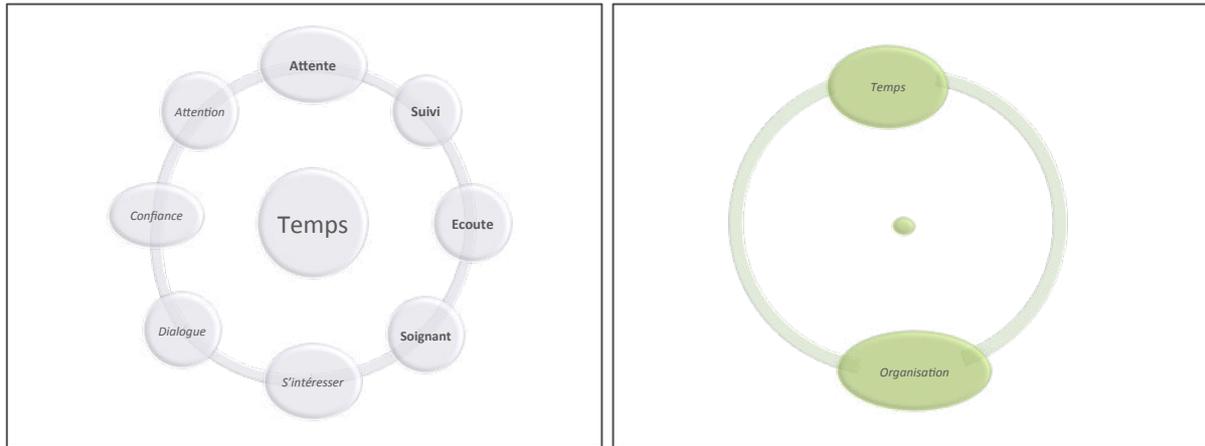


Figure 24 et 25

Liens de connexité du temps avec les éléments de la zone centrale (en gras) et de la première périphérie (en italique) chez les populations de soignés (en gris) et de soignants (en vert).

2.1. Des temporalités plurielles

Le cadre hospitalier est confronté à deux temporalités, celle du soigné et celle du soignant. En témoigne l'importance accordée au temps, à l'attente et au suivi. Ces termes figurent dans la zone centrale de la représentation côté soignés. Ils s'entrecroisent avec l'attention, la confiance, le dialogue et le fait de s'intéresser à, au niveau de la première périphérie. Cette place centrale accordée à la temporalité dans la représentation du prendre soin des patients ne se retrouve pas chez les soignants. L'analyse des catégories témoigne également d'un investissement sémantique plus important. Le temps chez les personnels soignants figure en fin de la zone de la première périphérie. Le registre sémantique du temps dans cette population est attaché aux notions de suivi, de ponctualité réciproque et attendue de chacun des partenaires du soin. Il serait intéressant de comparer ces données à des groupes de patients extra-hospitaliers. Ils évoluent dans un milieu différent et ne sont donc pas soumis aux mêmes contraintes, propres aux conditions du service de soin dentaire. Ces deux temporalités ne

se rencontrent pas. Elles interrogent de fait la notion de symétrie dans la relation de soin et les possibilités réelles de chacun des acteurs.

2.2. Une posture de l'attente

2.2.1. *L'épreuve du temps hospitalier*

Différents temps s'entrecroisent au niveau du cadre hospitalier : le temps de l'accueil administratif, le temps du soin, le temps du dialogue et de la rencontre, le temps de la formation de l'étudiant, le temps de la transmission enseignante, le temps de la pluridisciplinarité... Entre ces temps, s'articule celui de l'attente. Ces temps sont spatialisés de la même manière que le sont les territoires. Le patient doit à la fois lire, comprendre et s'approprier ce temps spatialisé qui lui est étranger. Il doit intégrer et assimiler les différents espaces ou territoires, parfois non définis et non visibles (par exemple la salle de soin et ses dynamiques temporelles et spatiales autour des fauteuils de soin regroupés dans un même espace) et les temporalités correspondantes. Les patients décrivent une posture de l'attente, une omniprésence du temps qui constituent une facette essentielle de leur représentation collective du prendre soin. Ils mettent en avant cette temporalité lancinante marquée par des ruptures et des changements de rythme comme lorsque l'enseignant vient au fauteuil pour donner les consignes à l'étudiant. Ce temps là est rarement celui du patient, il est celui de la réflexion sur la stratégie de traitement ou de l'acte de soin. Au patient de se glisser alors dans ce temps commun qui n'est paradoxalement pas le sien. Les difficultés structurelles et organisationnelles, le manque de personnel enseignant et soignant hors étudiants, expliquent que ce temps est compté.

Le temps du patient connaît « une dilatation ou un rétrécissement, une accélération ou un ralentissement, selon le moment. »²⁴⁴ De longues attentes sont suivies d'un mouvement, d'un afflux de concentration d'étudiants, externes, internes, enseignants autour du fauteuil de soin par exemple. Le champ des possibles apparaît alors et rompt l'écoulement du temps. Il semble être perçu par le patient comme une succession parfois énigmatique de différents temps, des circonstances, sur lesquelles ils n'ont pas de prises. Les *circumstantia*, expliquent Lombard, Masquelet et Vandewalle, viennent de *circumstare*, « qui désigne à la fois la position en cercle autour de, l'attaque ou la défense d'un lieu, l'empressement et aussi la menace ». Elles forment l'essence même des dynamiques spatiales autour du fauteuil hospitalier tel que ressenti par le patient. Il est « entouré, c'est à dire, d'une certaine manière dépend de tout sauf de lui-même »²⁴⁵.

²⁴⁴ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B. (2009). *Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique. Itinéraires philosophiques à l'hôpital*. Paris: Seli Arslan, Philosophie et Soins.

²⁴⁵ *Ibid.*

2.2.2. L'expérience du temps en Orthopédie Dento-Faciale

« Toute la trame de l'existence confrontée à la maladie et aux soins est ainsi profondément pénétrée par la temporalité, comme le montre l'expérience que chacun peut en avoir et que le cadre hospitalier ne crée pas radicalement mais concentre et souligne »²⁴⁶. En Orthopédie Dento-Faciale, l'expérience du temps se conjugue à différents niveaux. Parmi eux, le *Kairos* (*opportunitas* à Rome), c'est à dire le « moment précis où se rencontrent le temps et l'action, où l'intervention du médecin prend un tour nécessaire et décisif »²⁴⁷. Le choix du moment de début de traitement optimal, par exemple, celui qui évitera l'aggravation ou l'apparition d'une dysmorphose dans le temps, participe de ce *Kairos*. Il est le temps de l'agir. Il est également le temps de cet empressement autour du fauteuil de soin et témoigne de l'aspect saccadé du temps-patient. Une autre facette du temps est le *chronos*, un temps homogène, réglé sur l'antérieur et le postérieur. C'est le cours du traitement, le récit du traitement que le praticien raconte et au sein duquel le patient cherche à se situer. Ce *chronos* est long : il n'est pas rare en secteur hospitalier que la durée de traitement soit supérieure à celle du traitement moyen, soit 3,1 an²⁴⁸. Elle varie en fonction de différents paramètres physiologiques, biologiques ou encore morphologiques. Les difficultés d'adhésion aux soins sont particulièrement décrites en milieu hospitalier où les abandons de traitement demeurent plus fréquents. Une étude menée par l'Assurance Maladie en 2003, chiffrait à 19,4% les abandons de traitements au premier semestre pour les hôpitaux publics/privés²⁴⁹. Les contraintes sont souvent personnelles (capacité à se mobiliser, à observer le traitement par des processus divers de négociations intra et interpersonnelles)²⁵⁰. Dans le champ de notre étude, les patients décrivent essentiellement des contraintes organisationnelles et structurelles dont les contraintes temporelles (attente du matériel en rupture par exemple) qui pèsent sur l'acte de soin. Prendre soin, c'est également côté patients prendre le temps de l'attention, de l'écoute, du dialogue. En ce sens, la notion de temps englobe un ensemble de concepts dont celui de l'attention à l'autre ou du *care*²⁵¹. Prendre le temps devient l'élément palpable de l'attention accordée, vécue et ressentie. « C'est le temps qui fait le sujet. (...) L'individu soigné n'est une personne que s'il s'inscrit dans un temps ». Ce qui caractérise l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière est également la difficulté du corps soignant à qualifier la durée de traitement, à ouvrir le champ des possibles sur une éventuelle

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ *Ibid.*

²⁴⁸ Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne. (2002). *Efficiencia des soins d'Orthopédie Dento-Faciale et participation de l'Assurance Maladie*.

²⁴⁹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie du Régime Général et de la Mutualité Sociale Agricole. (2002). *Abandons de traitement en Orthopédie Dento-faciale, les appréhender, les éviter*. (Rapport du programme national inter-régime 2001).

Disponible en ligne sur :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Abandon_de_traitement_en_Orthopedie_dento_faciale.pdf

²⁵⁰ Baird, J.F., Kiyak, H.A. (2003). The uniformed orthodontic patient and parent : treatment outcomes. *American Journal of Orthodontic and Dento-Facial Orthopedic*. 124(2), 212-215.

²⁵¹ Gilligan, C. (1982). *In a different voice : psychological theory and women's development*. Cambridge : Havard University Press.

sortie du traitement : celui-ci se poursuit souvent au delà de la durée initiale estimée. Il naît alors un sentiment d'incertitude, d'écoulement d'un temps de traitement dont ni l'étudiant ni le patient ne perçoivent toujours l'issue. Cela est d'autant plus vrai devant un public adolescent dont on connaît toutes les difficultés à anticiper et se projeter dans un avenir prochain²⁵². « Le malade poursuit, en marge de sa trajectoire hospitalière, un cheminement intérieur qui s'inscrit dans le temps de l'attente, avec ses soubresauts, ses accalmies, son rythme régulier caractéristiques²⁵³ ». Le soignant est alors surinvesti dans sa capacité à maîtriser ce temps: il « est celui qui est capable de prédire le présent, le passé et le futur », lit-on dans le *Pronostic*, texte ancien du *Corpus hippocratique*²⁵⁴.

2.2.3. Une temporalité étrangère à lui-même : une expérience de la vulnérabilité

L'analyse des cartes conceptuelles témoigne de ces temporalités plurielles, non communément vécues par les soignants et les soignés. Elles participent de la représentation du *prendre soin* et constituent en ce sens une clé de lecture pour interroger les conditions de la rencontre entre les protagonistes. C'est une temporalité étrangère à lui-même que le patient éprouve et doit faire sienne au sein de la structure hospitalière. Elle nécessite des capacités d'adaptation, d'ancrage au temps présent qu'il ne possède pas toujours. Nous avons senti, et de véritables études sur de plus forts échantillonnages seraient nécessaires, une appréciation différente du temps chez le pré-adolescent, l'adolescent et l'adulte. La faiblesse de notre échantillon ne nous permet évidemment pas d'en tirer des conclusions. Si le temps hospitalier semble une entrave au prendre soin et oblige le sujet adolescent ou adulte à mobiliser intérieurement tout ce qu'il a de ressources de patience, voire d'endurance, le pré-adolescent paraît intégrer cet écoulement singulier du temps. Il devient alors un temps à part où il observe les flux de soignants au sein du service, la tonalité du lieu et accompagne intérieurement ce mouvement. Pour les autres, cette expérience du temps, étrangère au quotidien, entraîne un sentiment de vulnérabilité et de dépossession. Cette expérience de l'attente, élément fort de la zone centrale de la représentation, accentue cette dépendance au temps. Si ces attentes sont de nature différentes de part la diversité et la multiplicité des situations (le patient qui attend le praticien au fauteuil, la famille dans la salle d'attente, l'attente de l'intervenant par l'étudiant), elles forment « une sorte de transversalité temporelle qui parcourt l'institution ». Lombard, Masquelet et Vandewalle évoquent « un temps vide (...), quelle que soit par ailleurs la place considérable qu'y prend l'action au service de la santé et de la vie »²⁵⁵. « La viduité du temps est de toute évidence sans rapport avec l'utilité et la dignité des fins que l'on poursuit ainsi que des efforts que l'on déploie dans le lieu où on la constate »²⁵⁶.

²⁵² Alvin, A. (2007). Corps et intimité dans la relation de soin avec l'adolescent. Dans E. Hirsch, *Ethique, Médecine et Société*. Paris: Vuibert, Espace Ethique.

²⁵³ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p. 187

²⁵⁴ Debru, A. (2010). La source hippocratique: continuité et création éthique. Dans E. Hirsch, Toulouse : Eres, Poche-Espace Ethique.

²⁵⁵ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p. 187

²⁵⁶ *Ibid.*

2.3. La temporalité organisationnelle du soignant

Côté soignant, le temps n'est pas vécu de la même manière ou tout du moins de rentre pas dans les cognitions centrales de la représentation. Il n'en demeure pas moins que les contraintes temporelles sont également ressenties par les soignants. Elles s'articulent d'avantage du côté de l'organisation des soins. Les temps enseignants et étudiants se distinguent de ceux des patients. Le temps de l'apprentissage mobilise l'étudiant d'une toute autre manière. Néanmoins, ces contraintes structurelles et organisationnelles caractéristiques de lieu de soin comme l'institution hospitalière entraînent des ruptures qui compromettent non seulement la présence à l'autre mais aussi à soi même. La tension entre le *krainos* et le *chronos* investit la relation thérapeutique.

Il existe une véritable difficulté pour chacun des acteurs de cultiver ce langage de la présence qui exige une véritable mobilisation intérieure. Elle nécessite pour le patient par exemple une capacité à se dire, à se raconter, à se glisser dans ces espaces du temps qui lui sont dédiés. Pour le soignant, elle l'oblige à être à l'écoute de ces espaces, de les renforcer et en ce sens de véritablement « capaciter » le patient²⁵⁷. Cela nécessite un apprentissage et un véritable effort d'inventivité éthique au sein du service. Cette temporalité éprouvée constitue d'après ce premier temps exploratoire une des conditions d'interaction entre les acteurs du soin.

3. La compétence

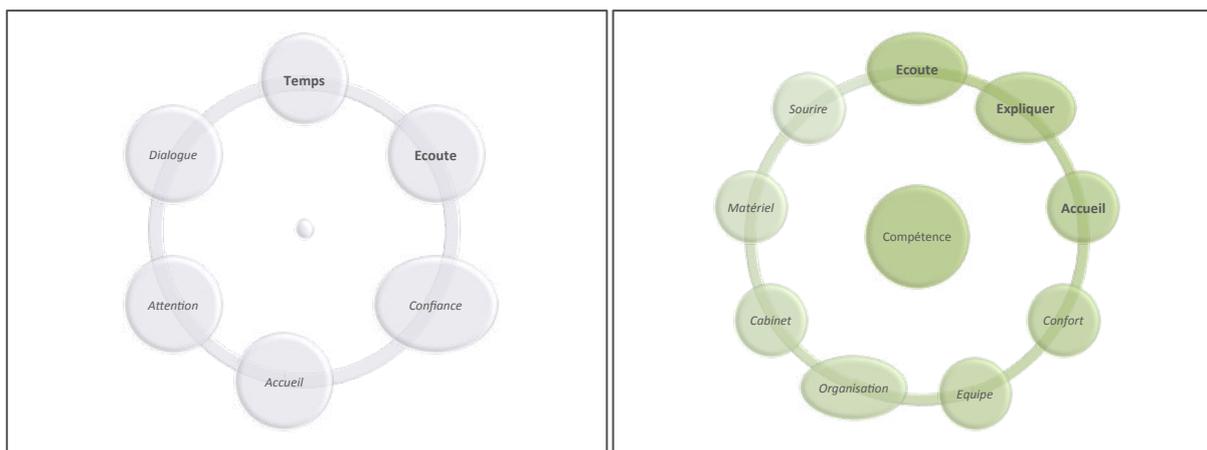


Figure 26 et 27

Liens de connexité de la compétence avec les éléments de la zone centrale (en gras) et de la première périphérie (en italique) chez les populations de soignés (en gris) et de soignants (en vert).

²⁵⁷ Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Traduction de M.Bessières. Paris : Odile Jacobs.

3.1. Un élément signifiant spécifique au soignant

Le terme compétence apparaît uniquement dans la représentation des personnels soignants. Prendre soin est alors intimement lié à la notion de compétence, laquelle s'articule avec d'autres termes de la zone centrale comme expliquer, écoute et accueil. Cet élément n'est donc pas signifiant dans la représentation du prendre soin pour la population de soignés.

L'analyse catégorielle nous renseigne sur sa signification au regard des professionnels. Sont retrouvées les thématiques de Thom et Campbell²⁵⁸ : la **compétence interpersonnelle** du médecin, d'une part, qui décrit les aspects relationnels, les dimensions de soutien et d'accompagnement, la pédagogie, le respect du sujet ; la **compétence dite technique**, d'autre part, à travers les savoir-faire pratiques (examens, diagnostic, traitement, soins, etc).

3.2. La compétence technique

3.2.1. *Techné et culture professionnelle*

L'analyse des catégories témoigne de la large place attribuée à la maîtrise technique: les références sémantiques à la thérapeutique et à la prise en charge sont très étayées. Elles décrivent les contours de l'activité soignante, ses objectifs et ses différentes étapes. Elles s'inscrivent dans une temporalité circonscrite et dominée. Le praticien dépiste, oriente, décide, redirige. Les références aux habiletés techniques et à la connaissance sont riches. Son savoir-faire est issu d'une expérience pratique et acquise sur le long terme, d'une veille continue et alerte, de son sens de l'innovation et de l'entreprise clinique. La compétence technique participe de l'identité professionnelle du soignant et le prendre soin passe par cette nécessaire maîtrise de son art au point d'en faire un élément central de la représentation. Déjà au sein du corpus hippocratique (ensemble de soixante traités médicaux grecs écrit entre les milieux des V^e et IV^e siècles av. J.-C), « les valeurs morales correspondent étroitement au savoir et au savoir-faire du médecin » nous livre Debru²⁵⁹. « Ce qui est louable est ce qui est « techniquement » bon, ce qui est condamnable est ce qui n'a pas été fait selon les règles de l'art (*technè*). L'éthique est d'abord celle de la compétence. Elle se manifeste dans trois domaines privilégiés : la connaissance, l'action, la relation.²⁶⁰ » La compétence technique est donc de l'ordre de la connaissance et de l'action. La place réservée à la *techné* s'inscrit au sein d'une véritable culture professionnelle. Elle participe en ce sens de l'identité de la profession. La figure du chirurgien, qui

²⁵⁸ Thom, D.H., Campell, B. (1997). Patient-physician trust : an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44, 69-176.

²⁵⁹ Debru, A, *op.cit.*, p. 189

²⁶⁰ *Ibid.*

acquiert ces lettres de noblesse aux XIX^e et XX^e siècle, est à ce titre révélatrice²⁶¹. La chirurgie dentaire appartient étymologiquement à ces arts de la main (*Kheir*). La main du chirurgien est alors une « main oculaire », qui permet d'accéder à une forme de savoir à la fois pratique et théorique. « Par la réflexion et par la main » est une des devises de l'académie de chirurgie de Paris au XVII^e siècle. Aristote fait de la main le symbole de l'intelligence humaine. Technique et savoir sont intimement liés. L'identité de la profession du chirurgien dentiste se construit au sein de cette *techné*, de cet art dentaire. Elle fonde en grande partie les pratiques professionnelles.

3.2.2. *Le difficile ancrage de la techné dans l'espace sémantique des patients*

Pour autant, cet ancrage au sein de la *techné* ne trouve pas d'échos dans la représentation du prendre soin des patients. La référence à la dimension technique de la compétence professionnelle ne trouve aucun écho dans les éléments signifiants de la représentation mis en évidence à travers l'analyse prototypique. Le matériel est évoqué mais se réfère aux ruptures des stocks qui entravent la qualité organisationnelle de la structure. L'analyse catégorielle reflète le faible poids accordé à la technicité du professionnel. La figure du soignant, nous le verrons par la suite, est au contraire investie par les références aux compétences relationnelles. Le soin est essentiellement perçu à travers un espace sémantique de l'affectivité et des émotions, un univers sensitif extrêmement développé et prépondérant dans l'équilibre relationnel. Cette divergence dans la représentation du prendre soin témoigne de la spécificité des cultures et de la force des identités professionnelles. Au savoir expert du soignant, répond un savoir dit profane, sensitif et émotionnel. Il n'en demeure pas moins un champ de connaissance pour le patient.

3.3. La compétence interpersonnelle

3.3.1. *Concept et enjeu des compétences interpersonnelle: une assise négociée ?*

La compétence interpersonnelle constitue donc l'autre versant de la compétence professionnelle. Si l'aspect relationnel représente un élément commun de la représentation, à y regarder plus en profondeur, elle ne recouvre en réalité pas les mêmes champs sémantiques. Il existe un panel de nuances et de déclinaisons dans la perception et la signification de la compétence interpersonnelle chez les deux populations. Soignants et soignés empruntent des chemins différents. Ces divergences d'approche et de perception de la compétence interpersonnelle interrogent les conditions de la rencontre de soin.

²⁶¹ *Ibid.*

La notion de compétence interpersonnelle est apparue à travers les écrits sociologiques et le management. Milburn²⁶² écrit à ce sujet un texte fondateur à propos de la profession d'avocat, qui recouvre beaucoup de similarités avec celle de médecin. Les clients sont considérés, non pas comme des agents passifs, mais comme de véritables acteurs capables d'apprentissage, de choix stratégiques et donc de réactions aux professionnels. Dès lors, la maîtrise de l'interaction participe de la définition du professionnalisme. Le concept a été tardivement utilisé par le monde médical tant le statut et l'autorité du médecin sont demeurés sociologiquement ancrés. L'évolution des compétences professionnelles s'inscrit bien dans un contexte sociologique donné. Cette notion d'agent actif du soin n'a pas toujours été de mise. Debru nous rappelle comment l'éthique relationnelle du médecin, contrairement aux éthiques de la connaissance et de l'agir, a peine à se stabiliser dans la temporalité. Elle demeure encore en recherche d'elle-même comme en témoigne le renouvellement de la réflexion éthique contemporaine sur le sens et la finalité de la relation à l'autre. Longtemps, il a semblé nécessaire d'opérer un véritable cadrage de l'espace relationnel (la maladie, le malade, le médecin). Le patient est pensé comme l'agent passif du soin. « Il n'y a pas de place pour l'intrus, le profane, l'ignorant » nous livre Debru. Le médecin est dans la maîtrise de lui-même. Il ne peut se laisser emporter par les demandes du malade. « On écartera ce qui vient de lui »²⁶³.

Pour Milburn, l'enjeu de cette compétence personnelle reste l'assise du professionnel et l'instauration d'un climat de confiance. A travers l'analyse de séquences d'interactions entre des avocats et leurs clients, Milburn met en lumière la dynamique interpersonnelle du professionnel afin d'instaurer une relation de confiance. Celle-ci lui est nécessaire en vue de modérer ensuite les volontés du client et d'élaborer un système de défense acceptable. L'enjeu est bien là : « montrer comment la confiance et l'autorité professionnelle sont négociées, ce qui explique le rôle crucial de la compétence relationnelle du praticien »²⁶⁴. La compétence relationnelle a ainsi pour finalité le maintien des équilibres client-avocat / patient-médecin. L'autorité revêt des formes nouvelles : elle est désormais négociée.

3.3.2. *La compétence pédagogique: l'identité relationnelle du soignant*

3.3.2.1. Une approche informative et explicative, plus qu'éducative

Il est par ailleurs intéressant de se pencher sur les déclinaisons de la compétence interpersonnelle chez les soignants et la manière dont elles s'articulent avec les attentes des soignés.

La présence du terme « expliquer » dans la zone centrale de la représentation des soignants, uniquement située en périphérie extrême chez les patients, témoigne de la place de ce qui est ressenti

²⁶² Milburn, P. (2002). La compétence relationnelle : maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle. *Avocats et médiateurs. Revue Française de Sociologie*. 43(1), 47-72.

²⁶³ Debru, A, *op.cit.*, p.189

²⁶⁴ *Ibid.*

par les professionnels comme une compétence pédagogique. Le soignant a le souci de délivrer une information adéquate, claire, simple et compréhensible. La communication verbale occupe une place de choix. Il délivre des conseils, des consignes, des explications. Il renseigne, recommande, argumente, répète, convainc. Cette manière d'entrer en relation traduit le souci d'informer, d'ajuster et de délivrer l'état exact des données concernant la santé, le traitement, la finalité du soin. Pour autant, informer et expliquer ne suffisent pas à obtenir l'adhésion du patient et à le hisser en véritable acteur du soin et partenaire actif de la thérapeutique²⁶⁵. Nombre de publications au sein de la littérature scientifique convergent quant aux limites de l'information, fût-elle éclairée et de qualité, en termes de perception²⁶⁶, de compréhension^{267 268} ou encore de rétention²⁶⁹. Un travail mené précédemment auprès d'un public d'enseignants hospitalo-universitaires en orthopédie dento-faciale^{270 271} témoignait du risque de déviance de la délivrance de l'information à une obligation administrative voire juridique²⁷². Elle reste souvent non intentionnelle et dans le souci de bien faire. Un glissement s'opère alors dans les pratiques de soin qui tend à dénaturer le processus de délivrance de l'information de son sens premier : un acte de relation et d'échange, fondateur de l'alliance thérapeutique²⁷³.

Parmi les approches contemporaines de la dimension pédagogique du soin, l'éducation thérapeutique, constitue une porte d'entrée possible de l'adhésion au soin dès lors qu'elle ne se risque pas à une démarche prescriptive. De l'éducation, nous retenons non seulement educare, qui signifie « nourrir, instruire », mais « educere » dans le sens de conduire « hors de », dans l'idée d'éveiller et d'élever²⁷⁴. Cette nuance est essentielle afin d'éviter tout glissement au regard de l'éthique médicale. Eduquer, ce n'est donc pas « remplir le vase vide²⁷⁵ », mais conduire le sujet à se mouvoir au sein de la thérapeutique et déployer ses ressources intrinsèques afin de s'approprier le soin. Toute démarche pédagogique engage le soignant et le patient bien au-delà de l'acte communicationnel. Elle invite chacun des protagonistes à une approche de la réciprocité, à travers la rencontre des savoirs experts et

²⁶⁵ Simon, D., Traynard, P.Y., Bourdillon, F., Grimaldi, A. (2008). *Education thérapeutique, prévention et maladie chronique*. Paris : Elsevier Masson, Abrégés.

²⁶⁶ Mortensen, M.G., Kiyak, H.A., Omnell, L. (2003). Patient and parent understanding of informed consent in orthodontics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 124(5), 541-50.

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ Ernst, S., Elliot, T., Patel, A. (2007). Consent to orthodontic treatment: is it working? *Br Dent*, 202(10), 616-627.

²⁶⁹ Witt, E., Bartsch, A. (2006). Effects of information-giving and communication during orthodontic consultation and treatment. Part 3 : Optimized orthodontist-patient communication. *J Orofac Orthop*, 57, 154-67.

²⁷⁰ Mano M.C. (2010). L'éducation thérapeutique comme autre perspective soignante. *Medecine*, 6(4), 180-184.

²⁷¹ Mano, M.C., Trentesaux, T., Begué-Simon, A.M., Wolikow, M., Hamel, O., Hervé, C. (2015). Éducation Thérapeutique Du Patient En Odontologie. *Éthique & Santé*, 12(2), 77-84.

²⁷² Pellerin, D. (2004). Du principe de précaution à l'aléa médical, vers quelle médecine allons nous ? *Archives de pédiatrie*, 11:197-200.

²⁷³ Moutel, G. (2009). *Médecins et patients, l'exercice de la démocratie sanitaire*. Paris: L'Harmattan, L'éthique en mouvement.

²⁷⁴ Jacquard, A. (2013). *L'héritage de la liberté. De l'animalité à l'humanité*. Paris : Seuil.

²⁷⁵ Deschamps, J.P., Brixi, O., Douiller, A., Bouchet, C., Bertolotto, F., Barthelemy, L., Vergnes, A., Lecorps, P., Fainzaing, S., Perrotin, C., Demarteau, M., Oberle, D., Aries, P. (2000). L'éducation pour la santé est-elle éthique ? *La santé de l'homme*. 351, 2-51.

profanes de chacun. Cette réciprocité tant dans les apprentissages que dans les compétences, côté patient mais également soignant, oblige à un changement total de perspective²⁷⁶. C'est la question développée par Brigitte Sandrin-Berthon : « Patient et soignant : qui éduque l'autre ? »²⁷⁷. L'auteur nous invite à questionner les rapports entre savoir et pouvoir. Le savoir s'élabore, plus qu'il ne s'apprend. Patient et soignant s'éduquent en réciprocité.

Une étude précédente, menée au sein de 3 services hospitaliers d'ODF, implantés dans des zones aux caractéristiques socio-économiques distinctes révélait la confusion des notions et des concepts entre éducation à la santé, éducation thérapeutique, posture éducative, information du patient, action d'observance²⁷⁸. La majorité des praticiens se ressentaient porteurs d'une démarche pédagogique orientée vers les sujets de soin. Dans les pratiques de terrain, elle s'inscrivait essentiellement dans une démarche de type informative et explicative, comme le souligne également l'analyse des cartes conceptuelles de ce présent travail.

Apport des questionnaires : les compétences interpersonnelles du soignant

Les questionnaires soulignent l'importance des notions d'accompagnement et de soutien parmi les compétences interpersonnelles du soignant. Choisies par plus d'un tiers de l'échantillon, elles cheminent avant les notions de communication et de conversation (16% et 10%). Les indicateurs portant sur la nature de la relation de soin, et notamment la nature de la relation à construire, en témoignent. Ils illustrent les différents aspects de la relation et la place que ces derniers occupent dans les représentations des participants. D'un côté, s'il s'agit d'abord d'une relation accompagnante et soutenante. L'indicateur illustre la portée du dialogue et de l'échange dans l'équilibre relationnel. La notion d'alliance (17,2%) est préférée à celle de rencontre (4,6%). La dimension éducative de la relation de soin trouve un écho relativement modéré chez les soignés (17%).

L'étude a permis d'illustrer le sens attribué par les patients à des actions concrètes lors du soin. De quoi s'agit-il lorsque le soignant transmet des apprentissages d'ordre techniques et des savoir-faire comme le brossage des dents ? Comment est perçue la transmission de savoirs experts ? Quels sont les ressorts mis en jeu ? L'accompagnement occupe une place centrale. Qu'il s'agisse d'habileté technique (41,7%) ou d'expertise médicale (36,5%), la transmission relève de l'accompagnement pour une forte proportion de patients. Pour d'autres, les apprentissages techniques sont de l'ordre de l'éducation (43,8%) alors que la diffusion de connaissances s'apparente à de la communication (46,9%). Il est intéressant de constater que dans les représentations des participants, la notion d'éducation est essentiellement associée à la transmission de compétences techniques ou d'auto-soins,

²⁷⁶ Mano, M.C., Trentesaux, T., Begué-Simon, A-M., Wolikow, M., Hamel, O., Hervé, C., *op.cit.*, p.194

²⁷⁷ Sandrin-Berthon, B. (2008). Patient et soignant : qui éduque l'autre? *Contact Sante*, 225, 43-45.

²⁷⁸ Simon, D., Traynard, P-Y., Bourdillon, F., Grimaldi, A. *op.cit.*, p.194

alors qu'elle ne représente qu'un apprentissage parmi d'autres dans les référentiels d'éducation thérapeutique (compétences d'adaptation, de raisonnement et de décisions, sociales, d'auto-observation).

3.3.2.2. Murailles de la cognition et des émotions dans l'approche pédagogique : des freins à l'adhésion aux soins

Reach²⁷⁹ évoque ainsi les obstacles à franchir en vue de toute démarche à visée pédagogique dans le domaine de la santé. Les murailles de la **cognition, des émotions, des préférences et de la volonté** entravent la qualité de l'adhésion aux soins. Elles constituent des barrières réelles et difficilement identifiables pour chacun des protagonistes du soin. Elles interpellent notre vigilance tant elles sont susceptibles d'entraver, à partir de représentations plurielles, la qualité de la rencontre entre les acteurs du soin. Négligées, elles sont le nid de l'incompréhension, de la démission du patient et de la lassitude, voire de l'épuisement du professionnel de santé²⁸⁰. Un des principaux apports de ce travail de recherche est la mise en évidence de la difficulté à articuler des éléments de signification différents au sein d'une même représentation telle que le prendre soin. Pour Reach, chaque connaissance s'insère au sein d'un puzzle mental, réseau et enchevêtrement de croyances, désirs, émotions. Chaque croyance prend sens de part sa situation avec les autres pièces de ce puzzle intérieur. Introduire une nouvelle croyance en santé ou s'approprier une connaissance nouvelle, dans le but d'aider un patient à se soigner, exige que chacune d'elles s'articule au sein du puzzle en présence. Le risque, explique-t-il, est que « ça ne colle pas ». La pièce est parfaite mais elle ne s'articule pas à l'univers cognitif, perceptif et émotionnel du sujet. Elle ne correspond pas à ses capacités à s'approprier, de manière intégrée et éprouvée, la signification intérieure de la connaissance.

²⁷⁹ Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.

²⁸⁰ Mano, M.C. (2009). *Pertinence de l'application du concept d'Education Thérapeutique du Patient aux abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale*. (Mémoire de Master 2). Université de Paris Descartes.

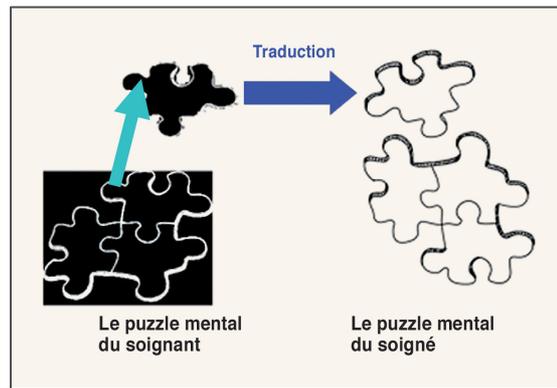


Figure 28

Le puzzle mental de Reach, réseau et enchevêtrement de croyances, désirs, émotions²⁸¹.

Cet obstacle à une adhésion de qualité se retrouve dans la communication verbale, support princeps du prendre soin dans la représentation des professionnels interrogés. Le registre du langage (le choix des mots) et la parole (le sens des mots) bien que parfaitement traduits et interprétés par chacun des protagonistes du soin, peuvent ne pas s'intégrer dans l'univers représentationnel du sujet. Le savoir (cognitif, perceptif, émotionnel) se façonne, nous l'avons vu, plus qu'il ne s'apprend²⁸². Une démarche pédagogique, et non essentiellement informative ou explicative, autorise le patient à produire du sens, en lui et par lui-même, au sein d'une véritable alliance thérapeutique. La relation de soin permet de créer et de potentialiser un savoir nouveau à partir d'une démarche de soin centrée sur le récit du patient. Au professionnel d'élaborer ensuite une démarche qui ait du sens afin d'être intégrée et éprouvée. A lui d'élaborer un savoir nouveau à partir de ce que le patient sait, est, vit²⁸³.

3.3.3. L'accueil comme compétence

3.3.3.1. Une posture de l'accueil

Autre versant de la compétence interpersonnelle du soignant, l'aspect relationnel se décline à travers la notion d'accueil au niveau de la zone centrale de la représentation. Cet élément cognitif occupe une place essentielle dans la représentation du prendre soin côté soigné comme soignant. Ce socle commun pourrait alors constituer une voie d'entrée dans la rencontre des acteurs du soin. Il en va de même pour l'écoute. Pour autant, il semble que l'accueil et l'écoute ne s'articulent pas de la même manière dans le « puzzle » mental, tel que décrit par Reach, des participants. La notion d'accueil, comme celle d'écoute qui en constitue une des déclinaisons, font l'objet d'entrées spécifiques parmi

²⁸¹ Reach, G., *op.cit.*, p.196

²⁸² Sandrin-Berthon, B., *op.cit.*, p.195

²⁸³ Sandrin Berthon, B. (2000). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris: Presses Universitaires de France.

les éléments signifiants de la représentation répertoriés dans ce chapitre. Les paragraphes suivants illustrent un autre aspect de l'accueil comme compétence, ici présenté à travers l'accueil des émotions.

3.3.3.2. L'accueil des émotions : place de l'affectivité dans l'éthique de la relation

a. L'affectif comme source de connaissance

Une autre facette des compétences interpersonnelles du soignant est la place accordée à la communication verbale, stabilisatrice et garante de la relation de soin. Elle suppose un sujet essentiellement rationnel capable de percevoir, de se positionner et d'interagir à partir du seul langage. Or, c'est oublier que notre connaissance procède en partie de l'expérience sensible. Les émotions participent à la formation de la cognition²⁸⁴. Anticipées ou présentes, elles auraient un effet éducationnel plutôt que causal sur nos comportements²⁸⁵. Les émotions seraient ainsi décisives dans la perception des valeurs²⁸⁶, et notamment des valeurs du soin. Damasio témoigne ainsi, dans *L'Erreur de Descartes*, de l'importance des émotions dans la prise de décisions et dans l'ensemble des procédures intellectuelles²⁸⁷. La décision rationnelle ne dépend pas de facteurs exclusivement intellectuels. L'émotivité est positivement incluse dans l'évaluation des situations²⁸⁸. Ce professeur de neurologie démontre, à partir de la physiologie de lésions cérébrales, le caractère utile des émotions dans l'évaluation des situations et la mise en œuvre de la pensée rationnelle. Les fonctions cérébrales ne peuvent être isolées de l'ensemble de l'expérience du corps, ni de l'intuition immédiate, sorte de régulation automatique qui relève à la fois de l'inné et de l'acquis²⁸⁹.

Ce travail exploratoire témoigne de l'extrême richesse du monde perceptif du sujet de soin. Elle transparaît dans l'ensemble des cartes conceptuelles des patients sans pour autant se retrouver dans l'univers sémantique des soignants. Au final, il semblerait que la *techné* ait peu d'effets sur les représentations du prendre soin pour les soignés interrogés. A la compétence technique et à la vocation pédagogique affichée du soignant fait écho une attente de prise en compte des émotions et de l'affectivité côté patients, dans tout ce qu'elle comporte d'ambivalence et de complexité.

²⁸⁴ Oum, R., Liederman, D. (2007). Emotion is cognition : an information-processing view of the mind. Dans K.Vohs, R.Baumeister, F.Loewenstein, G.Do. *Do emotions help or hurt decision making* (p. 117-132). New York : Russel sage Foundation. Cité par G.Reach, *op.cit.*, p.196

²⁸⁵ Baumeister, R.F., Vohs, K.D., DeWall, C.N., *et al.* (2007). How emotion shapes behavior:Feedback, anticipation and reflexion, rather than direct causation. *Personality and social psychology review*, 11, 167-203. Cité par G.Reach, *op.cit.*, p.196

²⁸⁶ Tappolet, C. (2003). Emotions and the intelligibility of akratic actions. Dans S.Stroud, C.Tappolet, *Weakness of will and practical irrationality*, (P.97-120). Oxford : Clarendon Press. Cité par G.Reach, *op.cit.*, p. 196

²⁸⁷ Damasio, A. (1995). *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*. Paris : Odile Jacobs.

²⁸⁸ Bourdin, D. (1999). Sensation, perception, sensibilité. Dans D.Bourdin, G.Guislain, P.Jacopin (Dir), *La sensibilité*. Paris : Bréal.

²⁸⁹ *Ibid.*

- b. Un corps spatialisé, socialisé, transformé et affectif : l'affordance du milieu

La condition éthique au sens propre implique un éthos, c'est à dire à la fois un séjour et un comportement. La question éthique se conjugue avec celle du milieu dès lors qu'il s'agit d'*être avec* l'espace et de construire en son centre une relation soignant-soigné de qualité.

L'analyse de la représentation du prendre soin illustre comment l'expérience sensitive et affective est constitutive de la posture du sujet de soin. Le poids de la catégorie se rapportant à la dynamique spatio-temporelle est plus fort côté patient et l'univers sémantique s'y rapportant plus riche : perception de l'environnement, de l'espace physique allant d'une échelle micro (les différents territoires du service comme la salle d'attente, le couloir, le fauteuil au sein de la salle de soin) à macro-spatiale (le centre dans sa situation géographique dans l'espace urbain et périphérique), qualités de cet espace (salubre ou vétuste), dynamique spatiale à travers le défilé des patients et du cortège d'étudiants et d'enseignants, organisation de l'espace. Le dictionnaire sémantique de la tonalité du lieu est investi uniquement par les patients, et notamment les plus jeunes publics dont les adolescents. Le soigné prend connaissance du milieu et du soin à travers son univers sensitif. L'ensemble des sens se déploie (visuel, sonore, olfactif, gustatif, tactile). Le corps du soigné est à la fois spatialisé, socialisé, affectif et bientôt transformé par l'acte de soin lui-même²⁹⁰.

L'expérience sensitive du patient au sein d'un milieu défini et régulé participe de la construction des représentations, et par la même des attitudes et des comportements au sein de la relation. Gibson²⁹¹ définit ainsi la notion d'affordance : **la perception de l'environnement nous renseigne sur la façon dont nous pouvons agir.** L'environnement peut ainsi afforder, c'est à dire suggérer, permettre ou entraver telle ou telle posture de soin. Il participe de la mobilisation et de la mise en mouvement de chacun des acteurs. Il est porteur d'un sens que chacun intègre par les mécanismes de la perception²⁹². Il est étonnant de constater à travers l'analyse des cartes conceptuelles le caractère éminemment subjectif de la perception du milieu du soin. Ainsi, les plus jeunes patients, essentiellement les pré-adolescents évoquent un univers sémantique de la joie, de la chaleur humaine, de l'ambiance joviale au sein du service. Dès l'adolescence et particulièrement chez l'adulte, ce même milieu devient celui de l'inconfort, du bruit, de l'absence d'intimité et de la difficulté d'être soi. Ces propos sont bien

²⁹⁰ Draperi, C. (2008). Le corps décrit, le corps vécu, le corps transformé : regards sur le corps. *Éthique & Santé*, 5(2), 80-83.

²⁹¹ Gibson J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston : Houghton Mifflin.

²⁹² Lacombe, C. (2006). *Milieu physique, vie quotidienne et idéaux socioculturels. Structuration du cadre de développement des enfants dans les garderies québécoises*. (Thèse de Doctorat). Université de Laval. Disponible sur : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23299/23299.html>

évidemment à nuancer et à affiner compte tenu de la faiblesse de l'échantillonnage. Néanmoins, ils témoignent de la dimension à la fois culturelle et générationnelle de l'affordance.

L'espace a ainsi une dimension sémiologique : il est signifiant pour les individus. Il peut dès lors véhiculer des messages délétères dans l'équilibre de la relation de soin ou au contraire la renforcer, indépendamment de la posture du soignant. Il convient alors de s'interroger sur les possibilités réelles pour un patient de prendre sa place au sein de la relation, de se situer en tant que sujet et acteur central du soin dès lors que la structure renvoie un message contradictoire. Par exemple, l'organisation spatiale et temporelle du service rend difficile la perception, et de fait l'appropriation, d'un véritable territoire physique et relationnel soignant-soigné. L'espace ouvert, l'affluence sur le lieu du soin, les conversations déliées et ouvertes des étudiants et du personnel soignant complexifient les possibilités de mobilisation offertes au sujet. « L'expérience de l'espace est enracinée dans l'expérience corporelle. C'est en ce sens encore que [...] peut (être défini) le monde du malade comme rétréci : la modification des moyens d'accès au monde enferme dans un monde actuel, protégé, et ne donne plus accès au monde virtuel, celui des possibilités »²⁹³. Pour Moos, le milieu physique est ainsi indissociable des pratiques qu'il supporte. Il existe une adaptation dynamique des individus à leur milieu²⁹⁴. « Le corps humain n'occupe pas, à la manière d'un objet, une position dans l'espace, mais il est situé dans un monde, c'est à dire qu'il a une pré-compréhension du monde. »²⁹⁵

Le milieu n'est donc pas un espace indifférent : « il est au centre, et le centre à partir duquel le sens se noue n'est autre que l'homme lui-même en relation avec les autres hommes. »²⁹⁶ En fondant un espace de rencontre, l'architecture du lieu permet alors de ne pas s'enfermer dans une expérience purement subjective. A travers l'univers symbolique qui s'en dégage, elle donne lieu à une expérience commune et partagée. Il s'agit alors de véritablement habiter l'espace du soin. « Habiter ne signifie pas simplement être logé. Etre logé, c'est être inséré dans un espace objectif prêt : il s'agit d'une notion arhythmique »²⁹⁷. Or cette notion de rythme, mais aussi de tonalité du lieu, nous l'avons vu, participe d'un ancrage affectif chez l'enfant, à la différence de l'adulte. L'espace restaure un climat familial. La rumeur du lieu rassure à travers les va-et-vient des internes, complices-soignants de nos jeunes patients. « C'est humain » témoigne l'un d'entre eux lors des entretiens. « En revanche, habiter veut dire (...) faire rayonner un espace de significations familières qui nous le rend complice, faire du lieu un espace de rencontre : or la rencontre n'est jamais une relation de sujet à objet. » Elle est par

²⁹³ Draperi, C., *op.cit.*, p.199

²⁹⁴ Moos, R.H. (1976). *The human context*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

²⁹⁵ Draperi, C., *op.cit.*, p. 199

²⁹⁶ Maldiney, H. (2007). La rencontre et le lieu. Dans C.Younès (dir.), *Philosophie, art et existence*. Paris : Les Editions du cerf.

²⁹⁷ Cambier, A. (2004, novembre).Introduction. Dans, M.Dard (Chef de projet), *Architecture, Hopital, Art Contemporain*. Actes du colloque organisé au CHRU de Lille par M.Aubry, le Ministère de la santé et de la protection sociale, le Ministère de la culture et de la communication et la Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et universitaires, le 25 et 26 novembre 2004. Disponible sur : <http://www.reseau-chu.org/article/hopital-architecture-art-contemporain-actes-du-colloque/>

essence une relation de sujet à sujet. Celui-ci spatialise l'espace : l'homme, en tant que sujet, est toujours au centre, nous rappelle Maldiney²⁹⁸. Pour autant, les capacités à s'approprier l'espace diffèrent selon les publics. A mesure que l'identité du jeune patient se déploie, dès l'adolescence, la structure devient plus hermétique et étrangère au sujet. Il ne s'agit alors plus d'une seule modalité d'*être avec* l'espace mais de multiples rapports à l'espace, mis au jour selon les intentionnalités et les pratiques.

Cette signifiante du milieu de soin n'est pas neutre et participe pleinement aux conditions de la rencontre entre les acteurs et au sentiment d'efficacité, de « self-efficacy » pour Bandura, qui permet à chacun de se mobiliser intérieurement, y compris les professionnels de santé²⁹⁹. En ce sens, le milieu agit comme véritable support de ce « self-efficacy », ce sentiment d'efficacité personnelle qui conduit au dépassement de chacun, à une participation et un engagement plus actif au sein de l'espace relationnel. L'environnement de soin « capacité³⁰⁰ » les individus, à travers la dimension esthésiologique de l'espace, c'est à dire « son lien primordial avec l'expérience sensible. »³⁰¹

Le domaine de la psychologie environnementale a particulièrement étudié l'influence du milieu sur la manière dont les individus interagissent entre eux, s'engagent et s'impliquent dans une action et, évidemment, sur la construction des représentations sociales. Rapporté à notre objet d'étude, l'environnement agit comme support d'interrelation. Les qualités de ce dernier sont à même de favoriser ou au contraire d'inhiber le développement de compétences, ou capacités-possibilités, de chacun des partenaires soignants. Or, cette notion de compétence représente un véritable changement de paradigme dans le monde soignant. La participation et l'engagement du patient passent par l'expression de ces compétences, ou capacités à maîtriser et se saisir des différents possibles, variables selon la singularité de telle ou telle situation.

Le milieu semble véritablement soutenir l'adhésion du patient, son implication dans le soin, sa capacité à coopérer et à se mouvoir dans la thérapeutique. Ces aspects sont intéressants à analyser dès lors qu'il s'agit de renforcer ce sentiment de self-efficacy, la participation active des sujets à travers la délibération par exemple, ou encore l'observance thérapeutique. Il s'agit alors de décrire l'environnement non plus en tant que contenant mais en termes de possibilités fonctionnelles qui ouvrent et déploient les possibilités de l'individu. L'environnement apporte ainsi des opportunités pour l'action et ce, de manière immédiate. Il participe à la mobilisation du sujet de soin dans ses interactions avec autrui. Etudier la relation de soin nécessite alors d'introduire d'autres agents au colloque singulier soignant-soigné, dont l'environnement. Le concept d'affordance développé permet

²⁹⁸ Maldiney, H., *op.cit.*, p.200

²⁹⁹ Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy*. New York : W.H. Freeman.

³⁰⁰ Sen, A., Chemla, P., Laurent, E. (2010). *L'idée de justice*. Paris : Flammarion.

³⁰¹ Cambier, A., *op.cit.*, p.200

ainsi de penser l'environnement en termes de possibilités individuelles dans une situation donnée³⁰². De nombreuses études ont été menées chez les enfants afin de comprendre la manière dont l'environnement (l'espace urbain, la salle de classe, l'école, la maison, le centre ville etc) influençait leur capacité à s'engager, à se mobiliser et à se déployer, à interagir avec les autres, ou encore renforcer le sentiment de citoyenneté^{303 304 305 306}. Une autre souligne comment l'espace incite les enfants à participer et s'investir dans différents projets personnels ou collectifs, comment il favorise l'expression de compétences spécifiques dans une situation donnée³⁰⁷.

Des taxinomies ou échelles d'affordances sont décrites dans la littérature scientifique³⁰⁸. Elles visent à décrire le milieu en fonction de la manière dont il offre les possibilités individuelles. Il existe ainsi des différences qualitatives en termes d'affordance sur les compétences des individus au sein d'un espace donné. L'affordance d'un milieu peut être plus ou moins développée selon le degré ou le type de compétence qu'elle mobilise. L'implication d'un sujet peut être ainsi évaluée et estimée à travers les possibilités offertes par l'environnement. Une étude réalisée auprès d'instituteurs témoigne des effets de l'environnement spatial (la classe) sur les pratiques enseignantes et la manière d'entrer en relation avec les enfants³⁰⁹. Réciproquement, toute pratique met en jeu l'espace d'une manière nouvelle. L'espace nous imprègne et devient en ce sens soutien et support d'altérité. Aussi, existe-t-il, d'après la psychologie environnementale, une dimension spatiale de l'engagement des individus. Se pose alors à travers l'espace une problématique de l'action. Le milieu se révèle à la fois ressource et condition de l'action³¹⁰.

³⁰² Gibson, E., Pick, A.D. (2000). *An ecological approach to perceptual Learning and development*. New York : Oxford University Press.

³⁰³ Chawla, L., Heft, H. (2002). Children's competence and the ecology of communities: a functional approach to the evaluation of participation. *Journal of environmental psychology*, 22(1), 201-216.

Clark, C., Uzzell, D. L. (2002). The affordances of the home, neighbourhood, school and town centre for adolescents. *Journal of environmental psychology*, 22(1), 95-108.

³⁰⁴ Kytä, M. (2002). Affordances of children's environments in the context of cities, small towns, suburbs and rural villages in Finland and Belarus. *Journal of environmental psychology*, 22(1), 109-123.

³⁰⁵ Martin, S. H. (2002). The classroom environment and its effects on the practice of teachers. *Journal of Environmental Psychology*, 22(1), 139-156.

³⁰⁶ Clark, C., Uzzell, D. L. (2002). The affordances of the home, neighbourhood, school and town centre for adolescents. *Journal of environmental psychology*, 22(1), 95-108.

³⁰⁷ Chawla, L., Heft, H., *op.cit.*, p. 202

³⁰⁸ Clark, C., Uzzell, D. L., *op.cit.*, p. 202

³⁰⁹ Martin, S. H., *op.cit.*, p. 202

³¹⁰ Maldiney, H., Younès, C. (2000). Rencontre avec Maldiney : Éthique de l'architecture. Dans T.Paquot, C.Younès, *Ethique, architecture, urbain* (p.69-83). Paris : La Découverte, Armillaire

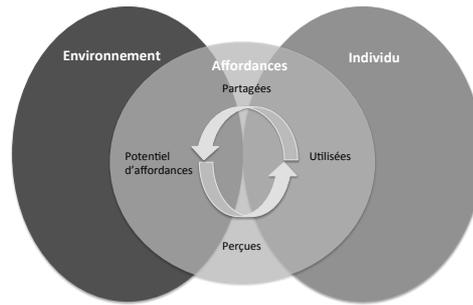


Figure 29

Les différentes possibilités d'affordance³¹¹

Le concept d'affordance se décline également avec l'affordance sociale, c'est à dire à travers les possibilités du sujet d'interagir avec les autres individus³¹². Bandura participe également au déploiement de ce concept comme « capacité de produire une action en tenant compte du contexte-intelligence de l'environnement »³¹³. L'affordance nous offre une nouvelle grille de lecture afin de comprendre quelles sont les possibilités du sujet dans sa capacité à participer aux actions qui le concerne, ou encore de rendre intelligibles les structures sociales ou de pouvoir.³¹⁴

Cette réflexion nous semble particulièrement intéressante à l'heure où le centre de soin dentaire de Rennes élabore un nouveau projet de construction et d'aménagement des espaces de soin. Cela nécessite de penser l'architecture en tant que ressource. Elle participe à renforcer et nourrir les collaborations et le sentiment d'appartenance commune. Au verbe « aménager », Heidegger préférerait ainsi le terme « ménager », qui traduisait selon lui la manière dont il faut « prendre soin des gens, des lieux et des choses »³¹⁵. Des réponses architecturales aux nouveaux modes d'organisation se dessinent aujourd'hui à travers différents projets hospitaliers. L'idée est alors de créer un véritable espace de l'accueil pour les patients et le personnel soignant. Se dégage ainsi la notion de care institutionnel, une éthique du prendre soin à partir et à travers les projets institutionnels, au nom d'un véritable care agissant. Il participe à renforcer ou restaurer les capacités d'agir, voire de décider et de délibérer du sujet³¹⁶.

³¹¹ Chawla, L., Heft, H., *op.cit.*, p. 202

³¹² Gibson, E., Pick, A.D. *op.cit.*, p. 202

³¹³ Bandura, A. (2001). Social cognitive theory : An agentic perspective. In S.T.Fiske, D.L. Schachter, C.Zahn-Waxler (Dir.), *Annual review of Psychology*, 52, 1-26.

³¹⁴ Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy*. New York : W.H. Freeman. Dans Begué-Simon, A-M, *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPED-UE105 (2003)*. Université de rennes 1, U.F.R. de Médecine.

³¹⁵ Heidegger, M. (1958). *Essais et conférences*. Paris : Gallimard.

³¹⁶ Leonard, C. (2012). La responsabilisation capacitante: un nouveau paradigme pour refonder l'Etat-providence? Application au secteur des soins de santé. *Ethics and Economics*, 9(2), 45-65. Available on: <http://ethique-economique.net>.

Certains projets d'établissement travaillent aujourd'hui à intégrer un projet médical centré sur le patient, intégrant également les nouveaux modes de prises en charge à travers l'ouverture à d'autres professionnels dans une optique de réseau. Une architecture adaptée participe ainsi au décloisonnement des pratiques mais également aux conditions d'une citoyenneté en santé³¹⁷. Le colloque Architecture, Hôpital et Art Contemporain, qui s'est déroulé au CHRU de Lille en 2004, alertait sur les risques d'une « cécité de l'aspect, d'un appauvrissement de l'expérience du monde, d'un rétrécissement des horizons et de son univers professionnel au point d'avoir occulté que l'espace de l'hôpital ne peut se réduire à un aspect fonctionnel, mais qu'il demeure fondamentalement un espace d'existence »³¹⁸.

Apport des questionnaires : le corps spacialisé et l'espace signifiant

« La préoccupation de soigner l'homme (...) ne suffit pas, mais suppose le souci éthique de prendre également en considération l'homme comme un être qui vit du sens qu'il accorde à ce qui l'entoure »³¹⁹. L'espace est pensé dans sa dimension relationnelle. Il participe à la rencontre des acteurs du soin. Il est perçu à travers son rythme et sa tonalité affective spécifique, le climat qu'il suscite. La première qualité de l'espace de soin est d'abord d'être humain (38,5% des participants), puis accueillant (24%). **Cet espace médiateur de la relation est souligné par la majorité des patients (62,5%)**. Il devance très nettement les références à l'organisation (5,2%), la fonctionnalité (8,3%), la sécurité des soins (16,7%), et l'innovation et les technologies de pointe (5,2%).

3.3.3.3. L'expérience sensitive du patient et les limites de l'expression verbale

a. Prendre soin de toucher pour restituer le sujet

L'expérience sensitive du patient est également décrite à travers ce qui appartient au ressort de la communication infra-verbale. Les sens visuels et surtout tactiles participent de cette rencontre entre les acteurs du soin. « Le toucher est à la fois rassurant, douloureux et thérapeutique » précisent Lombard, Masquelet et Vandewall dans leur chapitre intitulé *Gloire et détresse de l'objet de soin*³²⁰. Cette main, qui blesse comme elle apaise, est capable d'ouvrir au dialogue. L'importance du touché dans le champ sémantique du sensitif est loin d'être anodine dans la représentation du prendre soin en Orthopédie Dento-Faciale. Nous évoquions précédemment l'ascendance de cette main *oculare*, cette

³¹⁷ Cambier, A., *op.cit.*, p. 200

³¹⁸ *Ibid.*

³¹⁹ *Ibid.*

³²⁰ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p. 187

main qui voit et qui sait, dans la *techné* et l'identité du professionnel. « Symbole même de la plasticité de l'intelligence dans son infinie capacité d'adaptation » pour Aristote, la main est également celle qui « symbolise le contact humain dans ce qu'il a de plus concret et de plus immédiat »³²¹. Le touché s'inscrit dans une temporalité : il est décrit dans le premier temps de la rencontre et de l'accueil (tendre la main, serrer la main, toucher l'épaule...), puis dans le temps de l'acte du soin à travers toute la palette du ressenti et de l'attention à la maîtrise du geste. Le sens tactile est d'autant plus développé à cet instant du soin que les possibilités d'entrer en relation sont réduites. L'expression verbale est difficile dès lors que le travail se fait en bouche, maintenue ouverte lors du collage des attaches par exemple par des techniques de contrainte et de maintien par des instruments (l'écarte-bouche). Le sens visuel est circonscrit à la lumière du scialytique. Seule l'ouverture vers l'expression du regard du soignant est possible, le visage étant masqué. Mais, c'est un regard le plus souvent concentré, situé dans un ailleurs que le patient perçoit. A ce temps du soin, la perception tactile est affinée. Elle peut alors constituer un ancrage à travers les sensations doubles (l'expérience simultanée de la main touchante et de la main touchée) lorsqu'un tiers ou une assistante prend la main du jeune patient. Parallèlement, le timbre de la voix ou l'expression du regard par exemple représentent d'autres formes d'ancrage sensitif et affectif.

Andrieu nous invite ainsi à *Prendre le soin de toucher*³²². « Le toucher est devenu un mode de subjectivation face aux techniques d'objectivation vécues comme déshumanisantes »³²³. Le touché, et à travers lui le corps affectif et sensitif, serait-il alors une porte d'entrée vers la re-possibilisation du sujet de soin, c'est à dire sa re-subjectivation ? Cette question est d'autant plus d'actualité dans un contexte de démocratie sanitaire où le patient est invité à devenir acteur et sujet central du soin alors même que Sicard³²⁴ constate justement de la pseudo-objectivation du patient par lui-même. C'est alors l'idée de re-situer le sujet à partir de son corps affectif.

b. L'expression du regard et de la mimique

L'importance du lien affectif se tisse ainsi à travers le sens visuel. « On attend un signe qui témoigne d'une émotion telle que nous la ressentons, nous qui sommes en lien constant avec des expressions culturelles »³²⁵. Mais justement ces expressions sont culturelles et identitaires. Elles interrogent alors les possibilités de la rencontre entre deux singularités, deux individualités. « La mimique de la colère ou de l'amour n'est pas la même chez un japonais et un occidental. Plus précisément la différence des mimiques recouvre une différence des émotions elles-mêmes. Ce n'est pas simplement le geste qui est contingent à l'égard de l'expression corporelle, c'est la manière même d'accueillir la situation et de la

³²¹ *Ibid.*

³²² Andrieu, B. (2007). Prendre le soin de toucher. *Éthique & Santé*, 4(4), 180-83.

³²³ *Ibid.*

³²⁴ Sicard, D. (2006). *L'alibi éthique*. Paris: Plon.

³²⁵ Draperi, C., *op.cit.*, p. 199

vivre. »³²⁶ Cette approche de la perception phénoménologique de Merleau-Ponty³²⁷ nous permet de saisir les difficultés de saisir tout ce qu'il y a d'étranger dans la rencontre singulière du soignant et du soigné.

3.3.3.4. Accueillir le vécu : la difficulté de la juste distance

a. L'ambivalence du vécu

Le poids de la catégorie concernant le vécu du patient repose presque exclusivement sur les cartes conceptuelles des soignés. Le dictionnaire sémantique traduit un large répertoire d'émotions auquel est confronté le patient. A l'inverse, les soignants n'ont pas investi cet espace catégoriel. Il ne constitue pas dans la représentation professionnelle un élément signifiant du *prendre soin*. Le registre des émotions est varié, de la crainte à l'espoir, du mécontentement à l'amusement, de la dévalorisation de soi à la détente, du rejet à la confiance. Il existe une ambivalence des sentiments « marquée par un jeu subjectif de représentations extrêmement complexe. C'est un véritable monde affectif qui se révèle avec toutes ses tonalités particulières ³²⁸ ». La question se pose alors de l'accueil des émotions et de la mise en jeu des compétences interpersonnelles du soignant pour recevoir, reconnaître, transformer ou simplement faire face à cette pluralité des émotions, variables d'un sujet à l'autre, parfois fluctuantes chez un même individu, dans son exercice quotidien. Elle interroge « notre capacité constante à nous adapter aux émotions successives, celles qui jalonnent une journée ou une semaine de soins, qui constituerait l'enjeu le plus éthique de cette juste distance »³²⁹ entre accueil des émotions et distanciation du soignant. Comment placer alors le curseur entre indifférence et idéal compassionnel déplacé ³³⁰? Cette question de la juste distance sera développée ci-après à travers l'identité et la posture du soignant au sein de la relation de soin. Il est cependant étonnant que les références sémantiques relatives aux émotions et aux différents vécus du soin soient si peu développées dans le champ représentationnel du soignant. Cette absence interroge les possibilités du soignant de reconnaître ces émotions, l'apprentissage de la dynamique émotionnelle et affective au cours de la formation des étudiants et les enjeux éthiques qui en découlent, mais également les ressources interpersonnelles du patient pour à la fois les intégrer et les distancier. Ce décalage qui met en exergue des émotions négligées, constitue pour Reach un véritable obstacle à toute démarche pédagogique et aux conditions d'une véritable alliance thérapeutique³³¹. Les rares émotions décrites par les soignants

³²⁶ Merleau-ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.

³²⁷ Barbier, S. (1998). Phénoménologie de la perception et ontologie du sensible chez Merleau-ponty. Dans B.Bourdin, G.Guislain, P.Jacopin (dir.), *La sensibilité*. Paris : Bréal.

³²⁸ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p. 187

³²⁹ Bourdeaut, F. (2006). Les Émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression." *Éthique & Santé*, 3(3), 133-37.

³³⁰ *Ibid.*

³³¹ Reach, G. *op.cit.*, p.196

appartiennent au registre de la douleur, de la crainte et de l'appréhension qu'elle suscite, de son caractère désagréable et inconfortable pour le patient.

b. Le vécu douloureux

L'expérience de la douleur se révèle en effet la plus apparente en Orthopédie Dento-Faciale mais elle demeure circonscrite. Les cartes conceptuelles dans une démarche réflexive nous permettent de mesurer l'étendue du champ émotionnel et de la dimension affective du sujet de soin.

Cette référence au corps affectif du patient se retrouve à différents niveaux de l'analyse des catégories. La posture du soignant est décrite dans la manière dont elle interfère avec le monde affectif du sujet. Le soignant, nous l'analyserons dans un autre temps de cet exposé, est investi d'attentes symboliques fortes, parfois contradictoires, voire surdimensionnée, difficile à porter pour un même professionnel. La demande en terme de compétences interpersonnelles d'attention, d'adaptation, de soutien et d'accompagnement se révèle très développée dans le champ sémantique des patients.

Dès lors, les compétences à la fois techniques et interpersonnelles du soignant, dans le geste et l'échange, participent de ces éthiques actives et vivantes à articuler au sein de nos disciplines hospitalières. « Le geste et la rencontre se donnent bien l'un à l'autre leur signification, mais celle-ci ne peut être apportée séparément »³³². La faiblesse du geste technique entrave les conditions de la rencontre à l'autre.

Apport des questionnaires : le vécu du patient

L'indicateur se rapportant au contenu des savoirs à échanger nous renseigne sur le vécu du patient, mais également sur les différentes dimensions à prendre en compte dans une démarche d'accompagnement et de renforcement des ressources du sujet. La thématique de la douleur, éprouvée et subie ou anticipée, occupe une place essentielle dans les sollicitations des participants (40,4%). Elle est accompagnée par une demande d'informations concrètes portant sur les conseils alimentaires ou encore la sensation d'inconfort. Ces aspects se rapprochent de la notion de qualité de vie, fréquemment relayée dans le monde soignant. Parallèlement, la relation du sujet au monde, à travers l'esthétique, le regard de l'autre, la difficulté de s'approprier et de se reconnaître dans ce visage qui se redessine, l'apparence altérée représentent 42,7% des propositions choisies. Se dégage alors, au delà de la figure du patient, une invitation à se positionner en tant que *personne*, singulière et en interaction

³³² Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p. 187

avec la vie sociale, collective et relationnelle, ancrée dans un quotidien et qui s'humanise à travers la relation à l'autre. Pour Stein et Secretan, l'enjeu de restituer la personne est essentiel en un temps où la notion se serait affadie³³³.

Cette sollicitation à reconnaître la *personne* se retrouve à travers l'indicateur « Aspects de la relation entraînant un sentiment de domination éprouvée ». Pour les répondants, les difficultés à s'exprimer et à s'affirmer (41,2%), le sentiment de ne pas être reconnu dans ce que le sujet vit et la manière dont il se vit et se perçoit (23,5%), l'absence de prise en compte du sujet dans sa singularité (17,6%) ou encore le sentiment d'être insuffisamment écouté (20,6%) illustrent cette nécessité de restituer la notion de personne dans la sphère du soin. S'il ne s'agit pas de la majorité de l'échantillon, ils n'en représentent cependant pas moins d'un patient sur trois. Pour autant, ces difficultés semblent peu altérer la perception de la relation de soin. Neuf patients sur dix ne se sentent pas contraint au sein de l'équilibre relationnel. Honneth³³⁴, dans son ouvrage *La lutte pour la reconnaissance* offre un éclairage nouveau sur la teneur des conflits sociaux, auxquels la relation de soin peut parfois s'apparenter. Il souligne la dimension morale inhérente à tout affrontement. L'évolution sociale est une succession de luttes, souvent symboliques, dans lesquelles l'individu ne cherche pas tant à abaisser son adversaire qu'à être reconnu par lui dans son individualité.

Dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale Hospitalière étudié, le climat relationnel semble très favorable à travers des représentations positives de l'équilibre soignant-soigné. Il faut donc dans un souci de justesse continu et dynamique aller chercher ce qui pourrait être renforcé, accompagné, reconnu dans un souci d'amélioration de la qualité des soins.

³³³ Stein, E., Secretan, P. (1992). *De la personne : corps, âme, esprit*. Paris : Editions du Cerf.

³³⁴ Honneth, A. (2008). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Editions du Cerf.

4. Le soignant

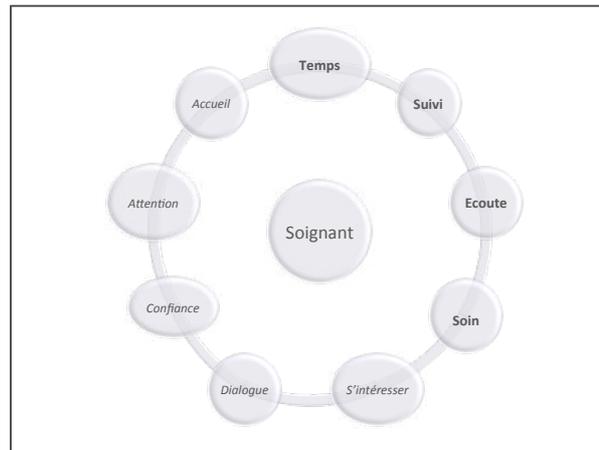


Figure 30

Liens de connexité du soignant avec les éléments de la zone centrale (en gras) et de la première périphérie (en italique) chez la population de soignés.

4.1. Un idéal soignant

La figure du soignant apparaît dans la zone centrale de la représentation sociale du prendre soin chez la population de patients. Il s'agit bien là d'un élément significatif de la représentation : le prendre soin repose en grande partie sur le soignant qui œuvre au bénéfice du patient. Il est investi d'une charge symbolique très forte, voire surdimensionnée et peu tenable, qui en fait paradoxalement, tant la tâche est difficile, une figure de la vulnérabilité. Cette construction de l'identité professionnelle du soignant se retrouve à travers l'héritage du *corpus hippocratique*. Elle semble gravée dans notre mémoire culturelle. De cette éthique hippocratique naît la référence à l'engagement d'exercer son art pour le bénéfice du malade « dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances »³³⁵. « La personne du médecin unit intimement profession et vie privée, compétence et pureté, presque sacrée : « je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois » »³³⁶. Les contours du serment hippocratique revêtent des formes plurielles au cours des siècles. Dans toutes ses variantes, l'engagement envers autrui et l'engagement envers soi-même sont liés. Debru, citant une prière attribuée à Maimonide, médecin et philosophe juif espagnol du XII^{ème} siècle, écrit : « Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures...Fais que je ne voie que l'homme

³³⁵ Debru, A, *op.cit.*, p. 189

³³⁶ *Ibid.*

dans celui qui souffre.³³⁷ » L'identité professionnelle se construit ainsi à travers la notion d'engagement et de valeurs morales supérieures.

Les attentes envers le corps soignant sont fortes. En ce sens, l'élément le soignant peut également s'apparenter à un mot matrice tant il recouvre de concepts entrant dans la signification du prendre soin et entretient des liens de connexité avec nombre d'éléments. La gestion du temps et du suivi, la capacité à écouter et accueillir l'autre dans tout ce qu'elle implique d'une éthique de l'accueil, de l'attention portée, de la confiance et de l'ouverture au dialogue reposent en grande partie sur la seule figure du soignant parmi la population de patients.

Parmi les personnels soignants, l'analyse catégorielle révèle un champ sémantique étayé centré sur la posture et l'identité du soignant, telles que représentées par les professionnels eux-mêmes. L'identité professionnelle est ainsi déclinée à travers les notions de devoir judéo-chrétien, de discours de vérité, de capacité à entretenir l'espoir, d'humanité, d'empathie, de protection, de bienveillance et de passion côté soignant comme patient. Cette forme de sagesse pratique, qui s'appuie sur l'expérience personnelle du médecin et propre aux professions dites consultantes emblématiques (comme les avocats), est valorisée socialement, y compris dans les affaires publiques. La narration de la figure du soignant par les professionnels eux-mêmes illustre bien les fonctions d'identification et de justification propres aux représentations sociales. Ces résultats font écho à la manière dont, au sein de la sociologie des professions, le courant qualifié de fonctionnaliste, a défini la profession du médecin en fonction des propres représentations des soignants, c'est à dire par « par ce qu'elle prétend être »¹.

4.2. La fonction du soignant : soigner ou prendre soin ?

4.2.1. *Ambivalences de l'épiméleia et de la therapia*

La terminologie grecque distinguait dans le soin « *epimeleia* et *therapia*, respectivement prendre soin et soigner »³³⁸. La représentation des patients se situe clairement dans cette affirmation de l'épiméleia, dans le sens de « s'occuper de » et de l'expression d'une forme de sollicitude. Les cartes conceptuelles des soignants tendent, bien que ce propos soit à nuancer, à s'attacher à la dimension de *therapia* qui suppose « un savoir et une pratique et donc un savoir-faire ».³³⁹ Ces deux acceptions témoignent d'une réelle tension. L'éthique du soin oscille entre ces deux pôles et explique la présence de postures soignantes ambivalentes au sein du champ sémantique se rapportant à la posture et à l'identité du soignant.

³³⁷ *Ibid.*

³³⁸ Lombard, J. (2006). Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin. *Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines*, 3, 1-11. Disponible sur : <http://leportique.revues.org/876>

³³⁹ Resweber, J. P. (2000). Jean Lombard, Platon et la médecine. Le corps affaibli et l'âme attristée, Paris, L'Harmattan. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 5. Disponible sur : <https://leportique.revues.org/418>

4.2.2. *L'expérience de la juste distance*

Les attentes de reconnaissance de ces corps affectifs et sensitifs sont très marquées de la part des soignés. Elles invitent à réfléchir sur la place des émotions au sein de la relation de soin et sur la capacité et l'opportunité du soignant d'accueillir ces émotions parfois denses et contradictoires. Elles interrogent aussi sur les possibilités de réciprocité de cette expression et réception des émotions dans le colloque singulier soignant-soigné et sur les enjeux en terme d'éthique du soin. Au soignant de placer le curseur subtil, propre à chaque rencontre, entre répression des émotions et idéal compassionnel irrévérencieux. La place des émotions et les attentes investies sur le soignant ne peuvent être négligées. Elle procède d'une véritable éthique de l'accueil dont un des enjeux est le respect réciproque et mutuel, appelé par Ricoeur³⁴⁰ *sollicitude*. La gestion des émotions introduit une véritable dynamique de l'interdépendance entre les acteurs du soin.

Au delà, c'est la question de la juste distance entre deux tentations antagonistes qui se pose.

D'un côté, un « idéal soignant généreux »³⁴¹, dont la capacité à s'émouvoir apparaît comme garante de son « humanité ». L'émotion est alors culturelle, dans le sens où elle appartient à une culture professionnelle et à la représentation sociale d'un idéal soignant.

Bourdeaut décrit ainsi trois niveaux qui nourrissent l'expression des émotions dans ce contexte professionnel : l'émotion originelle, l'émotion culturelle et l'émotion sociale. *L'émotion originelle*, celle qui interpelle la vocation du futur soignant et le conduit à s'engager dans les métiers de soin, constitue un premier niveau. « Sans minimiser la part essentielle de cet élan d'affectivité, il convient de prendre conscience aussi que cette émotion singulière est habillée d'une *émotion culturelle*. Celle d'abord de la représentation du soignant idéal qui nous travaille et que l'on attend de nous »³⁴². Cette émotion culturelle constitue le second niveau. Dès lors, il semblerait en effet à travers l'analyse des cartes conceptuelles, et particulièrement l'analyse catégorielle, que le soignant lui-même participe de la construction de cet idéal soignant à laquelle il s'identifie : il est le garant d'une forme de sagesse pratique. « L'absence d'émotions a contrario, un visage qui reste de marbre (...) sont vécus comme une réduction désolante de la sollicitude requise³⁴³ ». Elle enferme chacun des protagonistes du soin. L'expression des émotions revêt alors un troisième niveau, celui de l'adéquation sociale, *l'émotion sociale*, c'est à dire la réponse à une attente sociale et collective. Lebreton explique ainsi « en prodiguant les signes apparents d'une émotion, l'individu se coule au sein des attentes collectives ou

³⁴⁰ Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.

³⁴¹ Bourdeaut, F., *op.cit.*, p.206

³⁴² *Ibid.*

³⁴³ *Ibid.*

construit son personnage de manière appropriée à ses intentions. Il est difficile aux personnes concernées ne de pas déployer aux yeux des autres les émotions qui s'imposent socialement »³⁴⁴.

A l'inverse, la répression ou la distanciation du registre émotionnel protège l'intégrité relationnelle du soignant, indispensable à sa disponibilité pour tous »³⁴⁵. Elle garantit l'équilibre du soignant et le préserve d'un épuisement émotionnel. Cette distanciation s'insère dans le conflit qui oppose la raison à la passion des philosophes antiques. L'émotion est ivresse autant que faiblesse et porte atteinte à l'action juste. La figure du médecin impassible, serein et objectif est véhiculée tout au cours du XIX^e siècle.³⁴⁶ Pour autant cette limitation dans l'expression des émotions au sein de la relation à l'autre interroge au regard de l'éthique du soin. Elle constitue un véritable enjeu pour le soignant quant à la responsabilité non seulement d'autrui mais également de lui-même. Un glissement vers une posture de répression des émotions s'accompagne inévitablement de procédures d'évitement, entretient la neutralité et non la singularité du colloque soignant soigné et confine l'exercice à une relation technicisée. Elle se risque à une normalisation de la distance, exerçant ainsi une forme de contrôle social normatif et sécuritaire. Surtout, elle occulte la nature réellement éthique d'une émotion manifestée.

4.2.3. *Les difficultés du face à face : l'être avec plutôt que le souffrir avec*

L'expression des émotions est alors la « manifestation de ce qui reste de la vulnérabilité constitutive de chacun ; prenant corps dans un visage, elles deviennent alors cet « ensemble de face à face » si cher à l'Éthique de Levinas, « ce rappel puissant que toute relation est la rencontre de deux vulnérabilités. »³⁴⁷ La relation est alors « ce lieu sacré par excellence, où se découvrent des êtres faits de chair et de sang, dans leur vulnérabilité intrinsèque ». ³⁴⁸ L'expression des émotions ne signifie pas en ce sens la mise en fragilité d'autrui à travers un élan compassionnel déplacé et surtout narcissique. Une compassion débordante n'a pas sa place et se risquerait à fragiliser le patient plutôt que de hisser la relation de soin vers une véritable alliance thérapeutique. Il ne s'agit pas de *souffrir avec* mais *d'être avec*. C'est justement tout l'intérêt de l'utilisation de ces cartes conceptuelles. Réalisées à différents temps du soin dans une perspective pédagogique, elles invitent à la vigilance et à l'apprentissage de cette juste distance, entre indifférence et compassion déplacée. Elles constituent une ouverture à ce monde perceptif du sujet de soin et une résistance à nos accoutumances. Elles ouvrent alors la voie à « un dialogue possible sur un champ sémantique redécouvert qui autorise chacun à être à part

³⁴⁴ Le Breton, D. (2003). *Passions ordinaires, anthropologie des émotions*. Paris : Petite bibliothèque Payot.

³⁴⁵ Bourdeaut, F., *op.cit.*, p. 206

³⁴⁶ Durand, G., Duplantie, A., Laroche, Y., Laudy, D. (2000). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*. Montréal : Presses universitaires de Montréal. Cité par Bourdeaut, F., *op.cit.*, p. 206

³⁴⁷ *Ibid.*, p.

³⁴⁸ Moutel, G. *op.cit.*, p. 194

égale »³⁴⁹. Elles permettent également d’adopter une posture réflexive et de construire dans cette conscience de l’interdépendance des acteurs du soin son identité de soignant. Elles offrent un temps d’échange afin de recadrer le soin et d’éviter toute dérive vers un idéal soignant excessivement généreux émotionnellement, épuisant et au final inopérant.

4.2.4. *Sollicitude active ou déploration compassionnelle ?*

Cette réflexion sur la juste distance au sein de l’espace relationnel interroge les formes contemporaines de la compassion. Lombard nous met en alerte contre l’inflation du discours de la compassion³⁵⁰. Il cite Kant qui « distinguait la sensiblerie affectée de la belle rigueur du sentiment. »³⁵¹ La déploration compassionnelle annule l’autre plus qu’elle ne le reconnaît. Elle se risque à « surdimensionner la place réelle du soignant, celle qu’exige son rôle de passeur dans une traversée qui n’est avant tout pas la sienne. »³⁵² Abensour invite ainsi à ne pas s’enfermer dans un débat entre indifférence moderne et compassion déplacée³⁵³. La question est celle de la nature même de cette sollicitude. A propos de la pitié dite active, il écrit : elle est « une opération d’élargissement du moi, de sortie hors de soi par l’identification avec l’autre, certes, mais une identification qui préserve la différence entre l’autre et moi même. »³⁵⁴

4.2.5. *La responsabilité comme mandat social*

Les attentes des patients, mises en évidence par les cartes conceptuelles, illustrent la dimension sociale du mandat confié au praticien. Au sein de cette relation interindividuelle, la responsabilité est en grande partie confiée par la société à l’égard du patient³⁵⁵. Cette posture d’aide et de soutien est présupposée chez le soignant. Il est convenu socialement que le médecin doit, pour le patient, « se faire en tout temps l’avocat de son propre bien »³⁵⁶. Cette représentation collective présente à la fois une fonction d’appropriation, identitaire et d’orientation. La première, la fonction d’appropriation, permet de reconstruire la réalité du soin en cohérence avec les valeurs, les idées et les croyances auxquelles chacun des partenaires adhère. C’est un socle de référence commun qui rend possible la rencontre des acteurs et l’établissement du lien de confiance. La seconde, identitaire, permet à travers ce mandat social, d’assurer la cohésion et la stabilité de la profession. Elle permet également à chacun

³⁴⁹ Bourdeaut, F., *op.cit.*, p. 206

³⁵⁰ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p. 187

³⁵¹ *Ibid.*

³⁵² Bourdeaut, F., *op.cit.*, p. 206

³⁵³ Abensour, A. (2010). L’éthique en médecine: une nouvelle compassion face à l’indifférence moderne. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 1* (p.70-83). Toulouse : Eres, Poche-Espace Ethique.

³⁵⁴ *Ibid.*

³⁵⁵ Verspieren, P. (2005). Malade et médecin, partenaires. *Etudes*, 402(1), 27-38.

³⁵⁶ Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C., (1981). *A philosophical basis of medical practice*. New york : Oxford university Press. Cité dans Verspieren, P. *op.cit.*, p. 213

de se situer dans le champ social. Enfin la dimension d'orientation joue un rôle normatif sur les pratiques : le médecin est présupposé avoir la volonté d'aider et soutenir son patient. Chacun régule ainsi son comportement en fonction de cette représentation sociale. De là naît un système d'attentes et d'anticipations de chacun des acteurs du soin vis à vis de l'autre. Ces attentes apparaissent clairement dans les résultats de cette étude exploratoire.

4.3. La posture du patient, en écho à l'idéal soignant

4.3.1. Celui à qui les événements arrivent : une passivité éprouvée

Parallèlement, en écho, la figure du patient, en tant qu'agent, n'est que peu investie dans la représentation sociale du prendre soin. L'agent, en dehors de toute connotation médicale, est celui *par qui* les événements arrivent ; le patient est celui *à qui* les événements arrivent³⁵⁷. Cette distinction faite par Descartes est particulièrement relayée par les modèles relationnels contemporains, tel *l'empowerment* par exemple ou encore l'éducation thérapeutique³⁵⁸, qui invite le patient à investir la relation d'égal à égal avec le soignant. Cette volonté d'une participation active du patient, soutenue par le législateur, s'inscrit pleinement dans l'esprit de la loi dite de démocratie sanitaire du 4 mars 2002³⁵⁹. Treize ans après, cette posture soignée ne se retrouve pas dans l'analyse des cartes conceptuelles, tant chez les soignés que chez les soignants. Seule une patiente, mais dont la particularité est d'être elle-même soignante et particulièrement investie dans des activités d'éducation thérapeutique, évoque l'idée de s'appropriier le soin, en prendre possession, s'engager dans la relation. L'analyse des catégories met en évidence une posture de l'attente, que nous avons évoquée précédemment. Elle révèle également une posture de l'observance, attendue du soignant et intégrée dans la représentation du patient. Cette posture de l'observance se révèle ambivalente. Observer la thérapeutique ne signifie pas pour autant y adhérer et se l'approprier. L'observance, dans son acception première, est un emprunt de la sémantique médicale au sacré: « être religieux de la stricte observance. »³⁶⁰ L'observance véhicule l'idée de conformation à la règle ou obéissance à la prescription. L'observance ne signifie pas toujours engagement tout entier, intrinsèque de la personne, et adhésion à la thérapeutique. Le respect des consignes thérapeutiques à long terme est le résultat de processus multiples et dynamiques de négociations intra et interpersonnelles³⁶¹. Pour qu'il y ait engagement réel et vécu du patient, par exemple, il semble nécessaire pour lui et son entourage de

³⁵⁷ Descartes, R. Cité par Reach, G. Soigner et se soigner. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.40-49). Toulouse : ERES, Poche-Espace éthique.

³⁵⁸ Anderson, R., Funelle, M., Carlson, A., Saleh-Statim, N., Cradock, S., Skinner, T.C. (2000). Facilitating self-care through empowerment, a new paradigm. Dans F.K. Snoek, T.C. Skinner (dir.), *Psychology in diabetes care*, (p. 71-72). Wiley : Chichester. Cité par Reach, G. *op.cit.*, p. 196

³⁵⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³⁶⁰ Simon, D., Traynard, P-Y., Bourdillon, F., Grimaldi, A., *op.cit.*, p. 194

³⁶¹ *Ibid.*

dégager de nouveaux schémas de fonctionnement compatibles avec le quotidien (hygiène bucco-dentaire, alimentation, port des appareillages et regard social...). La perspective d'approche est donc différente, même si la finalité reste le succès thérapeutique.

La figure du patient décrite au travers des cartes conceptuelles s'accompagne ainsi d'une certaine passivité éprouvée : la figure du soignant est très investie et de nombreux participants sont dans l'attente de ce dernier. C'est lui qui guide, oriente, dirige véritablement le soin. Cette passivité peut être subie. Elle dépend parfois de l'espace de liberté offert au sujet pour développer une posture plus active. Elle peut s'avérer également intégrée ou désirée par le patient lui-même, qui choisit en toute conscience de s'en remettre au soignant.

4.3.2. *Celui par qui les événements arrivent : fragilité du concept de citoyenneté sanitaire et de son champ d'application*

Les ressources du patient pour se mobiliser et mener à terme le soin sont principalement retranscrites par cette seule patiente-soignante. Ce décalage dans la représentation sociale du prendre soin entre la posture du soignant, celui *par qui* les événements arrivent, et la posture du soigné, celui *à qui* les événements arrivent, reste déroutante dans un contexte affiché dite de démocratie sanitaire. Cette approche des représentations sociales, qui invite à la prudence compte tenu de la faiblesse de l'échantillon, illustre bien le propos de Moutel quant aux limites de l'exercice : le concept de **démocratie sanitaire demeure un concept fragile** tant dans sa conception qu'ici, dans son champ d'application³⁶². Jamais le contexte politique, législatif³⁶³ ³⁶⁴ ³⁶⁵ et sociétal n'a été si facilitateur pour affirmer le droit des patients (et en corolaire leurs devoirs) et leur participation active aux décisions de santé les concernant. En témoigne la loi de mars 2002 dite de Démocratie sanitaire, ou plus récemment, celle de juillet 2009 qui a offert un cadre structurel à un modèle de participation active des patients à travers les activités d'éducation thérapeutique. Ces dernières font, rappelons-le, partie intégrante du soin et s'inscrivent dans un processus temporel continu. Au delà, de nombreux modèles relationnels et surtout communicationnels³⁶⁶, issus de différents champs disciplinaires, favorisent cette posture active et participative du patient.

Le patient-objet est invité à devenir sujet et acteur central du soin dans une relation égalitaire avec le soignant. Ces avancées en matière législative répondent à un besoin affirmé de faire évoluer la relation médecin-patient dans un contexte sociétal en profonde mutation dans le champ de la santé. Sur le terrain, cette évolution est complexe tant il est difficile, voire périlleux, de formaliser les conditions de

³⁶² Moutel, G. *op.cit.*, p. 194

³⁶³ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³⁶⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³⁶⁵ Avis sur les droits des patients du Comité Economique et Social Européen du 15 Janvier 2008

³⁶⁶ Fournier, C. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413-425.

cet « *avec et pour l'autre* ». Ainsi, dans la réalité des pratiques de santé, Moutel³⁶⁷ invite à la réflexion sur ce qu'il nomme le rituel du consentement dit éclairé, promu par le législateur³⁶⁸, qui revêt selon lui les apparences de la démocratie (remise au patient d'éléments formels d'information) mais ne présuppose en rien des capacités réelles du patient à se saisir et mobiliser ces données. Les auteurs anglo-saxons³⁶⁹ articulent ainsi les concepts de « *Health literacy* » (la capacité des individus d'obtenir, de traiter et de comprendre les informations et les services de base concernant sa santé, nécessaires pour prendre des décisions appropriées) et « *Health numeracy* » (la capacité des individus d'obtenir, de traiter, d'interpréter, de communiquer et d'agir sur des informations de type numérique, quantitatif, graphique, biostatistique et probabiliste nécessaires pour prendre les décisions appropriées). Si ces avancées législatives ont permis de promouvoir le respect des droits du patient et sa protection, un glissement s'est opéré où le consentement tend à se réduire à une formalité juridique et administrative, destiné à fournir une preuve en cas de litige. Il est rarement prétexte à la rencontre et au dialogue, acte social d'échange et de confiance, fondateur d'une véritable alliance thérapeutique. Le consentement est alors formalisé plus que délibéré.

Ce qui nous interpelle surtout, dans ce travail sur les représentations sociales, est la délicate ambivalence de la notion de patient-sujet dans les représentations collectives, tant celle du soigné que du soignant, et les réelles possibilités offertes au patient d'établir des relations de type égalitaire tant l'interdépendance des acteurs du soin entre eux et avec leur milieu apparaît forte.

Or, « il est habituel de décrire la période actuelle comme celle d'un changement de modèle : passage d'une tradition paternaliste à une conception égalitaire de la relation médecin-malade ; glissement de l'insistance première sur le principe de bienveillance vers l'affirmation de la primauté du respect de l'autonomie. »³⁷⁰ Le patient n'est plus ce soigné, il « se soigne »³⁷¹ avec toutes les impasses au regard de l'éthique médicale que cela peut induire. Inviter à la participation du sujet, c'est aussi lui laisser le choix de ne pas s'en saisir.

4.3.3. Une autonomie de l'interdépendance

Comment alors penser l'autonomie du patient eu égard à des représentations ancrées au sein d'un milieu régulé par ses pratiques et son histoire ? La notion d'autonomie se heurte à des tensions dès lors qu'elle se situe dans un espace comme la relation de soin qui met en exergue la vulnérabilité de chacun. Comment retrouver une symétrie, et sous quelle forme, dans une relation par nature asymétrique ? « On conçoit sans peine, et c'est hautement souhaitable, que dans un domaine ne faisant

³⁶⁷ Moutel, G. *op.cit.*, p.194

³⁶⁸ Loi n°2009-879, *op.cit.*, p. 215

³⁶⁹ Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295 (2), 29-34.

³⁷⁰ Weber, J-C. (2009). Evolutions de la relation médecin-malade. Dans M-J. Thiel, *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*, (p.23-38). Presses Universitaires de Strasbourg.

³⁷¹ Reach, G. Soigner et se soigner. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.40-49). Toulouse : ERES, Poche-Espace éthique.

appel qu'aux seules qualités intrinsèques de la personne, un dialogue puisse s'instaurer, d'égal à égal, une voix en valant une autre. Mais peut-il en être de même lorsque, comme en matière de santé, les données de base de la décision démocratique sont fondamentalement altérées par l'inégalité du savoir, la pression de la maladie, l'urgence de la décision...sans compter l'éventuel refus de choisir du patient, et sa volonté de s'en remettre à « celui qui sait »³⁷². Comment alors penser les conditions de ce partenariat et de cette autonomie ?

L'autonomie ne peut être alors pensée comme l'exercice d'un droit statuaire comme en vigueur aux Etats-Unis. Il ne peut s'agir d'une autonomie enfermant le patient et le soignant dans un déséquilibre relationnel face auquel aucun des acteurs ne peut faire face. L'autonomie privilégiée par la bioéthique américaine ne s'insère pas dans notre culture et nos représentations sociales en matière de santé. Elle est « identique à la liberté négative du libéralisme classique »³⁷³ et l'expression d'une défiance à l'égard du corps médical, afin de protéger les individus contre le pouvoir de ce dernier. Elle conduit en corollaire à la protection des médecins eux-mêmes.³⁷⁴ Certains préfèrent alors la notion d'« autodétermination »³⁷⁵. Dans le champ qui nous intéresse, l'autonomie, du mineur notamment, est pensée comme l'exercice d'une **compétence à construire** en synergie avec le soignant, visant la co-décision, l'alliance thérapeutique et in fine l'appropriation de la démarche de soin. D'autant plus, que chez le patient mineur, cette autonomie est en devenir sur plusieurs années, avant de pouvoir faire des choix réellement éclairés. L'acte de soin, tel que nous le dévoile cette analyse des représentations sociales, crée invariablement une situation de vulnérabilité, fût-elle subtile, acceptée et non subie, accentuée par les conditions organisationnelles et structurelles du service institutionnel. Cette dépendance des individus entre eux et à leur milieu nous oblige à penser ces notions d'autonomie et de partenariat sous des formes nouvelles. L'autonomie est alors une autonomie en co-construction, une autonomie dans l'interdépendance des acteurs du soin et des possibilités offertes par le milieu. Elle oblige à une réflexion approfondie sur les conditions d'exercice au sein de la structure de soin et la formation des futurs soignants afin de créer les conditions et les possibilités d'une autonomie significative. Ces liens d'interdépendance, aux autres et à un environnement lui-même mouvant, se comprennent à travers le principe de *conomie*, développé par De Broca³⁷⁶, qui va plus loin que le principe d'autonomie. « La *conomie* serait la loi qui se vit à plusieurs, en échanges réciproques, où chacun peut apporter sa participation, son point de vue, son expérience, sa richesse. Parce que nous sommes des êtres-en-relation, le *Je* ne se dit que dans une relation de confiance et de connivence avec autrui dans une société de droit qui l'accueille » poursuit de Broca, citant Ricoeur.³⁷⁷ L'autonomie, envisagée dans ses rapports d'interdépendance, se crée d'abord dans un espace de sollicitude.

³⁷² Moutel, G. *op.cit.*, p. 194

³⁷³ Doucet, H. (1996). *Au pays de la bioéthique. L'éthique médicale aux Etats-Unis*. Genève : Labor et Fides.

³⁷⁴ Verspieren, P. *op.cit.*, p. 213

³⁷⁵ *Ibid.*

³⁷⁶ De Broca, A. (2007). Du principe « autonomie » au principe « conomie ». *Ethique & Sante*, 4(2), 69-73.

³⁷⁷ Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.

4.3.4. Les modèles relationnels favorisant l'implication du patient

Cette invitation à la citoyenneté sanitaire trouve un écho dans différents modèles relationnels. Ces modélisations demeurent partielles mais elles illustrent chacune à leur manière le sens attribué à la notion de partenaire thérapeutique à travers une participation active des patients à l'acte de soin. Aujourd'hui, « il n'existe pas de véritable modèle de la relation thérapeutique dans un contexte médical », c'est à dire « une représentation structurée, fonctionnelle (...) des caractéristiques de cette profession »³⁷⁸. Parmi les approches favorisant l'implication du patient, nous pouvons citer le modèle de « participation mutuelle » exposé par Szasz et Hollander³⁷⁹, l'approche « centrée sur le patient »³⁸⁰ qui prend en compte l'expérience éprouvée du soigné où le soignant cherche à créer un espace de travail non directif, ou encore le « counseling »³⁸¹ qui renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne en favorisant l'expression de son choix. Ces approches sont plurielles et s'articulent autour de typologies de consultation, d'étapes et de tâches à réaliser ou de compétences à acquérir pour le soignant. Emmanuel et Emmanuel³⁸² choisissent le partage du pouvoir dans l'espace relationnel comme critère d'analyse de la relation de soin. Ils distinguent ainsi 4 modèles, en fonction des valeurs attribuées au patient et de la place de son autonomie, des devoirs du médecin et de la conception de son rôle. Le modèle délibératif apparaît, parmi les modèles informatif, interprétatif ou paternaliste, le plus proche du concept de citoyenneté sanitaire idéal selon ces auteurs.

Apport des questionnaires : La configuration relationnelle : un paternalisme modéré au sein d'une architecture libérale

Les questionnaires mettent en évidence deux manières d'appréhender les rapports de pouvoir et de savoir au sein de la relation de soin : le pouvoir est partagé ou transféré vers le soignant. Dans 54,3% des cas, le pouvoir est partagé dans la représentation que se font les patients de la dynamique relationnelle. Le modèle éprouvé s'inscrit dans une relation de type partenariat-partenariat pour une majorité de l'échantillon (40,2%), sans pour autant s'inscrire dans une véritable alliance et synergie thérapeutique (14,1%). Dans 39,2% des situations, il est transféré sans que cela soit nécessairement

³⁷⁸ Richard, C., Lussier, M.T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Québec : Editions du renouveau pédagogique Inc.

³⁷⁹ Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine : the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med*, 97, 585-92.

³⁸⁰ Stewart, M *et al.* (1995). *Patient-centered medicine : transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA : Sage publications. Cité dans Fournier, C. *op.cit.*, p. 215

³⁸¹ Fournier, C. *op.cit.*, p. 215

³⁸² Emmanuel, E.J., Emmanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama*, 267(16), 2221-26.

vécu comme une contrainte pour le patient. Il s'agit alors essentiellement d'un modèle de type direction-coopération. Les configurations relationnelles de type direction-subordination semblent définitivement écartées avec seulement 3,3% des répondants.

Les approches injonctives

Les approches de type injonctives citées dans les questions se référant à l'approche soignante ne trouvent ainsi qu'un écho mineur auprès des participants. Ce modèle se réfère essentiellement aux relations de type paternaliste dans son acception la plus restrictive de la liberté du sujet, c'est à dire d'un paternalisme qualifié de *hard* par Feinberg³⁸³. Cette forme de paternalisme, écueil des théories traditionnelles latines orientées sur le principe du bien à faire, revendique une action pleinement directive et volontaire sur la personne. Cette justification de l'agir du médecin se réfère à une norme du point de vue médical, dans le sens du souci médical, et non de celui du patient en tant que personne, capable de désirs³⁸⁴, de choix, d'autodétermination, de définition d'objectifs et de moyens pour les atteindre³⁸⁵. Le paternalisme réside alors dans « une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte. »³⁸⁶

Les approches participatives

Nous pourrions alors penser à la lecture de ces résultats que cette forme relationnelle est totalement hors de propos dans le champ qui nous concerne. Comme en témoigne plus de 90% des participants, les sujets ne se sentent en rien contraints au sein de l'équilibre relationnel. Peut-on pour autant affirmer avec certitude qu'une configuration de type paternaliste appartient au vestige de la relation de soin et laisse place à des relations de type plus libérales, reposant sur la capacité d'auto-détermination du patient ? Les questions se rapportant aux facteurs favorisant l'engagement et l'adhésion du patient apportent une nuance à cette configuration apparente de type partenariat-partenariat qui pourrait laisser penser à un modèle strictement égalitaire, voire délibératif et participatif au sein de la relation. L'approche participative est ainsi citée par une faible proportion de participants : seulement 14,9% lorsqu'il s'agit d'approche favorisant l'engagement et 13,5% pour l'adhésion.

Cet aspect questionne ainsi la notion d'engagement du patient à travers la relation. D'autres indicateurs s'intéressent au désir de participer plus activement au suivi de son traitement.

³⁸³ Feinberg, J. (1977). Legal paternalism. *Canadian Journal of philosophy*, 1, 106-124.

³⁸⁴ Frankfurt, H. (1971). Freedom of the Will and the Concept of a person. *Journal of philosophy*, 68(1), 5-20.

³⁸⁵ Dworkin, G. (1991). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge/new york : Cambridge University Press.

³⁸⁶ Dworkin, G. (1972). Paternalism. *The Monist*, 56, 65. Traduit par A. Jaunait, Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11, 59-79.

La majorité des répondants n'aspirent pas à plus de participation et se sentent satisfaits de leur positionnement dans la relation. Un patient sur trois recherche une participation un peu plus active, voire beaucoup plus active pour seulement 9,4% d'entre eux.

Concernant l'implication en terme de sentiment de responsabilité, l'échantillon se divise de manière sensiblement égale, à peine plus marquée pour les répondants ne désirant pas être davantage responsabilisés. En terme d'autonomie, une forte proportion d'entre eux (67,8%) est satisfaite de la perception de l'autonomie perçue. Il est difficile d'établir des conclusions trop hâtives et réductrices sur ces résultats exploratoires.

Comment à travers les questionnaires se dessine la figure du patient dans le processus de prise de décision et de délibération ? Dans les items se rapportant à la notion de capacité, c'est à dire de compétences ou de ressources à développer pour une meilleure efficacité du traitement, de l'amélioration de sa santé bucco-dentaire, les capacités de délibérer et de décider sont à peine retenues par les participants. Ces résultats interrogent alors sur le sens, les modalités et la finalité d'un modèle de type partenariat-partenariat tel que rapporté par ces derniers.

Partenaire du soin ?

Qu'entend-on alors par partenaire de soin ? Partenaire ne signifie pas pour autant égalité au sein de la relation. Les répondants ne semblent pas exclure l'exercice d'une influence ou d'une orientation de la part du soignant, sans pour autant qu'elles soient perçues comme une restriction de liberté. Rappelons le, près de 40% des répondants s'orientent vers un modèle de type direction-coopération. Concernant les notions d'autonomie, de responsabilité, de participation, de décision et de délibération, soit les participants sont pleinement satisfaits et en pleine capacité d'exercer leur souveraineté au sein d'un pouvoir réellement partagé, soit, dans le champ particulier de la discipline, ils ne recherchent pas spécifiquement davantage de participation.

Quelle configuration relationnelle en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière?

Comment penser alors la configuration du modèle relationnel établi au sein du service ? Il semble s'apparenter à un modèle hybride entre un paternalisme modéré et une libéralisation relative de la relation soignant-soigné, sans pour autant qu'il y ait égalisation des positions. Le patient peut ainsi choisir de s'en remettre au soignant et de ne pas choisir. La norme est ainsi déplacée du côté médical. Si les acteurs sont pour certains partenaires, ils ne sont pas des égaux dans la réalité éprouvée telle qu'en témoignent les questionnaires.

Les théories libérales reposent en partie sur un principe contractuel où l'autonomie et la subjectivité du patient sont souveraines. « La définition du bien est indissociable du sujet et il n'y a pas d'objectivité qui puisse se substituer à l'autodéfinition des conceptions et des désirs d'une personne. »³⁸⁷ Elles se heurtent cependant à des écueils dès lors qu'on s'interroge sur les possibilités réelles du sujet d'être libre de ses choix. « Cette position suppose que l'information délivrée par le médecin soit conforme aux idéaux de connaissance de soi et d'autoréalisation du patient. »³⁸⁸ Or, les cartes conceptuelles comme les entretiens révèlent les décalages entre le besoin de savoir du patient et l'information délivrée.

Jaunait s'interroge ainsi sur les réelles possibilités dans la réalité des pratiques de soin offertes au patient : Qu'est ce qu'une information substantielle qui permette de réaliser pleinement l'idée positive d'autonomie ? »³⁸⁹ Le curseur entre respect du patient et stricte indifférence est alors parfois difficile à établir. La notion de partenariat évoquée dans les questionnaires ne semble ainsi pas correspondre à une volonté d'auto-détermination et de délibération affirmée de la personne. Il s'opère ainsi une dialectique entre ces deux tendances, dont le curseur tendrait plutôt du côté d'un paternalisme modéré imprégné des modifications d'un système normatif traversé par les changements politiques et sociaux de cette dernière décennie³⁹⁰. Le curseur oscille ainsi entre la norme de décision du point de vue du médecin et celle du patient. Le plus souvent, la norme est déplacée du côté médical. Il semble alors se dégager l'idée d'une mutualité dans l'équilibre des partenaires mais qui réside dans une organisation naturellement perçue comme hiérarchique.

Intuitions paternalistes et architecture libérale : la confiance comme justification

Jaunait, sur la base des échecs théoriques et pratiques des éthiques médicales à rompre radicalement avec le paternalisme médical, explore la question de la justification d'un jeu coopératif dans lequel les coopérants n'occupent pas des places égales. La relation médecin-patient est alors abordée à travers une analyse des rapports de confiance qui se tissent dans la relation de soin et qui permettent d'accommoder certaines justifications ou plutôt intuitions du modèle paternaliste (lorsque le curseur est déplacé du côté de la norme médicale et donc du savoir/pouvoir du soignant) dans une architecture contemporaine du soin résolument libérale. Il semble vain de nourrir un affrontement désormais stérile entre un paternalisme autoritaire et un antipaternalisme exacerbé qui trouve difficilement sa place dans la réalité des pratiques de soin. Cette forme d'antipaternalisme serait alors sous certains aspects une forme de paternalisme dérégulé dans une conception très anglo-saxonne des rapports d'autonomie

³⁸⁷ Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11, 59-79.

³⁸⁸ *Ibid.*

³⁸⁹ *Ibid.*

³⁹⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

entre les protagonistes du soin. Jaunait se positionne ainsi dans la lignée de Baier³⁹¹ : cette philosophe propose de penser la légitimité morale de certains rapports de confiance entre des personnes inégales. L'indicateur portant sur l'affinité pour une posture soignante de type égalitaire n'a d'ailleurs été cité que par 3,2% des participants. Certaines entreprises de coopération, comme celle du médecin et du soigné, se révèlent alors éminemment justifiables. Les partenaires « entrent généralement dans des relations de confiance qui les rendent vulnérables car la réalisation de certains objectifs fondamentaux à nos vies nécessitent une coopération basée sur la confiance »³⁹². La question se pose alors des conditions et de la nature de cette confiance au sein du pacte de soin.

Apport des questionnaires : La place de la confiance dans l'espace relationnel

La confiance occupe une place essentielle. En témoignent ici les cartes conceptuelles qui à travers l'analyse prototypique situe la notion de confiance parmi les éléments signifiants de la représentation du prendre soin.

La dimension de réciprocité de la confiance se retrouve à deux niveaux dans les questionnaires. Le premier niveau explore la représentation que se fait le patient des attentes du soignant quant à son comportement. Il s'agit de l'indicateur « comportement normatif ». La confiance est retenue par une majorité de participants (37,5%), alors que l'autonomie est à peine citée (2,1%).

Le second niveau illustre la place décisive de la confiance dans le déploiement des possibilités du sujet et en particulier en matière d'autonomie : la notion de confiance est choisie là encore par la plus forte proportion des répondants. L'autonomie se construit au sein d'une relation de confiance dans l'interdépendance des acteurs du soin.

Confiance Hobbesienne et confiance Lockéenne

Pour autant, la question de la confiance demeure complexe. Elle s'envisage de deux manières selon la configuration relationnelle à laquelle elle se réfère. Dans le modèle traditionnel paternaliste, la conception de la confiance stratifie un modèle relationnel médecin/ patient profondément inégalitaire³⁹³. Portes, premier président du Conseil de l'ordre des médecins en 1943, écrit ainsi :

³⁹¹ Baier, A. (1986). Trust and Anti-trust. *Ethics*, 96, 201-230.

³⁹² Jaunait, A., *op.cit.*, p. 221

³⁹³ *Ibid.*

« Aucun subterfuge juridique, aucun mythe social, aucune hypocrisie ne peut masquer cette inégalité vivante des forces en présence si bien que la seule définition à la fois sincère et humble des échanges médicaux (...) s'exprime ainsi : tout acte médical normal n'est, ne peut être et ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience ».³⁹⁴ A la manière du Léviathan de Hobbes, la confiance revêt les formes d'un devoir qui oblige celui qui accorde sa confiance et non celui auquel elle est accordée. L'inégalité de positions des acteurs participe de l'efficacité du type de coopération sociale engagé. A l'inverse, la confiance Lockéenne à laquelle peut se référer le modèle dit libéral repose sur une confiance révisable et fondée sur l'autonomie des sujets. « Ceux qui sont investis du pouvoir restent redevables de leurs actes devant ceux qui ont consenti au pacte social », explique Jaunait³⁹⁵.

Un test moral de confiance

L'auteur propose alors une autre alternative à la confiance à travers le modèle de la confiance justifiée. Ces intuitions paternalistes, dans une relation par nature asymétrique, restent pour lui caractéristiques de l'identité de la pensée médicale, ne serait ce que par la teneur des savoirs échangés (expertise médicale côté soignant et expertise de lui-même côté patient). Mais elles ne présentent de légitimité que dans une architecture du soin libéralisée et véritablement éprouvée comme telle. Baier³⁹⁶ suggère ainsi un test moral de confiance dont l'acceptation de la vulnérabilité de chacun des acteurs pourrait être l'indicateur principal.

4.3.5. Le modèle relationnel de l'éducation thérapeutique comme approche des capacités

L'éducation thérapeutique du patient est reconnue aujourd'hui comme une approche centrale du dispositif de soin. Promue par la loi de juillet 2009, elle semble aujourd'hui difficilement contournable dans le champ sanitaire. Elle se distingue des autres approches participatives notamment par la notion de compétences, c'est à dire des ressources propres au sujet pour devenir véritablement acteur et sujet central du soin. Ce partenariat pédagogique vise à créer les conditions d'une alliance thérapeutique en restaurant les capacités d'agir du patient. Cette remobilisation de la puissance d'autrui³⁹⁷, mise à l'épreuve dans les situations de vulnérabilité (sociale, culturelle, psychologique, physiologique), à un

³⁹⁴ Portes, L. (1950, janvier). Du consentement du malade à l'acte médical. Communication à L'Académie des sciences morales et politiques, le 30 janvier 1950 à Paris. Dans L.Portes, *A la recherche d'une éthique médicale*. Paris : Masson et Presses Universitaires de France. Cité par A. Jaunait, *op.cit.*, p. 21

³⁹⁵ Jaunait, A., *op.cit.*, p. 221

³⁹⁶ Baier, A., *op.cit.*, p. 222

³⁹⁷ Svandra, P. (2007). L'autonomie comme expression des « capacités ». *Éthique & Santé*, 4, 74-77.

moment donné de sa vie, prend corps à travers ce modèle de médiation au sein de l'espace relationnel. « Le soin devient alors une forme d'aide qui vise à lutter contre cette précarité en redonnant les capacités (capabilités) à une personne qui, (...), provisoirement ou définitivement, en est plus ou moins privée »³⁹⁸. Cette notion de *capabilités*, développée par l'économiste Sen³⁹⁹, a nourri la philosophie morale de Ricoeur⁴⁰⁰ sur la capacité de chacun à transformer les libertés abstraites en opportunités réelles. En ce sens, l'éducation thérapeutique se veut une réponse à la possibilité de restaurer le sujet au sein de la relation de soin. Là encore, il ne s'agit pas de tomber dans les écueils d'une démarche normative prescriptive, mais bien d'aider le patient « par le biais de la relation à l'autre à retrouver ses capacités et à s'équilibrer dans le cadre de sa personnalité afin de faire face à la maladie. »⁴⁰¹ La capacité de décider, de délibérer, de choisir et d'agir du patient repose de fait sur sa possibilité de hiérarchiser ses valeurs. Cette démarche implique en amont un travail sur les représentations individuelles et collectives. Il donne alors tout son sens à la recherche exploratoire que nous menons. L'éducation thérapeutique, dès lors que le modèle est formalisé, se heurte cependant à un risque de glissement au regard de l'éthique médicale. Ce risque de déviances nous montre l'extrême difficulté et complexité à penser la relation de soin tant son équilibre peut être fragile. L'ethnocentrisme⁴⁰², le transfert de responsabilité lors des situations d'échecs^{403 404}, le pouvoir sur des publics dits captifs⁴⁰⁵, le risque de normalisation des comportements⁴⁰⁶ en sont quelques exemples.

Apport des questionnaires : Les différentes acceptations de la notion d'éducation

Les référentiels en matière d'éducation thérapeutique offrent une définition relativement précise de la notion d'éducation thérapeutique. Pour autant, dans la représentation des patients comme des soignants, la notion prête à confusion. Il est intéressant de se pencher sur les différentes acceptations de cette notion au risque de se heurter à une absence de réception de la démarche auprès des publics ciblés.

³⁹⁸ *Ibid.*

³⁹⁹ Sen, A. (1993). *Éthique et économie*. Paris : Presses Universitaires de France, Philosophie morale.

⁴⁰⁰ Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock, Essais.

⁴⁰¹ Morasz, L. (2002). La souffrance dans la relation soignant-soigné. Dans G.N. Fischer (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, (p.405-425). Paris: Dunod.

⁴⁰² Lévi-Strauss, C. (2003). *Anthropologie structurale deux*. Réédition de 1973. Paris : Agora, Pocket.

⁴⁰³ D'Ivernois, J.F., Gagnayre, R. (2007). *Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique*. 3e édition. Paris: Maloine.

⁴⁰⁴ Drahi, E. (2009). Et si l'éducation thérapeutique n'était pas à sa place ? *Médecine*, 5(2), 52–54.

⁴⁰⁵ Deschamps, J-P., Brixi, O., Douiller, A., Bouchet, C., Bertolotto, F., Barthelemy, L., Vergnes, A., Lecorps, P., Fainzaing, S., Perrotin, C., Demarteau, M., Oberle, D., Aries, P. (2000). L'éducation pour la santé est-elle éthique ? *La santé de l'homme*. 351, 2-51.

⁴⁰⁶ Roussille, B., Deschamps, J.P., Masse, R., et al. *Education pour la santé et éthique*. (2001). Séminaire international du Comité Français d'Education pour la Santé, 27 et 28 janvier 2000, Dourdan (Essone). Vanves : Editions CFES.

L'éducation est ainsi appréhendée à travers le triptyque responsabilité (42,1%) – éveil (18,9%) – autonomie (17,9%) par les participants, ce qui va dans le sens de la démarche décrite en éducation thérapeutique. Il convient de noter qu'un tiers des répondants exerce une activité dans le secteur sanitaire ou social et nous pouvons supposer que la notion d'éducation n'est alors pas inconnue pour nombre d'entre eux. Toutefois, à travers les autres items, les participants ne semblent pas chercher à se déployer davantage en termes de responsabilité et d'autonomie. Les risques de déviance au regard de l'éthique ne sont pas perçus de manière immédiate. Ils sont cités uniquement par quelques participants (le rapport à la norme, la manipulation, un paternalisme masqué...). Ces données posent la question de la pertinence et de la réception de l'éducation thérapeutique dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale, et notamment en termes d'accompagnement et de soutien. La démarche en éducation thérapeutique, pour être pérenne, doit alors être articulée et restructurée en fonction de la problématique propre à notre champ disciplinaire.

Le temps réservé à l'éducation leur semble suffisamment développé (67%). Il est absent des séances de soin pour seulement 3,3% de l'échantillon. Néanmoins, il convient de rappeler que l'éducation dans les représentations des soignants représente essentiellement la partie dévolue aux habiletés et savoir-faire techniques.

Apport des questionnaires : l'approche des capacités pour renforcer les possibilités du patient

Dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale, la question des capacités ou des ressources à renforcer chez le sujet de soin afin de le hisser en véritable partenaire et allié thérapeutique n'a jamais été étudiée. Les items se rapportant à ces notions sont ici purement exploratoires. Ils témoignent de la représentation qu'ont les participants de la manière de déployer leurs ressources propres au sein de la thérapeutique.

La capacité d'agir

Les participants se situent essentiellement du côté de l'action et de l'agir à travers notamment l'apprentissage de savoir-faire technique.

La capacité de décider et de délibérer

Comme nous l'avons déjà mentionné, les ressources concernant le décider et le délibérer ne semblent pas recherchées par les répondants. Cette asymétrie dans l'équilibre relationnel à travers les possibilités de décision et de délibération paraît acceptée et intégrée chez les participants. Elle traduit une certaine forme de passivité dans l'équilibre relationnel et un transfert du pouvoir côté soignant. Les participants s'en remettent délibérément au professionnel.

Cet aspect est intéressant et interroge les conditions de la décision dite partagée au sein de la relation de soin. N'est il pas pour autant dangereux de tirer des conclusions trop hâtives quant à la volonté ou l'absence de volonté des patients de participer aux décisions qui les concernent ?

Des études issues d'autres champs disciplinaires, en cancérologie par exemple, ont montré que la majorité des patients souhaitent être impliqués dans les décisions cliniques^{407,408}. Ce désir de participation présente une composante générationnelle mais également sociale en terme de capital scolaire et culturel. L'intérêt pour la démarche participative est plus marqué chez les jeunes.⁴⁰⁹ Elle l'est également dès lors que les patients présentent un niveau d'éducation élevé⁴¹⁰. Ces indications sont déroutantes quant aux possibilités réelles du sujet, notamment pour les populations en situation de fragilité, de s'emparer du soin en tant qu'acteur central et véritable sujet au sein de la relation. Ces études illustrent l'absolue nécessité de réfléchir aux capacités réelles et effectives des personnes de se positionner au sein de l'espace relationnel.

Plus encore, il convient de réfléchir à la manière dont certaines populations n'ont pas conscience des possibilités qui leur sont offertes par méconnaissance ou fragilité⁴¹¹. Certains travaux ont par ailleurs montré un déplacement du curseur choisi et souhaité de la part des patients du côté du pouvoir médical dans les situations de graves maladies⁴¹². Comment alors dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale, qui rappelons le ne relève ni de pathologie ni de maladie au sens des normales biologiques, situer ce curseur ?

⁴⁰⁷ Cassileth, B.K., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K., March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med*, 92(6), 832-836.

⁴⁰⁸ Degner, L.F., Sloan, J.A, Venkatesh, P. (1997). The control preferences scale. *Can J Nurs Res*, 27(11), 1139-1145.

⁴⁰⁹ Arora, N.K., McHorney, C.A. (2000). Patient preferences for medical decision making : who really wants to participate ? *Med care*, 38(3), 335-341.

⁴¹⁰ Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L, Thom, D., Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike : patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract*. 50(12), 1057-1062.

⁴¹¹ Kaplan, R.M. (2009). Le processus de décision médicale partagée. Dans R.M. Kaplan, *Maladie, diagnostic et dollars. Faire face à un marché des soins médicaux en permanente expansion*. New York : Springer. Traduit par A.M. Begué-Simon, *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPED-UE105 (2003)*. Université de rennes 1, U.F.R. de Médecine.

⁴¹² Rosen, P., Anelle, A., Hjortsberg, C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*, 55(2), 121-128.

La capacité d'adaptation

Les compétences d'adaptation qui mettent en jeu le rapport du sujet au monde qui l'entoure, à son quotidien, à sa qualité de vie sont particulièrement intéressantes dans notre discipline. Elles inscrivent l'individu dans une socialité. Cette idée est également véhiculée à travers l'item concernant la nature des savoirs à échanger. Ce renforcement des compétences d'adaptation du sujet se retrouve dans les référentiels en éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique : voie d'entrée vers un care capacitant ?

En outre, la notion de compétences ne relève pas exclusivement du modèle relationnel de l'éducation thérapeutique. Cette pratique de soin se révèle un outil particulièrement intéressant dès lors qu'elle présente une pertinence réelle dans un champ disciplinaire défini ou une situation de soin donné. Certains préféreront adopter une posture éducative, dans le sens d'éveil et d'autonomie du sujet, plutôt que de s'inscrire au sein de programmes dits éducatifs. Le renforcement des possibles du sujet revêt des formes multiples à inventer, créer et innover. Des actions ou des postures de soutien et d'accompagnement sont autant de possibles visant à réduire les incapacités de dire, d'agir ou de se raconter précédemment décrites. Léonard⁴¹³ évoque la notion de care capacitant, qui nous l'avons vu, s'articule au sein de la sphère institutionnelle, de la formation des futurs praticiens ou encore dans la relation de soin afin de répondre à des situations de vulnérabilité, fussent-elles subtiles. Il existe autant de formes et de possibles à créer au sien de l'espace relationnel qu'aucun dictat ne saurait rendre compte. Seule la sagacité du médecin et du patient compte.

4.3.6. Interdépendance et intersubjectivité des partenaires

Il convient de retenir de cette première approche exploratoire l'asymétrie des postures soignantes et soignées que nous retrouvons chez chacun des protagonistes du soin. Au surinvestissement de la figure du soignant, semble faire écho une posture de l'attente côté patient. Ce constat est d'autant plus surprenant dans un contexte affiché de démocratie sanitaire mais dont, nous mesurons bien à travers cette illustration, la fragilité du concept. L'étude témoigne de ces obstacles, non intentionnels, à travers ces divergences de représentations qui peuvent entraver les possibilités de la rencontre des acteurs du soin, et par là-même de l'adhésion aux soins. Elle met en perspective les relations d'interdépendance et d'intersubjectivité des partenaires entre eux et leur milieu. Elle illustre aussi que « cette fluctuation de la volonté qui fait que le malade a besoin de pouvoir prendre appui sur la

⁴¹³ Léonard, C., *op.cit.*, p.231

présence et la parole d'autrui, et d'abord de celui qui tient la place de thérapeute. »⁴¹⁴ Le soignant est alors présenté comme « l'interlocuteur, le support et le garant » quand au sens et à la finalité du traitement.⁴¹⁵

Au delà du constat, l'approche des représentations sociales se révèle un outil de réflexivité dans la formation des futurs praticiens à explorer et à affiner. Cette connaissance du sujet, mais également du soignant en devenir, offre à chacun la possibilité d'un véritable décentrage et offre par là même d'autres possibles à la rencontre des acteurs à travers une relation d'écoute et de dialogue.

5. L'écoute

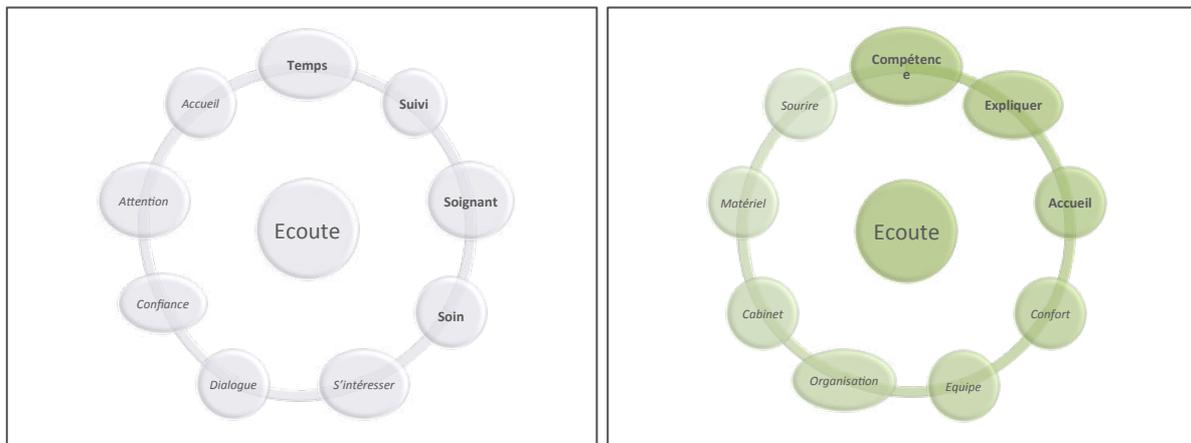


Figure 31 et 32

Liens de connexité de l'écoute avec les éléments de la zone centrale (en gras) et de la première périphérie (en italique) chez la population de soignés (en gris) et de soignants (en vert).

5.1. Les différentes acceptions de l'écoute

L'écoute constitue un élément central de la représentation sociale du prendre soin, chez les soignés comme les soignants. Commune à l'ensemble de ces populations, elle s'articule de manière différentielle chez chacun des protagonistes du soin. Côté patient, l'écoute s'inscrit dans une continuité temporelle. Elle est la manifestation de cette attention, de l'intérêt porté au sujet, de la disponibilité du soignant. Elle ouvre au dialogue et à l'établissement d'une relation de confiance. Chez les soignants, elle rejoint la notion de compétence, la possibilité d'expliquer, de rassurer. Chez tous, elle est associée à la notion d'accueil au sein de la zone centrale ou du système périphérique. Nous retrouvons alors les différentes dimensions de l'écoute. Il existe différentes manières d'écouter et donc

⁴¹⁴ Verspieren, P., *op.cit.*, p.213

⁴¹⁵ *Ibid.*

d'entrer en relation. Le professionnel de santé peut chercher à recueillir des informations ou, à travers l'écoute, apporter une relation d'aide et de soutien⁴¹⁶. Les attentes des patients dans l'analyse des cartes conceptuelles se situent clairement dans cette reconnaissance du sujet à travers l'écoute. Il est plus difficile d'entrevoir chez les soignants la signification de l'écoute. D'autres études seraient nécessaires comme l'observation des pratiques. Il en résulte que l'écoute peut être plurielle et la possibilité que soignants et soignés ne lui attribuent pas au sein de la relation de soin le même contenu signifiant.

5.2. Une posture de l'écoute, plus qu'un outil relationnel

L'écoute dite active est une compétence relayée aujourd'hui par l'ensemble des modèles relationnels cités précédemment dont la finalité est la participation du sujet. L'éducation en a fait un élément central⁴¹⁷. Parmi les référentiels de compétences en communication attendues des médecins, figure la possibilité de recourir à l'écoute active⁴¹⁸. L'écueil cependant serait de la réduire à un simple outil relationnel formalisé au risque d'occulter sa dimension éthique. « L'écoute n'est pas un outil qui s'acquiert, il faut devenir soi-même un outil d'écoute » suggère Randin. Cette posture de l'écoute, centrée sur le patient, permet d'accéder à la réalité subjective de ce dernier⁴¹⁹. Cette écoute, réceptive et non émissive, ne doit pas pour l'auteur chercher à expliquer ou interpréter. Il s'agit en ce sens d'une véritable posture de l'accueil ou de l'accueillance du sujet : « le professionnel signifie au sujet qu'il peut se déplacer librement dans l'espace relationnel, à son rythme et à sa manière, qu'il peut se l'approprier en partie et en devenir un élément actif ». ⁴²⁰ Cette attitude d'ouverture et de disponibilité d'être invite le patient à se considérer en tant que sujet dans la relation de soin.⁴²¹

5.3. Ecoute active et niveaux d'écoute

Il existe plusieurs niveaux et qualités d'écoute. Le premier niveau s'intéresse au recueil de ce qui est formulé par le patient (son histoire, son contexte etc.). Il impose une position de disponibilité et de recevoir. Le second niveau est de l'ordre du non verbal (postures, mimiques, expressions etc.) et du paraverbal (ton de voix, souffle, rapidité du débit etc.). Cette écoute est qualifiée de flottante. Le troisième niveau s'intéresse à ce qui relève du monde affectif, émotionnel et sensitif du sujet. Enfin, le

⁴¹⁶ Randin, J.M. (2006). Qu'est ce que l'écoute ? Des exigences d'une si puissante « petite chose ». *APC Pratique et recherche*, 7, 71-78.

⁴¹⁷ Fournier, C., *op.cit.*, p.215

⁴¹⁸ Santé Canada. (2001). *La communication efficace...à votre service*. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa : Santé Canada. Disponible sur : http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf

⁴¹⁹ Bissler, L. (2012). Ecoute et disponibilité : quelles clefs ? Dans Bioy (dir.), *L'aide mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p.149-153). Paris : Dunod.

⁴²⁰ Randin, J.M., *op.cit.*, p.229

⁴²¹ Rogers, C. (1961). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.

dernier niveau suggère une attitude réflexive de la part du soignant : il s'agit d'une écoute tournée vers soi afin de lever l'influence de sa propre subjectivité comme filtre de la parole⁴²². Elle invite à travers cette disponibilité et vigilance à mettre en parenthèse ses propres normes.⁴²³ La tentation, dans une relation d'aide et de soutien, est forte de proposer au patient son propre « scénario » au risque d'occulter l'espace du soigné. Le désir même d'aider l'autre peut projeter le professionnel parfois plus loin que le patient ne l'y invite et le conduire à se focaliser sur les objectifs qu'il imagine pour et à la place de l'autre⁴²⁴. Il ne s'agit alors déjà plus de sollicitude, cet *avec et pour l'autre* cher à Ricoeur. L'écoute active implique une réciprocité dans la capacité de justesse avec ses propres émotions et ressentis. Cette attention à soi est nommée *congruence* : le « pouvoir être » au sein de la relation, en justesse avec ce que le soignant est et vit. Cette réciprocité intérieure rend possible la construction d'un espace relationnel, que le patient est invité à s'approprier.

5.4. La relation de soin : une relation d'écoute pour ouvrir l'espace du dialogue

Au delà même de la notion d'écoute, l'exploration de la représentation sociale du prendre soin nous permet d'interroger la nature même de la relation soignant-soigné. C'est une relation d'écoute, de confiance, de dialogue, de respect et au final d'accueil que révèle l'analyse des cartes conceptuelles. Ces termes occupent une place très forte au sein de l'analyse des catégories. La référence à la dimension contractuelle du soin est à peine citée. La relation revêt bien sûr nombre de nuances, n'excluant pas le conflit qui est également mentionné par un des participant. Cette posture de l'écoute fait ainsi écho à la première posture décrite au sein de cet exposé : la posture de l'accueil du sujet de soin dans l'interdépendance des acteurs du soin et de leur milieu. Dès lors, affirmer la symétrie dans la relation thérapeutique impose une posture de la vigilance.

Prétendre à une relation d'égal à égal ou à un partenariat véritable exige de créer les conditions de l'ouverture au dialogue entre les acteurs, et par là même à la rencontre. Ainsi, certains auteurs, au terme de *consultation*, préfèrent les notions de *dialogue*^{425 426 427} et de *conversation*⁴²⁸. « Seule une conversation (thérapeutique) permet de mettre fin à ce que Jay Katz a appelé dans son livre *le monde silencieux du docteur et du patient*⁴²⁹ : en s'adressant au patient, le docteur s'adresse à la personne et le respecte en tant que sujet, ayant son langage, sa culture, ses émotions, ses préférences et sa volonté,

⁴²² Bissler, L., *op.cit.*, p.229

⁴²³ Académie Nationale de Médecine. (2013). *L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maitresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine*. (Rapport). Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-voté-10-XII-13- 3 .pdf>

⁴²⁴ Randin, J.M., *op.cit.*, p.229

⁴²⁵ Moutel, G., *op.cit.*, p.194

⁴²⁶ Debru, A., *op.cit.*, p.189

⁴²⁷ Verspieren, P., *op.cit.*, p.213

⁴²⁸ Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295 (2), 29-34.

⁴²⁹ Katz, J. (2002). *The silent world of doctor an patient*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

et non en tant qu'objet de soin. »⁴³⁰ Cette tension sémantique entre consultation / interrogatoire par exemple, et conversation / dialogue thérapeutique n'est pas anodine. Debru nous rappelle la difficulté de construire à l'époque du corpus Hippocratique l'éthique de la relation de soin. Le médecin doit à la fois défendre son malade et se défendre de lui en ne se laissant pas entrainer par ses doléances. Il doit également se contrôler lui-même et se défendre de ses propres failles. « La médecine hésite entre interrogatoire et dialogue. A l'époque hippocratique, elle choisit déjà le premier⁴³¹ ». Aujourd'hui conversation pour certains⁴³², dialogue pour d'autres⁴³³⁴³⁴⁴³⁵⁴³⁶, de cette interaction entre deux vulnérabilités naissent les possibilités d'un respect réciproque et mutuel.

5.5. De l'écoute duale à l'écoute pluriforme : penser les nouvelles modalités de l'exercice médical

5.5.1. Une écoute décentrée

Pour autant, le contexte d'exercice et l'environnement sociétal tendent à rompre la dualité du rapport praticien-patient et rendre difficilement identifiable l'interlocuteur. Le centre de soins dentaire est un lieu aux multiples interfaces, pas toujours coordonnées, au sein desquelles navigue le patient. Dans le cadre de traitements pluridisciplinaires par exemple, le patient circule dans différents services, soignés par différents intervenants, différents étudiants, voire encadrés par différents enseignants. Dans un système à dominante d'apprentissage que sont les centres hospitalo-universitaires, les équipes changent régulièrement en fonction des stages étudiants. Difficile là encore de ne pas souligner la fragilité de l'établissement d'une véritable citoyenneté sanitaire et de participation du sujet. Les modalités même d'exercice de la médecine au centre de soin dentaire, malgré le souci de continuité et de suivi, accentuent la difficulté d'ancrage des patients dans l'espace relationnel. C'est parfois simplement la difficulté d'identifier le coordinateur du soin : qui de l'enseignant, de l'interne ou de l'externe pour celui qui ne connaît pas ?

5.5.2. Synergie de l'équipe soignante ou écoute parcellisée ?

Par ailleurs, l'écoute n'est pas seulement affaire de soignant, elle intéresse l'ensemble de l'équipe au sens large. Le dialogue se joue à plusieurs au sein d'une synergie de groupe. Les techniques de management en orthodontie et d'optimisation du cabinet dentaire ont parfaitement intégré cette

⁴³⁰ Reach, G., *op.cit.*, p.230

⁴³¹ Debru, A., *op.cit.*, p.189

⁴³² Reach, G., *op.cit.*, p.230

⁴³³ Moutel, G. *op.cit.*, p.36

⁴³⁴ Debru, A., *op.cit.*, p.189

⁴³⁵ Verspieren, P., *op.cit.*, p.213

⁴³⁶ *Ibid.*

dimension du soin, établissant ainsi une véritable hiérarchie de l'écoute au sein des structures. Le risque de glissement au regard de l'éthique se manifeste dans le transfert de la posture de l'écoute et de l'accueil aux assistantes dentaires. La pratique médicale, de plus en plus exigeante dans son savoir et sa technicité, s'expose cependant si elle parcellise à l'excès les compétences techniques et relationnelles. Les pré-adolescent et adolescents rencontrés au cours de ces entretiens étaient à cet égard particulièrement sensible à la proximité affective de l'étudiant.

5.5.3. *L'écoute numérique : forums, espaces de discussion et E-Santé*

Au delà, l'accessibilité des supports médiatiques et numériques, le recours à l'Internet-santé dans les pratiques des patients marquent l'effacement des frontières avec le face à face soignant-soigné. Le patient établit un lien désormais direct, libéré de toute contrainte, avec l'expression du savoir médical⁴³⁷. L'internet santé, dans un environnement de connectivité permanente (mobile, tablette numérique, wifi etc.), reflète la capacité du système informel à dépasser les pratiques traditionnelles individuelles de recours au savoir⁴³⁸. Ces nouveaux territoires seraient des supports préférentiels de communication pour les patients, au delà des supports classiques (papiers, guides, presse etc). Les lacunes de Glenton évoquent l'idée d'un recours à Internet comme expression d'une inadéquation entre les attentes et les besoins de savoirs des patients et le message délivré par le professionnel⁴³⁹. Les espaces de discussion et autres forums questionnent les nouvelles formes d'écoute dans le champ sanitaire. Ces nouveaux territoires témoignent de la nécessité de les intégrer et de les penser comme structurants pour les soignants et les professionnels dès lors qu'ils font l'objet d'un véritable accompagnement et d'un questionnement au regard de l'éthique. Cette transformation de l'espace relationnel au delà du traditionnel colloque soignant-soigné illustre la complexité de l'expérience de l'écoute au cœur de la relation de soin.

Apport des questionnaires : Place de l'E-Santé dans le processus de décision partagée

Dans un environnement de connectivité permanente (internet, technologie mobile, téléphone portable...), le recours aux savoirs numérique concerne 47,7% des répondants. La navigation libre sur Internet, ressource nouvelle pour le patient, est désormais une pratique courante en matière de santé. Internet est d'ailleurs aujourd'hui qualifié de support préférentiel par les patients, au delà des supports

⁴³⁷ Moutel, G. *op.cit.*, p.194

⁴³⁸ Greameaux, V., Coudeyre, E. (2010). The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 53(10), 669-692.

⁴³⁹ Glenton, C., Nilsen, ES., Carlsen, B. (2002). Lay perceptions of evidence-based information. A qualitative evaluation of a website for back pain sufferers. *BMC health ser res*, 5, 319-29.

traditionnels (papiers, brochures, presse...) ⁴⁴⁰. Elle reflète la réalité d'un système informationnel qui dépasse désormais les pratiques traditionnelles et interroge les contours du colloque singulier soignant-soigné. En condition dite écologique, c'est à dire dans le quotidien de chacun, 56,9% d'entre eux recherchent la **dimension informationnelle et participative** de l'E-Santé à travers la consultation d'une expertise-patient ou d'un savoir expérientiel: forums (36,4%), communauté de patients (11,4%), blog (9,1%). La recherche d'une expertise médicale à travers des sites professionnels ou de vulgarisation concerne seulement 38,6% des internautes santé de notre échantillon. Ces résultats soulignent le recours hors de l'espace relationnel du soin à une expertise patient d'une part, à une recherche de mise en réseau des patients entre eux d'autre part. Au sein de ces nouveaux territoires et espaces de savoirs, le comportement du patient peut être passif en consultation libre ou au contraire actif à travers les chats, blogs et commentaires sur les sites. Ces résultats sont étonnants lorsque nous les comparons à l'ensemble du questionnaire qui portait essentiellement sur l'espace relationnel du soin : seulement 14,9% des répondants recherchaient la dimension participative au sein du colloque soignant-soigné. L'approche des patients varient donc en fonction de l'environnement auquel ils sont confrontés : relation de soin ou au sein de leur quotidien, hors espace relationnel du soin. **L'E-Santé** est aujourd'hui un **élément structurant de l'adhésion thérapeutique**.

La légitimité de l'Internet Santé comme outil d'éducation thérapeutique en condition écologique, reste néanmoins soumise à controverse :

- complexité des ressources de l'E-Santé : pas de standardisation de l'information, multiplicité et hétérogénéité des sources (professionnels, médias, patients, groupe de pression, médias, laboratoires...), qualité du site, validité de l'information ;
- **possibilités d'appropriation et d'interprétation** de l'information par un public non médical (environnement socioculturel, accessibilité du discours...) rarement testées ;
- **stratégie de recherche individuelles** plurielles, peu adaptées et sous optimales (maîtrise de la navigation et stratégie de recherche personnelle) ;
- **labilité** de référencement des sites voire des sites eux-mêmes ;
- évaluation de **l'usage et du cheminement de la démarche éducative** difficile
- **effets indésirables** de type « charge émotionnelle » difficilement appréhendable.

Ce dernier point est notamment évoqué par les patients : 87,9% d'entre eux ont conscience de son effet potentiellement anxiogène, même minime, de la consultation de savoirs numériques en matière de santé. Toutefois, ils sont 73,4% d'entre eux à demeurer confiant eu égard à l'information délivrée.

⁴⁴⁰ Gremeaux, V., Coudeyre, E. (2010). The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 53(10), 669-692.

Comment appréhender aujourd’hui ces **nouveaux territoires de santé** que sont les technologies de l’information et de la communication? **Comment intégrer cette reconfiguration de la relation soignant-soigné dans le processus de décision partagée et tenir compte de ce nouvel espace numérique de mobilisation du patient ?** Lors d’une récente conférence citoyenne des 1^{er} et 2 juin 2015 *De l’observance à l’adhésion, par la décision partagée*, à l’initiative du Collectif Interassociatif Sur la Santé⁴⁴¹, les panélistes ont particulièrement insisté sur la place désormais incontournable de l’E-Santé comme outil au processus de décision partagée, à travers les possibilités de mobilisation des patients et de l’éducation par les pairs. Ils soulignent l’apport d’Internet comme outil d’appropriation thérapeutique, d’aide à la décision et à l’accompagnement de relation soignant-soigné de type partenariale (amélioration des connaissances, manifestation d’attentes plus réalistes, conflits décisionnels patient-praticien moins fréquents, sentiment de meilleures informations, augmentation du % de sujets participant activement aux choix). L’Internet-Santé potentialiserait la démarche éducative, l’adhésion à la thérapeutique et la relation de soin de par sa nature même (variétés des approches, contenu multimédia et interactivité, modulation au rythme propre du patient...) en complément des approches traditionnelles d’après la revue de littérature établie par Gremeaux et Coudeyre⁴⁴². Cet enrichissement de la relation médecin-patient est également souligné par la dernière enquête TNS-SOFRES relative à ce sujet à travers des échanges plus nourris et un sentiment de confiance renforcé⁴⁴³. Si elle potentialise et enrichit la démarche éducative, sans s’y substituer, ses contours restent à définir dans l’espace relationnel du soin. Parmi les suggestions possibles, nous avons interrogé la légitimité du soignant comme prescripteur d’E-Santé, dans une démarche d’accompagnement du patient. La majorité des répondants ne jugent pas pertinent la participation du soignant à la pratique de l’E-Santé et 38,9% d’entre eux estiment qu’il s’agit d’une démarche personnelle. La liberté éprouvée des patients hors l’espace relationnel soignant-soigné est affirmée. Il est intéressant en ce sens d’explorer les possibilités offertes par l’éducation par les pairs en matière d’E-Santé et notamment au regard des l’éthique des pratiques et de la reconfiguration contemporaine de la relation de soin.

La tradition médicale européenne a été porteuse de valeurs fortes à travers sa réflexion sur la vulnérabilité, la réciprocité, la responsabilité individuelle et collective. Elle élargit la nature du débat

⁴⁴¹ Collectif Interassociatif Sur la Santé. (2015). *De l’observance à l’adhésion, par la décision partagée* : Quatre groupes de recommandations de la conférence citoyenne des 1er et 2 juin 2015 à Paris. Disponible sur : <http://www.leciss.org/sites/default/files/Recommandations-OBSERVANCE.pdf>

⁴⁴² Ibid.

⁴⁴³ TNS SOFRES. (2013). *Les français et l’Internet Santé*. Etude réalisée du 4 au 16 février 2013. Disponible sur : <http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/les-francais-et-linternet-sante>

sur les conditions de l'éthique du soin. « Ce pacte de soin fondé sur la confiance⁴⁴⁴ », pacte fragile et sans cesse menacé par des déséquilibres parfois subtils et difficilement perceptibles, qui scelle l'alliance entre le praticien et son patient, invite à « surmonter la dissymétrie initiale⁴⁴⁵ » entre les acteurs.

⁴⁴⁴ Ricoeur, P. (1996). Les Trois niveaux du jugement médical. *Revue Esprit*, 227(12), 21-33.

⁴⁴⁵ *Ibid.*

Chapitre 3 – Un espace de liberté éprouvée : la dialectique de l'autre et du même

1. Construire un espace relationnel commun: un enjeu éthique et pédagogique

1.1. Des besoins silencieux

L'intérêt principal de ce travail exploratoire réside dans la mise en lumière des besoins silencieux, éprouvés par chacun des protagonistes du soin. Ces besoins sont rarement exprimés, formulés et souvent non conscientisés. Ils s'ancrent justement dans ces connaissances du sens commun que sont les représentations sociales. Souvent non ou mal identifiés, parce que tellement « évidents » pour chacun des acteurs de la relation, ils se cachent dans les silences et les méandres des discours, dans un geste, une posture et demeurent difficilement accessibles. Pourtant, ces besoins silencieux, à forte dominante psycho-sociale, présentent une double fonction à la fois *génératrice* et *organisatrice* du soin et de l'adhésion à la prise en charge.

Génératrice, elle permet de donner du sens à l'acte de soin. L'expression et la prise en compte de ces besoins non formulés, de ces évidences cachées, occupent une place déterminante dans l'adhésion aux soins. Il s'agit de faire réellement sienne la stratégie thérapeutique, de manière intégrée et motrice, et de se hisser en véritable partenaire du soin. L'enfouissement de ces besoins est à même de créer les conditions d'une forme de dénuement, soignant comme soigné, de fragilité dans l'équilibre relationnel. Cette fonction génératrice donne du sens à l'ensemble du support relationnel.

Organisatrice, elle définit la nature du lien relationnel qui unit les interprètes du soin. L'expression et la prise en compte de ces besoins sont alors stabilisatrices et unificatrices de cet équilibre relationnel qui se tisse. En les ignorant, parce que la réalité des pratiques soignantes est soumise à de fortes contraintes organisationnelles et spatio-temporelles par exemple, notamment en service hospitalier, nous nous exposons à entretenir les difficultés d'adhésion aux soins.

Ces besoins sont rarement accessibles au discours. De là, la difficulté à les faire émerger. Il est par exemple difficile pour un patient de demander à être *écouté*, pleinement, écouté au delà de ses mots, écouté dans ses silences, son geste, sa manière de se mouvoir tant cela semble évident pour chacun des protagonistes du soin. Il paraît inopportun de revendiquer une attention à son savoir profane, éprouvé, intégré d'autant que les rapports entre pouvoir et savoir entrent souvent en tension dans l'asymétrie de la relation soignant-soigné. Il semble irrévérencieux et dissonant d'exposer à un patient toute la difficulté pour un soignant de faire face à l'ensemble des contraintes temporelles, spatiales, matérielles et institutionnelles qui pèsent parfois et entravent les conditions de l'attention à l'autre.

L'écoute, l'attention, la disponibilité par exemple semblent ainsi faire partie de ces lieux communs qu'il n'est pas utile de rappeler tant ils sont constitutifs de la relation à autrui. Et cependant, il apparaît plus que nécessaire aujourd'hui dans une société qui se réclame égalitaire dans le champ sanitaire, de poser son regard de soignant sur les conditions d'interaction entre les partenaires du soin. Il s'agit de sonder les possibilités d'une véritable participation active des acteurs. Au-delà, cette invitation au décentrage afin de revisiter les équilibres relationnels du prendre soin constitue un enjeu éthique et pédagogique majeur. La qualité des échanges soignant-soigné favorise la construction d'une vision commune de la stratégie et du vécu thérapeutique. Elle se révèle un facteur de succès difficilement contournable de l'adhésion aux soins. Les variations de cette dernière constitue un terrain sensible de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière, à travers notamment la fréquence des démissions côté patient et des abandons de traitement^{446 447 448 449}. Se pencher sur les représentations sociales du prendre soin, sur le contenu et la signifiante de ce qui semble appartenir au sens commun, nous permet *in fine* de réfléchir aux conditions d'une véritable alliance thérapeutique. En rien un alibi éthique, cette dernière doit être éprouvée, incarnée, pensée afin de faire sens dans la formation des futurs praticiens.

1.2. Construire une identité commune : une évidence ?

Ces connaissances du sens commun, socialement élaborées et intégrées, souvent spécifiques d'un groupe donné ou d'une identité professionnelle, sont intéressantes à mettre en perspective. Peebles et Moores suggèrent dans leur étude sur la maladie chronique qu'il n'existe pas de vision commune aux patients et aux médecins⁴⁵⁰. Dans ces pathologies aux long cours, la construction d'une signifiante commune semble être un facteur de succès thérapeutique. Boutry, Matheron et Bidat⁴⁵¹ soulignent le caractère spécifique d'une représentation de santé côté soignant versus côté patient. Le discours médical intègre plus spécifiquement les signes et les symptômes de l'affection. Les patients composent leur identité en fonction des activités que la thérapeutique autorise ou interdit. Ces spécificités des discours ont particulièrement été mises en valeur par Jeoffrion concernant l'observance et la relation

⁴⁴⁶ Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne. (2002). *Efficiences des soins d'Orthopédie Dento-Faciale et participation de l'Assurance Maladie*. Rapport.

⁴⁴⁷ Caisse Nationale d'Assurance Maladie du Régime Général et de la Mutualité Sociale Agricole. (2002). *Abandons de traitement en Orthopédie Dento-faciale, les appréhender, les éviter*. Rapport du programme national inter-régime 2001. Disponible en ligne sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Abandon_de_traitement_en_Orthopedie_dento_faciale.pdf

⁴⁴⁸ Remoue, F. (2006). *Enquête sur les abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale en Bretagne*. (Thèse d'exercice). Université de Rennes 1.

⁴⁴⁹ Mano, M-C. (2009). *Pertinence de l'application du concept d'Education Thérapeutique du Patient aux abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale*. (Mémoire de Master 2). Université de Paris Descartes.

⁴⁵⁰ Peebles, J.E. et Moore, R (1996). Illness Schemata in Patients with Chronic Pain : prediction of Rehabilitation. *Abstracts of the International Congress of Psychology*, 389.

⁴⁵¹ Boutry, L. Matheron, I. et Bidat, E. (2001). Quand les prescriptions ne sont pas suivies...Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 41, 470-476.

soignant-soigné.⁴⁵² Les patients associent à la relation de soin des attentes fortes et ambivalentes de soutien, parfois déçues eu égard aux contraintes qui pèsent sur l'établissement du lien soignant-soigné. La lecture de la dimension affective du soin et des conditions spatio-temporelles occupe une place essentielle. Les patients se représentent dans une posture de dépendance qui appelle le soutien. Les personnels soignants, ici l'ensemble des acteurs institutionnels hospitaliers ayant pour mission le soin, se représentent en prescripteurs de soin, dont le professionnalisme repose sur une communication claire, axée sur la connaissance et la compétence. Ils sont les garants de la qualité de la relation. Ces résultats sont particulièrement intéressants dans le contexte des politiques de santé mises en œuvre. Elles visent à favoriser des relations égalitaires ou de type partenariat-partenariat. Les représentations spécifiques propres à chacun des protagonistes semblent témoigner dans la pratique de cette difficulté à incarner un modèle relationnel de ce type. La participation active des patients à la démarche thérapeutique ne semble possible qu'au détour d'une évolution de la représentation de la relation de soin pour chacun des acteurs. L'analyse exploratoire dessine les contours d'un patient plus passif dans l'équilibre relationnel, plus dépendant et pourtant dont les attentes et les besoins silencieux restent très forts.

1.3. Des impasses relationnelles

L'analyse des représentations sociales se révèle une démarche alors pertinente pour tenter d'entrevoir les dissonances entre certaines politiques de santé et la réalité éprouvée des pratiques de soin. Elle apporte un nouvel élément de réflexion sur certains échecs thérapeutiques ou difficultés à incarner sur le terrain certains modèles relationnels, pourtant particulièrement séduisants. Pour Boutry, Matheron et Bidat⁴⁵³, négliger l'importance des représentations de santé expose les personnels soignants à trois formes d'impasse. La première concerne les malentendus suscités par un référentiel sémantique différent. Comme le montre également notre travail exploratoire, le dictionnaire sémantique patient diffère de celui du soignant. La seconde difficulté réside dans les dissonances entre les attentes des patients, d'autant plus fortes qu'elles sont souvent opaques, et les réponses proposées par le soignant que le patient ne parvient pas à faire sienne. Là encore, les résultats de notre travail convergent. Enfin, la dernière impasse fait suite aux deux précédentes. Elle concerne les difficultés de l'adhésion aux soins lorsque la spécificité des représentations entrave la rencontre des protagonistes du soin. Car l'enjeu, éthique comme symbolique, se situe bien là, dans l'adhésion entière, éprouvée, intrinsèque à la prise en charge thérapeutique.

⁴⁵² Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès des professionnels de Santé et Non Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, 82(2), 73-115. *Psychologie Sociale*, 2 (82), 73-115.

⁴⁵³ Boutry, L. Matheron, I. et Bidat, E, *op.cit.*, p.237

2. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnels »⁴⁵⁴

2.1. Attentes, réponses et projections plurielles

Les résultats mis en évidence témoignent d'attentes, de réponses et de projections souvent éloignées, décalées entre soignants et soignés. Les réponses sont alors inadaptées à ces attentes ambivalentes, rarement identifiées par le patient lui-même. Qu'attendons nous du médecin ? À cette question délicate, le philosophe Gabriel Marcel répondait : « Beaucoup... Infaillible dans sa science, tout en finesse dans son art, péremptoire et délicat, optimiste mais scrupuleux, dévoué et désintéressé, amical mais réservé... Une seule vertu : qu'il soit libre... La liberté de l'esprit c'est d'abord celle de l'intelligence ! »⁴⁵⁵.

La manière dont le patient s'engage dans le soin non pas uniquement de manière rationnelle, mais essentiellement affective et sensorielle, la façon dont il engrange l'ensemble des signaux qui lui sont renvoyés (l'environnement, les dynamiques spatiales, la communication infra-verbale etc.), sont difficilement perceptibles. Ces attentes nous obligent à un décentrage parfois acrobatique, alors même que le soignant lui-même tente de s'engager dans l'acte de soin. Ce décentrage est d'autant plus délicat s'agissant d'étudiants en apprentissage. Ils « s'apprennent »⁴⁵⁶ en tant que soignant et technicien avant d'apprendre l'autre. Et, cet apprentissage de la clinique requiert justement un nécessaire « centrage » sur eux-même. En ce sens, c'est à nous, chercheurs, enseignants, soignants de les inviter à une posture de la réflexivité et de les y accompagner^{457 458 459}.

Reconnaître et identifier la pluralité des attentes, comprendre la manière dont chacun des acteurs du soin investit l'autre de projections parfois vertigineuses, deviner que nos réponses sont parfois inadaptées bien que véritablement investies et sincères, constituent la première étape de la rencontre à l'autre. Le premier temps exploratoire illustre l'engagement sincère du soignant et du soigné dans ce mouvement vers l'autre et parallèlement l'inadéquation entre attentes et réponses. Ces impasses sont d'autant plus marquées que « le sens d'un mot n'est pas toujours donné par ce que je dis et par ce que tu crois mais par ce que je crois avoir dit et que tu crois avoir entendu »⁴⁶⁰.

⁴⁵⁴Paperman, P. (2005). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel. Dans, P.Paperman, S.Laugier, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Editions de l'EHESS, Raisons pratiques.

⁴⁵⁵ Marcel G. (1953). Qu'attendez-vous du médecin? Dans J.Rolin (dir.), *Études réunies et présentées par Jean Rolin*. Paris: Plon.

⁴⁵⁶ Wieringa P. (2010). Accueillir en stage les étudiants en soins infirmiers : un aspect d'actualité en lien avec l'art éthique du soin. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.441-453). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

⁴⁵⁷ Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Editions Logiques.

⁴⁵⁸ Schön, D. (1996). *Le tournant réflexif* (traduction de Educating the Reflective Practitioner, 1987). Montréal: Éditions Logiques.

⁴⁵⁹ Tardif, M. (2012). *Le virage réflexif en éducation*. Bruxelles: De Boeck Supérieur, Pédagogies en développement.

⁴⁶⁰ De Saussure, F. (2013). Dans Begué-Simon, A-M, *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPED-UE10*. Université de rennes 1, U.F.R. de Médecine.

2.2. Figures de la dépendance hors la grande maladie et la fin de vie

Ce qui apparaît à la lecture des résultats, c'est la présence de figures de la dépendance et de la vulnérabilité dans une discipline qui ne traite ni malade, ni maladie. Ces deux notions ont largement investi la réflexion en éthique médicale, notamment dans le champ de la grande maladie, du handicap et de la fin de vie. Pourtant, dès lors qu'il y a prendre soin, se dessine une forme de dépendance vis-à-vis de l'autre. Le contenu des cartes conceptuelles a permis de mettre en évidence ces notions de dépendance et de vulnérabilité qui s'inscrivent aussi dans le soin en Orthopédie Dento-Faciale. Leurs contours ne sont évidemment pas similaires à ceux de la grande maladie, pour ne citer qu'un exemple. Ils n'en sont néanmoins pas moins présents, mais sous des formes plus subtiles, moins visibles et identifiables parce que peut-être intrinsèques à chacun dès lors qu'il y a prendre soin. Cette reconnaissance de l'autre, y compris dans ce qu'il peut y avoir de vulnérable dans une situation, un espace et un temps de soin, constitue un véritable enjeu éthique de la relation soignant-soigné.

Lexicographie et étymologie du mot « Dépendre de »

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales⁴⁶¹

L'approche lexicographique du verbe « dépendre de » met en évidence les **relations d'interdépendance** entre les hommes, les situations et les milieux dans un lieu et un temps donné.

« Dépendre de », c'est être lié à quelqu'un ou quelque chose par une relation de **subordination**, mais aussi simplement de **solidarité** ou de **causalité**. Ces composantes de la dépendance se retrouvent dans l'approche exploratoire de la représentation du *prendre soin*. La dépendance s'articule à différents niveaux : **intra-individuel, inter-individuel, intra-groupale et sociétale**.

Être dépendant, c'est être « **sous l'influence** » de, parfois « sous l'autorité de ». Cette dépendance peut être connue, acceptée avec l'idée de s'en remettre à quelqu'un, par exemple, le soignant. Elle s'avère parfois subie, consciente ou inconsciente, et entrave les possibilités de réalisation de chacun des protagonistes du soin.

Ensuite, être dépendant véhicule l'idée de « faire partie de quelque chose, être **lié à un ensemble en tant qu'élément constitutif** ». La relation de soin place les acteurs dans une relation d'interdépendance entre eux. Elle se tisse également à travers les interactions entre les différents niveaux décrits précédemment. Les représentations des participants sont liées aux conditions

⁴⁶¹ Centre National de Ressources textuelles et Lexicales. (2005-). Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr>.

organisationnelles et structurelles, spatio-temporelles par exemple du centre de soin. Le milieu joue un rôle essentiel dans le contenu et la structure de la représentation.

Par ailleurs, l'analyse révèle l'idée d'« être conditionné, déterminé par quelque chose, **subordonné à l'accomplissement de certaines conditions** ». Cet aspect interroge l'espace de liberté de chacun des acteurs au sein de la relation de soin. Il questionne les conditionnements opérants ou inopérants des acteurs ou de la structure, mais également les moyens de les dépasser.

Enfin, est évoquée l'idée de « **pouvoir se réaliser** sous l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose ». Cette dimension de réalisation, d'accomplissement est à retenir. La dépendance peut sous certaines conditions être motrice et participer à une certaine forme de liberté d'être. La construction de cet espace de liberté au sein de la relation ne peut se concevoir que dans l'interdépendance des sujets entre eux et de leur milieu.

Emprunt au latin *dependere*, « dépendre » c'est « être suspendu ». Et, c'est idée de suspension à quelqu'un ou quelque chose est forte dans la notion de prendre soin. Les individus au sein de la relation interagissent en réciprocité dans un espace et un temps donné.

Pour Bétrémieux, dépendance et vulnérabilité sont les « traits de la condition de tout un chacun et non celle d'un autre stigmatisé comme vulnérable : il n'existe pas de catégorie ontologique correspondante »⁴⁶². La notion de vulnérabilité se présente comme « la marque commune à toute personne en situation de dépendance, mais aussi comme l'une des **dimensions constitutives de l'essence des êtres vivants** et de leur **milieu**. »

Cet aspect de la vulnérabilité et de la dépendance apparaît dans cette étude exploratoire. La dépendance du soigné revêt ici des formes plurielles : dépendance à la posture du soignant, dépendance vis à vis de ses propres attentes et projections dans la manière dont est investi symboliquement et affectivement le soignant, dépendance à la situation de soin et à l'acte de soin, dépendance au milieu spatio-temporel. D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, d'un point de vu historique, *dépendre de* c'est « pouvoir se réaliser sous l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose ». Cet aspect est intéressant : il interroge les possibilités de réalisation de chacun vis-à-vis de l'autre, d'une situation ou d'un milieu.

Or ce que dévoile la représentation sociale du prendre soin dans ce contexte singulier du service hospitalier d'ODF, c'est une posture de l'attente et une subordination du sujet de soin à la temporalité. Attente et temps figurent dans la zone du noyau central du prendre soin. La notion d'attente apparaît même au premier rang des évocations des patients. Ce résultat est surprenant et ne peut se lire qu'avec

⁴⁶² Bétrémieux, P. (2010). Les figures de la vulnérabilité. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.441-453). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

une mise en perspective des modalités d'exercice de l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière étudiées ici. Les difficultés structurelles et organisationnelles du service, la pénurie de personnels enseignants, l'absence de recours à des personnels soignants hospitaliers hors enseignants-chercheurs, le statut de centre de formation des centres hospitalo-universitaires où les patients sont pris en charge par les externes et les internes, participent de cette perception de l'attente. Or de cette attente (une heure d'attente avant la prise en charge n'est pas une situation rare, l'attente au fauteuil lors de la mise en place du matériel, la recherche du matériel en rupture ou non disponible, l'attente de l'indication et du compagnonnage d'enseignants débordés, l'attente administrative) naît une forme de vulnérabilité, pour le patient bien sûr, mais pas seulement.

Si l'attente fait partie des conditions de soin au sein du service, elle n'en demeure pas moins une entrave pour le soignant, qui lui aussi la subit tant les relations d'interdépendance entre acteurs, situation et milieu sont fortes. Cette référence à la temporalité traduit également le sentiment d'incertitude de certains patients vis-à-vis du temps de traitement. Il s'agit de traitements longs, plus encore en milieu d'apprentissage universitaire, qui s'étale sur plusieurs années.⁴⁶³ Le patient cherche une référence, une date butoir que bien souvent il voit échapper, se décaler, être repoussée. Hormis les paramètres physiologiques et biologiques qui avec l'observance thérapeutique conditionnent la durée de la prise en charge, le facteur temporel est soumis aux mêmes contraintes en termes de coordination que citées précédemment. Attente et temps s'articulent au sein de la représentation. Il s'agit également pour ces derniers de parvenir à se mobiliser au long cours, d'engager son temps, d'entretenir en soi-même et pour soi-même sa motivation.

La dynamique spatio-temporelle occupe une place importante dans la perception du prendre soin. La dynamique spatiale, les flux de circulation au sein du service (personnels soignants et enseignants, enfants, adultes, étudiants regroupés au sein d'une même salle de soin), la densité de population en présence, la sensation d'encombrement décrite, la tonalité sonore du lieu nécessitent une certaine adaptation de la part du soigné. L'espace est éprouvé comme frein à l'intimité, impressionnant, intimidant voire dévalorisant pour le public adulte. Même si des temps de consultation spécifiques sont dédiés en fonction de l'âge, l'adulte côtoie bien souvent l'enfant au sein d'un même espace de soin. **La vulnérabilité du patient se traduit également par une dépendance forte au domaine de l'affectif et du sensitif.** La richesse du vocabulaire associée à la communication infra-verbale en témoigne. La représentation sociale du prendre soin est fortement liée à une lecture émotionnelle de l'acte de soin, du soignant et de l'environnement. Le patient éprouve véritablement le soin dans tout son être, cognitif, affectif et émotionnel. La référence au vécu ne se retrouve pas dans la structure centrale de la représentation et à peine dans celle de la zone périphérique. Elle est mise en évidence par son poids au sein de l'analyse des catégories et par la richesse du champ sémantique employé. La douleur, l'appréhension (crainte, inquiétude, découragement, stress, etc.), le ressenti (préjugé, bête de foire, choc, objet, etc.) témoignent d'un sentiment de fragilité. La question n'est pas de savoir si ces

⁴⁶³ Aucher, A., Perreau, T. (2008). Evaluation des traitements d'Orthopédie Dento-Faciale terminés, selon six critères d'occlusion choisis. *Pratiques et Organisation des soins*, 39(2), 103-112.

représentations sont exacerbées dans la perception du patient. A partir du moment où ces aspects sont éprouvés, ils « sont » et nous engagent.

Le patient investit et projette sur le soignant des attentes très fortes, notamment dans la sphère des compétences relationnelles et affectives. Le soignant appartient d'ailleurs à la zone de centralité du prendre soin côté patient. Chez les professionnels, ce dernier se situe au niveau des zones contrastées. Sur la figure du soignant reposent ainsi des attentes fortes, symboliques, parfois démesurées par rapport aux possibilités réelles des soignants. Il y a en ce sens un surinvestissement de la figure du soignant par les patients dans la représentation du prendre soin. Ce positionnement crée une véritable situation de dépendance réelle en ce sens où le soignant est un passeur de sens dans la relation⁴⁶⁴ et maîtrise l'acte de soin, mais qui semble accentuée par les projections du patient. Le soignant revêt ainsi toutes les qualités, tous les possibles : humain, bienveillant, chaleureux, agréable, délicat, sympathique, cool, poli, aimable, drôle, honnête, disponible, arrangeant, compréhensif etc. Il présente des compétences relationnelles et interpersonnelles fortes (compétence de soutien et d'accompagnement, d'écoute active, d'accueil, etc.). Cet appel à un engagement affirmé de la part du soigné fragilise également le soignant ou tout du moins le soignant en devenir. Vulnérabilité du patient et vulnérabilité du soignant s'interpellent. Dans un double mouvement de réciprocité, il est alors possible de dessiner les contours de la vulnérabilité des soignants ou de leur situation de dépendance vis-à-vis de l'autre, de la situation singulière du soin et du milieu spatio-temporel.

Cette dimension de dépendance est moins palpable côté soignant. Lui-même, dans la construction de son identité professionnelle, est le garant des compétences techniques et relationnelles. Ses compétences relationnelles ne revêtent pas pour autant les mêmes formes que celles attendues et décrites par les patients. Côté soignant, l'attention est portée essentiellement sur la communication verbale, voire sur la dimension pédagogique à travers, par exemple, le terme expliquer qui figure dans la zone centrale de la représentation. Le poids de la catégorie communication verbale est d'ailleurs très investi. En ce sens, il peut exister un décalage entre les attentes du patient, non formulées et totalement intériorisées, et les réponses apportées par l'univers soignant. Les réponses concernent surtout les possibilités de rationalisation et de compréhension de la part du patient. Les références à une lecture affective et sensorielle du soin et du milieu sont à peine mentionnées. Or cette adéquation entre attentes et réponses participe à la rencontre des acteurs du soin. Ces spécificités dans le contenu de la représentation du prendre soin peuvent expliquer certains échecs relationnels ou des variations de l'adhésion au soin. Elles ouvrent une piste de réflexion quant aux conditions d'interaction des protagonistes du soin. La lecture du patient par le soignant semble révéler de nombreux stéréotypes plus que de la singularité de ce dernier. L'identité du patient est en partie définie par des références à son apparence, ses hobbies, son look, etc. Le patient, lui, évoque l'individualité, le soi-patient, son mode de vie, ses habitudes, ce chemin vers lui-même.

⁴⁶⁴ Mano MC. (2010). L'éducation thérapeutique comme autre perspective soignante. *Medecine*, 6(4), 180-184.

L'analyse des représentations révèle ainsi des obstacles non intentionnels dans la rencontre avec l'autre par méconnaissance. Là encore, elles sont sources de vulnérabilité tant pour le patient que pour le soignant.

Par ailleurs, le soignant est protégé par son identité professionnelle en même temps qu'elle le fragilise. Le vocabulaire décrivant la posture soignante est plus circonscrit, plus stable que le champ sémantique de cette même catégorie côté patient. Mais le soignant dans la représentation qu'il a de lui-même est véritablement celui qui porte le soin, détient en ce sens un certain pouvoir dans l'équilibre relationnel. Il décrit la nécessité de prendre soin de lui-même, particulièrement souligné par la génération des internes, pour prendre soin des autres. Il insiste sur l'importance des conditions de travail, de l'organisation des soins dans ses possibilités de se déployer dans son rôle de soignant.

La première phase exploratoire témoigne de la possible vulnérabilité de chacun des acteurs du soin, vis à vis de l'autre, de la situation de soin ou des conditions spatio-temporelles. Elles sont alors une entrave aux possibilités de réalisation de chacun des acteurs dans l'espace intime de la relation de soin. Paperman nous livre ainsi dans *Le souci des autres*⁴⁶⁵, à propos des éthiques dites du *care* ou de la sollicitude : « les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnels », titre de sa contribution. Elle invite ainsi à « s'efforcer de comprendre (la vie humaine) en sa vulnérabilité, risquant d'être blessée à tout moment »⁴⁶⁶.

2.3. Les marqueurs traditionnels de la précarité et de la vulnérabilité en Orthopédie Dento-Faciale hospitalière

Peu d'études ont été réalisées à ce jour concernant le profil des différents consultants en odontologie au sein des hôpitaux publics. A notre connaissance, aucune ne semble intéresser spécifiquement le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale. Il existe néanmoins une proportion marquée, par rapport à la population générale, de consultants en situation de vulnérabilité sociale. L'étude de Pascal et Laboux⁴⁶⁷ fait état de 48% des patients du centre hospitalier odontologique étudié. Parmi eux 69% sont bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat, 59% n'ont pas de complémentaire santé, 47% disent avoir des difficultés à payer leurs médicaments ou leurs examens médicaux et 48% perçoivent une prestation solidarité. La prévalence de la vulnérabilité sociale des consultants est estimée à 32%. Ces proportions sont très proches de celles identifiées dans l'étude de Azogui Levy, Azerad, Bourdillon, et al⁴⁶⁸. A la différence que parmi la population identifiée en

⁴⁶⁵ Paperman, P., *op.cit.*, p.239

⁴⁶⁶ Bétrémieux, P., *op.cit.*, p.241

⁴⁶⁷ Pascal, J., Laboux, O., Paillereau, J., Giumentelli, B., Lombrail, P. (2005). Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public. *Santé publique*, 3(17), 357-369.

⁴⁶⁸ Azogui Levy, S., Azerad, J., Bourdillon, F., Ittah Desmeules, H., Roseheim, M., Souames, M. Etat dentaire, recours aux soins et précarité. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(3), 203-211.

situation de précarité 45% étaient d'origine étrangère et au 2/3 masculine. Ces caractéristiques socio-économiques sont traditionnellement constitutives des inégalités de santé.

Il semblerait que les logiques de consultation diffèrent chez ces populations en situation de fragilité. Nombre de familles consultent en urgence en odontologie hospitalière et ne poursuivent généralement pas les soins. Ces situations de renoncement, dans un contexte de vulnérabilité sociale, alertent⁴⁶⁹. Elles se rencontrent dès le plus jeune âge avec un moindre recours au soin⁴⁷⁰.

En Orthopédie Dento-Faciale, les abandons s'élèvent à 19,4% dès le premier semestre de traitement⁴⁷¹. Ces taux sont nettement supérieurs à la moyenne nationale (10,7% en secteur libéral), sans qu'il soit pour autant possible de corréliser démission du patient et situation de vulnérabilité sociale dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale Hospitalière.

La précarité constitue dans ces consultations un des principaux facteurs de risque d'un état bucco-dentaire déficient⁴⁷². Ce dernier représenterait un bon indicateur de l'absence de culture de santé, voire un déterminant d'une perception négative de la santé⁴⁷³, voire d'estime de soi⁴⁷⁴. Les témoignages présentés dans l'étude de Boissonat-Pelsy et Tiebot sont à cet égard révélateurs : estime de soi et santé bucco-dentaire nécessitent d'être conjuguées harmonieusement pour que les démarches de soin puissent être efficaces⁴⁷⁵. La question se pose alors de la capacité de la structure hospitalière à rattraper le difficile déploiement des capacités du sujet en termes de possibilité d'agir du sujet de soin et de la nécessité de les renforcer. Le concept de « self-efficacy », du sentiment d'efficacité de soi, développé par Bandura⁴⁷⁶ prend ici tout son sens. Ces situations de vulnérabilité interrogent les possibilités dites d'*agentivité* du sujet : « la personne se vit et se juge responsable de l'action, qui implique une représentation de l'action (de soi et des autres) ou encore la lecture de l'intentionnalité⁴⁷⁷ ». Prendre soin interroge la capacité du système à soutenir, renforcer et

⁴⁶⁹ Mano, M.C., Trentesaux, T., Begué-Simon, A.M., Wolikow, M., Hamel, O., Hervé, C. (2015). Éducation Thérapeutique Du Patient En Odontologie. *Éthique & Santé*, 12(2), 77–84.

⁴⁷⁰ Clavet, L., Moisy, M., Fourcade, N. (2013). Santé bucco-dentaire des enfant : des inégalités dès le plus jeune âge. *Études et résultats (Drees)*, 847. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>

⁴⁷¹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie du Régime Général et de la Mutualité Sociale Agricole. (2002). *Abandons de traitement en Orthopédie Dento-faciale, les appréhender, les éviter*. (Rapport du programme national inter-régime 2001). Disponible en ligne sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Abandon_de_traitement_en_Orthopedie_dento_faciale.pdf

⁴⁷² Azogui Levy, S., Azerad, J., Bourdillon, F., Ittah Desmeules, H., Roseheim, M., Souames, M., *op.cit.*, p.244

⁴⁷³ Mano, M-C. (2009). *Pertinence de l'application du concept d'Éducation Thérapeutique du Patient aux abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale*. (Mémoire de Master 2). Université de Paris Descartes.

⁴⁷⁴ Boissonat-Pelsy, H., Tiebot, H. (2012). Promouvoir la santé bucco dentaire. Estime de soi et santé bucco-dentaire. *La santé de l'homme*, 417, 29-31.

⁴⁷⁵ *Ibid.*

⁴⁷⁶ Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy*. New York : W.H. Freeman. Dans Begué-Simon, A.M., *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPÉD-UE105 (2003)*. Université de rennes 1, U.F.R. de Médecine.

⁴⁷⁷ Bandura, A., *op.cit.*, p.245

accompagner les possibilités du sujet d'exercer sa souveraineté et de se positionner comme partenaire relationnel actif.

Par ailleurs, le terme précarité, du latin *precari*, signifie dans son acception première « dépendre de la volonté de l'autre ». Elle évoque un besoin de support social, à tous les âges de la vie, dans la réciprocité de l'échange. Elle contient certes les situations de vulnérabilité sociale, mais ne s'y réduit pas.

La précarité ne caractérise donc pas une catégorie sociale particulière. Elle résulte d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale⁴⁷⁸.

Ces situations de vulnérabilité ou de précarité posent la question du pouvoir effectif de chacun au sein de l'institution de soin. Elles illustrent les possibilités réelles de participation active⁴⁷⁹, au delà des normes juridiques applicables à travers la reconnaissance des droits des patients par exemple⁴⁸⁰⁴⁸¹. Dans *Sujet, parole et exclusion*, Poche et Bertrand interrogent la capacité de se dire et de se raconter du sujet de la parole. Les auteurs posent ainsi la problématique de la citoyenneté, de la précarité au sens de fragilité et de l'identité de l'homme parlant à travers ceux qui maîtrisent plus difficilement les clés de l'énonciation. Il cite l'expérience d'une femme : « Il y a des paroles qui ne peuvent être dites que par ceux qui sont dans des situations fragiles ; dites par une personne extérieure, les paroles seraient vides de sens et inacceptables »⁴⁸². Dès lors, comment penser les rapports d'égalité et de justice au sein de l'espace institutionnel mais surtout relationnel? Rosanvallon⁴⁸³ propose une philosophie de l'égalité basée sur les relations sociales et les interactions entre les individus qui, selon lui, lui permet de cheminer au delà des théories traditionnelles de la justice qui ont longtemps dominé la réflexion contemporaine⁴⁸⁴. Il soutient que la construction de relations fondées sur les principes de singularité et de réciprocité est la condition d'une solidarité plus active. En ce sens, la relation de soin est l'espace au sein duquel peut émerger une véritable « inquiétude civique » à travers « le défi que représente « l'harmonisation des idéaux d'égalité et de liberté »⁴⁸⁵. C'est aussi l'espace au sein duquel

⁴⁷⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Le renoncement aux soins*. Actes du colloque du 2 novembre 2011. Paris : Collection Études et statistiques. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

⁴⁷⁹ Coulon, P., Ament, O., Auguste, F. (2008). *Démocratie participative et transformation sociale*. Paris : Syllepse éditions.

⁴⁸⁰ Saout, C., Fernandez-Curiel, S., Herlem, J.M., et al. Collectif Interassociatif sur la santé. (2012). *10 ans après les lois des 2 janvier et 4 mars 2002, où en est la représentation des usagers au sein des établissements de santé et médico-sociaux, à travers les exemples des CRUQPC et CVS ?* Actes du congrès du 3 juillet 2012. Disponible sur : http://www.leciss.org/sites/default/files/Actes_Journee_CISS_7%20mars%202012-web.pdf

⁴⁸¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁴⁸² Poche, F., Bertrand, M. (1996). *Sujet, parole et exclusion. Une philosophie du sujet parlant*. Paris : L'Harmattan.

⁴⁸³ Rosanvallon, P. (2011). *La société des égaux*. Paris : Seuil.

⁴⁸⁴ Rawls, J. (1971). *Théorie de la justice*. Paris : Le seuil, Points Essais.

⁴⁸⁵ Aron, R. (2013). *Liberté et égalité*. Paris : Editions EHESS.

dans une co-construction soutenante chacun est invité à choisir entre différentes conceptions de ce qui est juste pour lui, selon ses priorités du moment, ses facultés et son échelle de valeurs. Ce pluralisme raisonné constitue pour l'économiste Sen un engagement politique afin de réduire les inégalités et les situations de vulnérabilité⁴⁸⁶.

Les théories du care ont en ce sens permis de rendre visible les domaines de l'expérience morale et sociale considérés comme marginaux par les théories morales traditionnelles. Elles conduisent ainsi à une reformulation de l'idée contemporaine de justice en cherchant à rendre compte de la constitution relationnelle des agents moraux. Elles tentent d'appréhender les situations de vulnérabilité et d'en faire le pivot d'une nouvelle conception de la citoyenneté et notamment en santé⁴⁸⁷. Léonard va plus loin en proposant l'idée d'un care désormais capacitant, c'est à dire un prendre soin afin de *re-possibiliter* le sujet au niveau de différentes strates du système de soin. Il définit ainsi le care institutionnel, le care de formation à travers la manière dont les soignants sont sensibilisés à restituer le sujet en tant que personne par exemple, et le care de co-décision qui vise à créer et rétablir les conditions de la délibération et de la participation à la décision⁴⁸⁸.

Si la vulnérabilité socio-économique apparaît la plus palpable dans le domaine du soin, il existe d'autres figures de la dépendance dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale, plus discrètes parce que plus acceptées socialement. En évoquant les publics qui maîtrisent moins les règles de l'énonciation, il est intéressant d'interroger la posture si particulière de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'équilibre relationnel et sa capacité d'exercer sa souveraineté, fût-elle limitée et en devenir. En cela, l'expérience de la relation de soin, qui engage le jeune sujet en tant que personne, constitue un premier apprentissage de la citoyenneté et de l'engagement à travers sa prise en charge.

Apport des questionnaires : Vulnérabilité et maîtrise du monde sociale

A la différence des études réalisées sur les populations de consultants des pôles d'odontologie, la perception d'une vulnérabilité socio-économique apparaît nettement moins marquée au sein du service d'Orthopédie Dento-Faciale. Une nuance est à établir cependant : notre étude n'a pas distingué dans les conditions d'entrée les consultants du secteur public et ceux se dirigeant vers la consultation privée au sein du CHU. Ces populations ne présentent souvent pas les mêmes caractéristiques socio-

⁴⁸⁶ Sen, A., *op.cit.*, p.249

⁴⁸⁷ Le Goff, A., Garrau, M. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*. Paris : Presses Universitaires de France.

⁴⁸⁸ Leonard, C. (2012). La responsabilisation capacitante: un nouveau paradigme pour refonder l'Etat-providence? Application au secteur des soins de santé. *Ethics and Economics*, 9(2), 45-65. Available on: <http://ethique-economique.net>.

économiques. Notre échantillon est relativement varié et présente une forte proportion d'étudiants, de cadres ou de personnels employés. Près de 33,9% des participants occupent des activités dans le secteur de la santé ou le secteur social. Nous pouvons supposer que cette partie de la population interrogée est déjà sensibilisée à la thématique proposée dans cette étude. Elle ne présente vraisemblablement pas la même difficulté à agir, à dire, à se raconter, à délibérer que la population décrite dans les populations citées précédemment. Plus de 59,1% des participants possède un capital scolaire moyen à élevé avec un niveau d'étude supérieur à bac+2 ans.

Ces indicateurs synthétiques traditionnels des richesses sociales, économiques et culturelles ne sont pas représentatifs de la population globale fréquentant les centres de soins dentaires.

Toutefois, une forte majorité de la population (59,4% des participants) éprouve de l'inquiétude face au monde qui les entoure. Chez près de 30% des sujets interrogées, le sentiment de faible maîtrise du monde social est fortement perçu. Seulement à peine plus d'un patient sur 10 témoigne d'un indicateur positif de la vision de l'espace social. La vulnérabilité revêt ici d'autres contours que le traditionnel indicateur socio-économique. Cet aspect est particulièrement intéressant dans une problématique de l'action et des possibilités de participation effective, étape déterminante vers l'adhésion aux soins plus que l'ambivalente notion d'observance thérapeutique⁴⁸⁹. Nous comprenons alors tout l'intérêt de renforcer les possibilités du sujet et de le hisser, s'il le souhaite, en véritable partenaire et sujet central du soin.

Cette dimension ne semble néanmoins pas directement interférer sur le vécu de la relation de soin. Une forte proportion des personnes interrogées ne semble pas éprouver de difficultés au sein de l'espace relationnel.

3. Les éthiques du care, de la sollicitude et les figures de la vulnérabilité

3.1. La méprise

Cette capacité d'attention à l'autre ne doit pas se confondre avec « une dimension purement compassionnelle ou caritative dans tout ce qu'elle comporterait de passivité ou de sélectivité ». Là encore, la tentation de l'alibi éthique menace⁴⁹⁰. Ce glissement vers une attitude qui serait tout sauf juste au regard de l'éthique est particulièrement bien décrit par Zweig dans *La pitié dangereuse*⁴⁹¹. La

⁴⁸⁹ Collectif Interassociatif Sur la Santé. (2015). *De l'observance à l'adhésion, par la décision partagée : Quatre groupes de recommandations de la conférence citoyenne des 1er et 2 juin 2015 à Paris*. Disponible sur : <http://www.leciss.org/sites/default/files/Recommandations-OBSERVANCE.pdf>

⁴⁹⁰ Sicard, D. (2006). *L'alibi éthique*. Paris: Plon.

⁴⁹¹ Blanc, A. (2003). Les pièges de la déficience dans *La pitié dangereuse* de Stefan Zweig. Dans Blanc, A et Stiker, H.J (dir.), *Le handicap en images*, (p.89-104). Toulouse : ERÈS, *Connaissances de la diversité*.

pitié, et par là même la sollicitude, est dangereuse dès lors qu'elle s'assimile à « une impatience du cœur de se débarrasser au plus vite de la souffrance d'autrui ». Il propose l'alternative d'une « pitié non sentimentale mais créatrice et persévérante »⁴⁹². Il s'agit en ce sens d'une inquiétude, d'un doute, d'un souci de l'autre dynamique et continu qui s'incarnent dans une pratique de soin.

3.2. Les éthiques du care ou éthiques de la sollicitude

Cette attention portée à l'autre, et associée à une action de terrain, s'exprime dans les éthiques dites du *care*. Le *care*, terme anglo-saxon, désigne à la fois une disposition (*to care for, to care about*) et une pratique de soin (*to take care of*). Le *prendre soin* oblige à une réaction à travers sa perception et son regard sur l'autre et une action pratique, une véritable mise en mouvement de soi : il s'agit non pas seulement de réagir mais d'agir. Dans la théorie des éthiques du care ou éthique de la sollicitude⁴⁹³, le *care*, dans toutes les acceptions qu'il recouvre, se veut « une réponse pratique à des besoins spécifiques de personnes singulières. » Il serait inapproprié de réduire cette proposition du *care* à la seule sollicitude, à savoir « le souci du bien-être d'autrui, la sensibilité à l'égard de la vulnérabilité des autres, les attachements affectifs ».

Ces philosophies dites du *care* trouvent leur origine dans les travaux de Culligan⁴⁹⁴ en 1982 aux Etats-Unis. Cette éthique est initialement qualifiée de « féminine » : les résultats de sa recherche témoignent de critères de décision différentiels chez les hommes et les femmes dans leur manière d'appréhender les relations sociales. Aujourd'hui, ces théories dépassent les frontières du genre et interrogent la dimension interpersonnelle et sociale de la relation. La question de l'articulation entre disposition et pratique recoupe l'interrogation sur leur acquisition⁴⁹⁵. S'agit-il d'une vertu morale à cultiver ou d'une compétence à construire ?⁴⁹⁶ Pour Zielinski, le *care* est cette forme de « sagesse pratique »⁴⁹⁷, « une intelligence des situations particulières, réponse adéquate et adaptation au contexte ». Elle ne se réduit pas à la morale, et « la morale dont il est question s'expérimente dans une pratique plutôt qu'elle ne donne à connaître dans de grands principes ».

Le *care* se décline en plusieurs aspects : *caring about* suggère l'attention des situations singulières, *taking care of* implique la **responsabilité** effective des acteurs, *care giving* s'articule autour de la **compétence** et *care receiveing* interroge la **capacité à recevoir le prendre soin et à y répondre**. Ce dernier fait écho à la notion de *capabilités* développée par Sen⁴⁹⁸, repris par Léonard⁴⁹⁹ sous le terme

⁴⁹² Zweig, S. (1981). *La pitié dangereuse*. Paris: Grasset.

⁴⁹³ Gilligan, C.(1982). *In a different voice : psychological theory and women's development*. Cambridge : Havard University Press. Cité par : Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. *Etudes*, 413(12), 631-641.

⁴⁹⁴ *Ibid.*

⁴⁹⁵ Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. *Etudes*, 413(12), 631-641.

⁴⁹⁶ *Ibid.*

⁴⁹⁷ Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.

⁴⁹⁸ Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Traduction de M.Bessières. Paris : Odile Jacobs.

de *care capacitant*. Ce dernier s'adresse à l'autonomie des sujets, non pas présumée et abstraite mais issue d'un processus d'individuation. En ce sens, les théories du care proposent un point de vue renouvelé sur le concept d'une autonomie en devenir. A propos de l'articulation entre care et sollicitude, Zielinski résume ainsi : « La sollicitude ne surgit ni de moi, ni d'autrui, mais de la situation. (...). La sollicitude surgit de la relation, chaque fois singulière. ⁵⁰⁰»

Pour comprendre la place occupée par la notion de sollicitude dans le champ de l'éthique médicale, il est intéressant de revenir aux figures de la vulnérabilité. Elles constituent un point d'ancrage des éthiques contemporaines. Ricoeur⁵⁰¹ ⁵⁰² et Levinas⁵⁰³ posent les principes éthiques visant à répondre de la vulnérabilité et de la dépendance. La vulnérabilité pour Ricoeur est envisagée comme une incapacité, une fragilité de l'existence tributaire de l'opinion d'autrui⁵⁰⁴. Il dessine quatre figures de l'homme capable : le « pouvoir dire », le « pouvoir faire », le « pouvoir raconter » et « la capacité d'imputation ». L'approche des représentations sociales à travers un mot inducteur comme le prendre soin parvient à mettre en perspective ces quatre possibilités ou impossibilités du sujet de soin. Cette inégalité dans la capacité langagière entre le discours expert et le discours profane est présente à plusieurs niveaux dans l'analyse des cartes associatives conceptuelles. De manière purement quantitative, elle se révèle à travers le nombre d'évocations différentes (nombre de mots cités), plus importante chez les soignants, et la plus grande richesse du dictionnaire sémantique (nombre de mots différents). Ces résultats sont loin d'être évidents car le prendre soin n'est pas une notion spécifique du corps soignant, son appartenance concerne comme nous l'avons vu l'ensemble du corps social. La méthode utilisée a par ailleurs permis de faire émerger des éléments latents de la représentation dont nous savons qu'ils ne sont pas accessibles au discours ordinaire. C'est, par exemple, la capacité ou liberté de dire l'influence de l'environnement spatio-temporel, l'importance de la charge affective, émotionnelle et symbolique dans l'espace relationnel. Ces différentes facettes de la dépendance à l'autre, à une situation donnée et à un milieu, ont déjà été développées précédemment. Mais chacune illustre la difficulté à dire et la dysmétrie qui s'installe parfois de son propre fait, la faible confiance dans « sa puissance d'agir » qu'il est de notre responsabilité collective, et non pas seulement individuelle, de restaurer. Le dit ou le mal dit ne trouvent parfois pas d'écho (l'imperméabilité aux doléances citées dans une des cartes). Le glissement qui peut s'opérer alors est particulièrement bien décrit par Sicard⁵⁰⁵ : la tentation de pseudo-objectivation du patient c'est à dire dans le temps du discours l'intégration de ce qu'il pense être la *pensée médicale*, relayée par l'espace médiatique et

⁴⁹⁹ Leonard, C. *op.cit.*, p.247

⁵⁰⁰ Zielinski, A., *op.cit.*, p.249

⁵⁰¹ Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock, Essais.

⁵⁰² *Ibid.*

⁵⁰³ Colette, J. (2006). L'évasion non rêvée ou la responsabilité. Dans Y.C. Zarka, *Emmanuel Levinas, une philosophie de l'évasion*. Paris : Presses Universitaires de France, Cités, 25.

⁵⁰⁴ Ricoeur, P. (2009). *Philosophie de la volonté : Finitude et culpabilité (Vol.2)*. Paris : Le seuil, Points Essais.

⁵⁰⁵ Sicard, D, *op.cit.*, p.248

virtuel, et non plus sa présentation de lui-même comme sujet. De là, naissent la méprise et l'impossible rencontre. De là, aussi, naît aussi le décalage entre les attentes et les réponses de chacun des acteurs du soin.

Le « pouvoir d'agir » peut se référer aux diminutions des capacités physiques ou psychiques engendrées par la vie elle-même. Mais au-delà des fragilités liées à la maladie ou la vieillesse par exemple, les formes de l'incapacité à agir sont plurielles. C'est la situation de l'enfant qui présente sous certains aspects cette vulnérabilité de l'agir, celle de l'adolescent qui est plus que jamais un être en mouvance. Ce sont autant de publics dits captifs⁵⁰⁶ face au pouvoir, aussi relatif soit-il, du soignant⁵⁰⁷. Ce ne sont que quelques exemples mais qui illustrent cette possible difficulté d'agir et de véritablement s'engager dans la relation si nous n'y prenons garde. Cette moindre capacité de faire trouve parfois ses racines dans des cultures de santé différentes où les messages véhiculés par l'environnement familial peuvent être perçus comme contradictoires avec la demande du soignant.

Le « pouvoir narratif » explore la difficulté de se raconter pour le sujet lorsqu'il est confronté à autrui. Cette dimension, qui se rapporte à l'identité personnelle du sujet, renforce encore les incapacités à dire et agir. Nul besoin de grande maladie ni d'extrême vulnérabilité pour entrevoir cette difficulté à se raconter. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de cette démarche exploratoire de permettre à l'autre, soignant et soigné, de se raconter au-delà de l'acte de soin et sans pour autant en dépasser les frontières et la finalité. En cela, ces cartes associatives constituent autant une porte d'entrée pour la recherche qualitative via les entretiens que pour faciliter un véritable dialogue entre les acteurs du soin. Les entretiens nous ont semblé réellement fructueux et riches de par là liberté éprouvée par chaque participant de se raconter.

La « capacité d'imputation » engage la responsabilité de chacun vis-à-vis d'autrui et notamment de la vulnérabilité du sujet, mais également dans une conception citoyenne du soin.

L'éthique de Ricoeur, ou *Petite éthique*, accorde une place centrale à la réciprocité⁵⁰⁸. La reconnaissance du sujet et la restauration de ces incapacités s'envisagent dans un rapport dialogique avec autrui. **« C'est peut être là l'épreuve suprême de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité de l'échange »**. La similitude qu'évoque Moutel lorsqu'il définit la relation de soin comme la *rencontre d'une similitude et d'une différence*⁵⁰⁹ naît de cette réciprocité dans l'échange, dans cet *avec et pour autrui*⁵¹⁰. Dès lors, l'attitude juste, dans le sens de justice, s'inscrit dans cette sollicitude du rapport à autrui dont elle est indissociable.

⁵⁰⁶ Deschamps, J-P., Brixi, O., Douiller, A., Bouchet, C., Bertolotto, F., Barthelemy, L., Vergnes, A., Lecorps, P., Fainzaing, S., Perrotin, C., Demarteau, M., Oberle, D., Aries, P. (2000). L'éducation pour la santé est-elle éthique ? *La santé de l'homme*. 351, 2-51.

⁵⁰⁷ *Ibid.*

⁵⁰⁸ Mano, M.C., Trentesaux, T., Begué-Simon, A.M., Wolikow, M., Hamel, O., Hervé, C. (2015). Éducation Thérapeutique Du Patient En Odontologie. *Éthique & Santé*, 12(2), 77-84.

⁵⁰⁹ Moutel, G. (2009). *Médecins et patients, l'exercice de la démocratie sanitaire*. Paris: L'Harmattan, L'éthique en mouvement.

⁵¹⁰ Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.

La perspective de Levinas⁵¹¹ est particulièrement intéressante dans le champ de l'Orthopédie Dento-Faciale. Le visage est un appel à l'engagement et à la responsabilité d'autrui. Il nous interpelle, non pas en tant que forme plastique, mais parce qu'il est la figure même de la vulnérabilité et nous renvoie à notre propre vulnérabilité. Le visage de l'autre m'interpelle et m'oblige au dépassement de moi-même. De cette autre dimension de la sollicitude, il s'agit alors « de servir l'autre personne qui dans ce visage m'apparaît à la fois dans sa nudité, sans moyens, sans rien qui la protège, dans son dénuement et, en même temps, le lieu où on me commande »⁵¹². L'absence de sollicitude, c'est alors cette indifférence au visage de l'autre, l'abandon de l'autre dans ce qu'il est, la négligence vis à vis de sa vulnérabilité. C'est également cette même idée que véhicule Kahn dans sa conférence inaugurale de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale⁵¹³. Il retient l'expressivité du sourire à travers le visage de l'autre. Ce sourire résonne en nous comme une injonction à la responsabilité. Et il nous rappelle à notre commune humanité.

La vulnérabilité s'apparente dès lors à un principe normatif afin « de nous prémunir de manière conjuratoire des vulnérabilités⁵¹⁴ ». Encore faut-il en dessiner les contours, loin d'être évidents pour le soignant que nous sommes tant la discipline paraît étrangère à certains questionnements éthiques rapportés aux situations de vie extrêmes comme la grande maladie, la fin de vie ou encore plus insidieuse, la maladie chronique..

4. Des voies d'entrée à explorer

L'approche des représentations sociales témoigne de la nécessité de trouver, non pas des issues, mais des portes d'entrée à la relation de soin. Reach illustre ainsi à travers un court extrait d'Allais dans *Les Templiers* : « - Entrons, fit Schwartzbacher, résolu – Par où ? – Ah, voilà...cherchons une issue. Schwartzbacher disait : « Cherchons une issue », mais il voulait dire : « Cherchons une entrée »⁵¹⁵.

4.1. Le rapport à la différence

L'analyse des cartes conceptuelles permet de mettre en évidence des décalages dans le contenu et l'organisation de la représentation du prendre soin. Ces dépendances ou vulnérabilités éprouvées,

⁵¹¹ Mano, M.C., Trentesaux, T., Begué-Simon, A-M., Wolikow, M., Hamel, O., Hervé, C, *op.cit.*, p.251

⁵¹² Levinas, E. (1986). L'asymétrie du visage. Interview d'Emmanuel Levinas réalisée par France Guwy pour la télévision néerlandaise. Dans Y-C Zarka, *Emmanuel Levinas, une philosophie de l'évasion* (2006). Paris : Presses Universitaires de France, Cités, 25.

⁵¹³ Kahn, A. (2007, 11 novembre). *Discours*. Notes pour une conférence d'Axel Kahn, lors de la séance inaugurale à l'occasion des XXIème Journées de l'Orthodontie. Paris, 11 Novembre 2011.

⁵¹⁴ Hirsch, E. (2006). L'éthique au cœur des soins. Paris : Vuibert, espace éthique.

⁵¹⁵ Allais, A. *Les Templiers*. Cité par Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.

parfois silencieuses et subtiles, sont d'autant plus difficiles à saisir et entrevoir dans une discipline où l'enjeu de la souffrance, de la fragilité et de la maladie ne présente pas les mêmes contours que d'autres spécialités hospitalières. Rappelons-le, **nulle guérison en orthopédie dento-faciale, mais seulement, et c'est déjà beaucoup, optimisation et rétablissement des équilibres avec toute l'ouverture sur les possibles que cela recouvre.** Ces dissonances dans les représentations soulignent bien la question du rapport à la différence. Le Breton en fait d'ailleurs un élément central du système hospitalier. « Le rapport à la différence est la question clé de l'hôpital »⁵¹⁶. La structure institutionnelle ritualise le possible effacement des singularités individuelles, par un fonctionnement en routine, qui fait de l'hôpital « un lieu fertile de malentendus ». Elle fonctionne avec ses repères propres qui ne sont pas ceux des profanes. Le Breton, dans son approche de *l'éthique des soins en situation interculturelle à l'hôpital*⁵¹⁷, questionne le sentiment d'identité. L'hôpital **modifie la manière traditionnelle de chacun d'entrer en relation avec l'autre.** Le sentiment d'identité « donne au sujet le style de sa présence au monde, il est un système ouvert de significations et de valeurs noué par l'histoire personnelle, alimentant l'histoire propre, orientant la tonalité des interactions avec les autres et le milieu, organisant sa vision du monde et ses projections dans le temps, structurant son action et lui assurant le sentiment de continuité personnelle au fil de la durée. »⁵¹⁸ L'ancrage de ce sentiment est favorisé par la confirmation des autres, c'est à dire de l'équipe soignante. Rapporté à l'analyse des cartes conceptuelles, le vécu de la structure hospitalière, emprunt d'ambivalence, diffère selon les générations interrogées et la nature du déséquilibre initial. Le public de pré-adolescents ayant participé à l'étude, arrivé au sein de la structure en seconde intention suite à des échecs relationnels avec des partenaires du secteur libéraux, voit son identité renforcée par la proximité affective avec les étudiants et l'attention manifestée. La densité des publics en présence, les va-et-vient du personnel, la qualité des relations entre les internes, les conversations ouvertes de chacun y compris des étudiants dans un espace commun contribuent à le sécuriser. Le climat relationnel entre les étudiants participe de la confiance du sujet de soin au sein de la structure. Il agit comme un médiateur de confiance dans les représentations des plus jeunes. Les participants évoquent la joie, le rire, la sympathie, l'ambiance. C'est un monde qu'il observe et au sein duquel il s'ancore. Le sentiment de soi est ici renforcé. Des approches complémentaires seraient nécessaires afin de confirmer ce qui, à ce stade de l'analyse exploratoire, relève de l'intuition. La même manifestation du souci de l'autre est exprimée par les patients atteints de désordres plus complexes comme les fentes labio-maxillo-palatines ou des oligodonties par exemple. A partir de l'adolescence, les accommodations identitaires apparaissent. Elles sont particulièrement marquées chez le sujet adulte. Les règles et les usages de la structure s'imposent au patient : les éléments de compréhension du traitement se dévoilent au gré des conversations entre l'étudiant et l'enseignant, les interlocuteurs sont parfois difficilement identifiables,

⁵¹⁶ Le Breton, D. (2010). *Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital*. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.106-119). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique

⁵¹⁷ *Ibid.*

⁵¹⁸ *Ibid.*

le défaut de coordination introduit le doute. La structure semble en partie miser sur « les capacités d'adaptation » du sujet, « sur sa patience, voire son impuissance ou sa peur de représailles plus ou moins imaginaires »⁵¹⁹. Ce dont témoigne alors ce travail sur les représentations est bien alors l'épaisseur des interactions des partenaires du soin entre eux, des professionnels au sein de l'équipe soignante (étudiants, enseignants, secrétaires, institutionnels, autres professionnels du soin), mais également de l'entourage au sein d'un environnement défini et régulé. **Le prendre soin relève alors d'une véritable écologie du développement humain**⁵²⁰. Il se pense dans l'interrelation des acteurs et de leur milieu.

4.2. Inégalités sociales et difficultés d'accès secondaires aux soins

Les cartes conceptuelles mettent alors en évidence ces différentes murailles, décrites par Reach et exposées précédemment, qui entravent l'équilibre relationnel.⁵²¹ Elles questionnent alors le potentiel de rattrapage par la structure de ce qui pourrait s'apparenter aux inégalités d'accès secondaires au soin, c'est à dire dans la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après le premier contact⁵²². Le terme d'inégalités se réfère alors à des besoins non identifiés qui altèrent la finalité du soin, ou encore des prises en charge qui ne conduisent pas aux résultats de santé escomptés. Les difficultés d'adhésion aux soins peuvent participer de ces inégalités secondaires à l'entrée dans le système de santé. Lombrail évoque alors la « socioparésie »⁵²³ du système, d'après Mann, et sa difficulté à appréhender la manière dont, par omission ou construction, il peut générer ou nourrir ces inégalités de santé. En ce sens, la mise en évidence de ces incapacités à dire, à agir ou à se raconter, qu'illustrent ces cartes conceptuelles, participe de ces inégalités. Il est intéressant de s'interroger, non pas seulement au niveau individuel, mais collectif, sur la manière dont la structure peut accompagner chacun des acteurs. Les inégalités par « omission » sont produites par le fonctionnement ritualisé du système de soins. Elles ne sont pas intentionnelles et résultent de la non-reconnaissance de besoins ou de leur non-satisfaction au moment de l'identification. Les inégalités par « construction » sont attribuées à une certaine forme d'inertie du système de santé et seraient produites par le fonctionnement en routine du système de santé⁵²⁴.

4.3. L'approche des capacités pour penser le rapport à la différence

⁵¹⁹ *Ibid.*

⁵²⁰ Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press. Cité par C. Lacombe. (2006). *Milieu physique, vie quotidienne et idéaux socioculturels. Structuration du cadre de développement des enfants dans les garderies québécoises*. (Thèse de Doctorat). Université de Laval. Disponible sur : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23299/23299.html>

⁵²¹ Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295 (2), 29-34.

⁵²² Lombrail, P. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8(3), 31-39.

⁵²³ *Ibid.*

⁵²⁴ Mano, M.C. (2009). *Pertinence de l'application du concept d'Education Thérapeutique du Patient aux abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale*. (Mémoire de Master 2). Université de Paris Descartes.

L'approche des capacités (capabilités) développée par l'économiste Sen⁵²⁵ a contribué à nourrir le débat éthique en déplaçant les frontières du prendre soin. Le concept de Sen s'articule particulièrement aux éthiques dites de la sollicitude ou du care, qui sont des éthiques de l'interdépendance des acteurs entre eux au niveau individuel comme collectif. Il déplace ainsi les frontières de la justice et en revisite les impasses. Le sujet ne se limite plus à un agent moral rationnel, autonome et indépendant relevant d'une froide répartition des biens et des possibilités de participation de chacun⁵²⁶. Il est pensé comme agent relationnel au sein d'un dialogue entre justice et solidarité⁵²⁷. Cette approche permet de discuter les liens étroits entre le souci de l'autre, l'intérêt pour le bien commun et l'égalité des droits et des libertés. Elle se distingue de l'approche contractuelle de la justice de Rawls⁵²⁸ où la vulnérabilité se réduit à une limitation pour pouvoir accéder aux biens premiers dès lors qu'elle ne contribue pas au bien-être de la société.

Sen propose une réponse centrée sur la personne afin de lui permettre de compenser une situation de vulnérabilité en l'accompagnant dans le déploiement de ses capacités ou ses ressources propres. La justice se pense en effet en termes de ressources visant à rééquilibrer des situations singulières de vulnérabilité. Elle vise ainsi à restaurer la notion d'égalité dans des situations de dépendance ou de fragilité. Il ne s'agit pas alors d'offrir la priorité aux personnes en situation de vulnérabilité mais penser « la reconnaissance d'une vulnérabilité qui n'a rien d'exceptionnel chez tout être et à laquelle chacun devrait apporter une attention active »⁵²⁹. Cette vulnérabilité éprouvée peut être subtile et concerner chacun des acteurs du soin. Une telle perspective oblige à penser en amont aux possibilités de la formation des futurs praticiens. Rousseau⁵³⁰ souligne l'importance « de l'éducation et de la sensibilisation à l'attention portée aux situations de précarité et de vulnérabilité : les individus ont souvent une conscience insuffisante de leur propre vulnérabilité humaine ». Ce propos est relayé par l'Académie Nationale de Médecine⁵³¹ qui affirme la nécessité d'un travail sur les représentations, y compris celles concernant l'identité du soignant, au sein de la formation des étudiants. En ce sens, l'approche des cartes conceptuelles via l'analyse des représentations sociales peut s'avérer un outil pédagogique à explorer dans une démarche de réflexivité. Par ailleurs, cette approche de la vulnérabilité par la re-possibilisation du sujet à travers la notion de capacités exige pour Winnicott un environnement de facilitation⁵³². L'environnement, c'est à dire le milieu, participe de cette

⁵²⁵ Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Paris : Odile Jacobs.

⁵²⁶ Rawls, J. (1971). *Théorie de la justice*. Traduction de C. Audard (1997). Paris : Le seuil, Points Essais.

⁵²⁷ Habermas, J. (1992). *De l'éthique de la discussion*. Traduction de M. Hunyadi. Paris : Le Cerf.

⁵²⁸ Rawls, J. *op.cit.*, p.225

⁵²⁹ Bétrémieux, P. *op.cit.*, p.241

⁵³⁰ Rousseau, J-J. (1762). *Emile*. Dans Œuvres complètes, tome IV. (1999). Paris : Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade. Cité par P. Bétrémieux, *op.cit.*, p.241

⁵³¹ Académie Nationale de Médecine. (2013). *L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maitresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine*. (Rapport). Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-voté-10-XII-13- 3 .pdf>

⁵³² Winnicott, D. Cité par Brugère, F. (2014). Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? *Cahiers philosophiques*, 136 (1), 58-68.

capacitation du sujet. L'intention du soignant peut être ainsi considérablement freinée si l'ensemble de la structure de soin véhicule des messages contradictoires, par exemple dans son organisation spatiale et temporelle.

4.4. Peut-on assumer sa propre vulnérabilité et celle des autres ?

Le prendre soin, dans la perspective des éthiques de la sollicitude, n'a de sens que dans l'interdépendance des acteurs entre eux et de leur milieu. Cette réciprocité des interactions amène Brugère⁵³³ à s'interroger : « Peut-on assumer à la fois sa propre vulnérabilité et celle des autres ? » Elle nous invite alors à nous questionner sur ce dont relève aujourd'hui le prendre soin. « Le prendre soin relève d'activités de soutien, d'accompagnement à la vie, pour la maintenir, la développer, la réparer ». Elle est une réponse à l'expérience de la vulnérabilité dans l'intersubjectivité des relations. Cette vulnérabilité, celle d'un *homme ralenti*⁵³⁴, se manifeste par l'impossibilité de se réaliser soi-même⁵³⁵, l'impossibilité à être et à agir, ne serait ce que ponctuellement dans le cadre d'une situation donnée et vécue comme telle. Elle introduit la notion d'écart et de rupture dans un vécu toujours singulier. Elle est avant tout expérientielle et empêche, ne fût-ce que temporairement comme au sein de l'espace relationnel, « d'instituer un monde commun à égalité avec d'autres par manque de continuité dans l'identité »⁵³⁶. Or, ce sont bien ces ruptures, infimes et subtiles, dont témoignent l'analyse des représentations sociales du prendre soin. « La vie ne commence pas avec le « soi », mais dans un réseau de dépendances qui rendent la vie possible ou impossible. L'intériorité ne se forme que dans l'extériorité »⁵³⁷. Prendre soin, exprime l'auteur, c'est alors nourrir les conditions de l'autonomie, toujours pensée dans l'interdépendance des acteurs, afin de « soutenir l'être hors de soi ». C'est également admettre lorsque la relation contient une asymétrie initiale que la capacité de réponse ne tient pas dans une réciprocité entre égaux. De ce constat, naît l'éthique du care, à la fois disposition morale et pratique de soin. A travers ce que Brugère nomme *délicatesse du care*, se dessine la reconnaissance « des différences de situation, qui ne peuvent être indexées à une normalité et à une autonomie sur le mode de l'injonction individuelle à la réalisation performante du soi »⁵³⁸.

Les éthiques du care se livrent néanmoins à un puissant débat, dès lors qu'elles posent la question de la dimension politique, morale et de l'institutionnalisation de ce care. Le care ne semble être susceptible d'une éthique que dans une perspective d'interdépendance des acteurs du soin. Elle ne se pense que dans l'optique de prendre soin des possibilités du sujet, de ses ressources et de ses capacités à se déployer. Il ne s'agit donc pas d'une forme de maternage, de paternalisme masqué, une charité narcissique, un assistantat de la personne sous couvert de sollicitude naïve. La vulnérabilité dont parle

⁵³³ Brugère, F. (2014). Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? *Cahiers philosophiques*, 136(1), 58-68.

⁵³⁴ Coezte, M. (2006). *L'homme ralenti*. Traduction de C. Lauga du Plessis. Paris : éditions du Seuil.

⁵³⁵ Honneth, A. (2006). *La société du mépris*. Paris : La découverte. Cité par F. Brugère, *op.cit.*, p.256

⁵³⁶ Brugère, F, *op.cit.*, p.256

⁵³⁷ *Ibid.*

⁵³⁸ *Ibid.*

le care n'est pas unidimensionnelle, mais respectueuse « des différentes allures de vies et des moments très différents que des vies peuvent traverser. »⁵³⁹ Il n'est alors pas tant une question de veiller au bien-être que d'amener l'autre à être libre et autonome en tant que personne. En ce sens, elle n'entre pas en conflit avec les théories libérales. Elle permet de repenser la question de la citoyenneté et notamment de la citoyenneté sanitaire. Elle renouvelle l'approche théorique traditionnelle de la justice en termes de dépendance en la situant dans une réalité concrète de l'interdépendance des acteurs du soin⁵⁴⁰.

4.5. Les limites de l'institutionnalisation des modèles relationnels

La bientraitance est un concept promu aujourd'hui par l'Haute Autorité de Santé. Elle vise à offrir aux professionnels de santé une aide opérationnelle afin de la promouvoir au sein des établissements. Néanmoins, le concept se heurte à de fortes tensions : comment passer de la qualité d'une relation interpersonnelle à une planification⁵⁴¹ ? Il en va de même pour des concepts comme l'éducation thérapeutique du patient qui constitue également une porte d'entrée en tant que modèle de médiation entre les acteurs du soin. L'éducation thérapeutique introduit, à l'image des capacités, la notion de compétences à construire en synergie avec le patient afin de créer sa propre norme de santé et se mouvoir dans la thérapeutique. Chacun de ces concepts (le care s'apparentant non pas à un concept mais à une éthique) s'il vise à développer des ressources positives chez le sujet de soin et l'ensemble de l'équipe soignante, « nécessite cependant une critique pour mieux défendre ce qu'il recouvre et baliser les dangers de toute idéologie qui pourrait lui être associée⁵⁴² ». Ces concepts portent interrogation dans leur acception même : peut-on opposer bientraitance et maltraitance dans une illusion de symétrie ? Que penser de l'éducation thérapeutique dès lors qu'elle devient nouvelle prescription normative ? Peut-on véritablement évoquer un changement de paradigme dans la manière d'entrer en relation ? Des termes comme bientraitance ou éducation s'inscrivent ainsi dans une filiation imaginaire, nourrie des représentations sur plusieurs générations de professionnels, où s'organisent les soins⁵⁴³. Elles constituent une entrée dans le domaine des « loyautés invisibles ».

⁵³⁹ *Ibid.*

⁵⁴⁰ Bitz, J. (2009). L'éthique Du Care. *Éthique & Santé*, 6(1), 25-31.

⁵⁴¹ Garrigue-Abgrall, M. (2005). Critique de l'usage du concept de Bientraitance. *Éthique & Santé*, 2(3), 133-37.

⁵⁴² *Ibid.*

⁵⁴³ *Ibid.*

5. L'expérience de la relation de soin comme espace de liberté éprouvée

5.1. Singularité de la culture

L'approche des cartes conceptuelles invite, par l'ouverture au dialogue entre les deux partenaires du soin, à percevoir la manière dont chacun intériorise sa culture et les valeurs qui sont siennes. Elle permet de comprendre que la culture « ne s'impose pas comme une structure massive à des acteurs conditionnés⁵⁴⁴ ». Chacun au sein de la relation la rejoue selon son propre style. Nos cognitions, nos émotions, notre monde affectif agissent comme un filtre spécifique, singulier à chacun. Il est important d'entrevoir comment est vécue chaque expérience de soin et de déceler la signification qui l'accompagne. En cela, les cartes conceptuelles pensées comme prétexte à la rencontre à différents temps de traitement par exemple, selon la sagacité de chaque soignant, ou dans une dimension collective au sein d'un service dans une visée pédagogique, constituent un véritable outil de réflexivité. Il invite à resituer le sujet et évite ainsi l'écueil des stéréotypes venant occulter la singularité. Les cartes conceptuelles sont alors un prétexte au décentrage, et à travers lui, à la création d'un espace d'ouverture, d'attention et d'accueil au sein de la relation. Avant tout discours sur l'autre et l'altérité, tout recours à des concepts, théories ou alibis éthiques, l'approche vise à inscrire chacun dans la réalité concrète de la rencontre. L'outil associatif établit des passerelles pour que chacun puisse véritablement créer les conditions d'un langage de la présence, aux autres et à soi. Car, au delà du prendre soin de l'autre, c'est aussi apprendre à travers l'autre à dégager en soi les ressources nécessaires pour rendre possible une posture de l'accueil et de la disponibilité d'un point de vue éthique. Cette idée est soulignée dans l'analyse catégorielle de ce premier temps exploratoire, à travers les ressources du patient et celles du soignant. Prendre soin de l'autre, c'est d'abord et aussi prendre soin de soi. En ce sens, la carte conceptuelle, en renforçant cet espace de dialogue, invite à ajuster ce qui dans chaque situation singulière du soin est la juste distance. « La rencontre n'est pas de nature effusive, elle ne relève pas du sentiment, fût-il du bon sentiment : elle est le fruit d'une dimension intrinsèque de la relation de soin, celle qui permet non pas d'abolir la distance de l'altérité mais de la dépasser »⁵⁴⁵. Pour Lévinas, ce qui est visé est « une relation qui n'est pas disparition de la distance, qui n'est pas rapprochement », mais qui repose au contraire « sur un rapport dont la positivité vient de l'éloignement, la séparation »⁵⁴⁶ : l'altérité permet alors de donner sens à l'identité et à la singularité.

⁵⁴⁴ Le Breton, D, *op.cit.*, p.253

⁵⁴⁵ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B. (2009). *Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique. Itinéraires philosophiques à l'hôpital*. Paris: Seli Arslan, Philosophie et Soins.

⁵⁴⁶ Ricoeur, P. (1996). Les Trois niveaux du jugement médical. *Revue Esprit*, 227(12), 21-33.

5.2. Souci de l'autre, souci de soi

Le souci de soi est, pour Foucault⁵⁴⁷, le souci de sa propre existence. A la *techné* du médecin répond une *techné* d'une autre nature « qui va permettre à l'individu de s'occuper de lui-même ; c'est à dire de s'occuper de son âme en tant que sujet »⁵⁴⁸. Se soigner et prendre soin ne relèvent plus uniquement de l'activité médicale mais du souci de soi. Ainsi « pour soigner l'autre dans le respect de ce qu'il est, être attentif à ses besoins, à sa souffrance, il est essentiel que le soignant, quel qu'il soit, soit également saisi dans le respect de sa personne et de ses compétences ». ⁵⁴⁹ L'analyse de Le Breton pointe comment nombre de négligences renvoient à des dynamiques de groupe soignant conflictuelles « où l'on s'écoute peu, où chacun travaille dans son coin, sans réelle mise en commun ». Cet espace de réflexion au sein des services est donc à créer, à innover, à inventer, à renouveler dans un questionnement continu sur le sens et la finalité des pratiques de soin. Il est alors possible d'imaginer des temps de réflexion par petits groupes, sous forme d'ateliers, où la carte conceptuelle jouerait un rôle d'inducteur dans l'approche des représentations. Cette dernière nous ancre dans une réalité concrète du soin, dans le réel de la rencontre à l'autre. Elle représente une porte d'entrée, parmi d'autres possibles. Aux enseignants ensuite, dans une perspective théorique, d'enrichir la discussion à travers un corpus éthique et la création des conditions d'un véritable débat. Il ne s'agit en rien, rappelons-le, d'une approche moralisante mais au contraire d'une curiosité jamais satisfaite.

5.3. Décentrage et espace de liberté

L'approche anthropologique présente un intérêt certain en participant à une dynamique de décentrage. L'ethnocentrisme, « la tendance à considérer que les valeurs qui sont les siennes et donc les pratiques qui en découlent ont une portée universelle », par exemple, menace toute pratique de soin ou toute tentative d'institutionnaliser un modèle relationnel. Au niveau de la rencontre des acteurs du soin, l'homme moderne, suggère Lévi-Strauss⁵⁵⁰, est ainsi « pris entre la double tentation de condamner des expériences qui le heurtent affectivement, et de nier des différences qu'il ne comprend pas intellectuellement ». On comprend alors la nécessité de se pencher sur les filtres de nos croyances et représentations pour favoriser les conditions d'une véritable synergie soignant-soigné. Il ne s'agit alors pas d'établir « de vains compromis entre ces pôles contradictoires, et rendre compte de la diversité des cultures tout en cherchant à supprimer ce qu'elle conserve pour lui de scandaleux ou de choquant ». Cela s'apparenterait à un « faux évolutionnisme » : une tentative pour supprimer la diversité des cultures tout en feignant de la reconnaître pleinement »⁵⁵¹.

⁵⁴⁷ Reach, G. (2010). Soigner et se soigner. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p.40-49). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

⁵⁴⁸ Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France, 1981-1982*. Paris : Le seuil.

⁵⁴⁹ Le Breton, D, *op.cit.*, p.253

⁵⁵⁰ Lévi-Strauss, C. (2003). *Anthropologie structurale deux*. Réédition de 1973. Paris : Agora, Pocket.

⁵⁵¹ *Ibid.*

A travers cette tentative de décentrage, s'ouvre également les possibilités d'une réflexion sur la construction de la norme, non pas une norme de santé extrinsèque auquel le patient serait soumis et qu'il ne parviendrait pas à s'approprier, mais la co-construction d'une norme de santé désormais consciente et personnelle, valable dans un temps et une situation donnée.⁵⁵²

Sonder les représentations se révèle déterminant dès lors qu'il s'agit de reconnaître l'importance des savoirs dits profanes du patient. Le risque est grand de considérer que le patient se situe dans une forme d'ignorance. Le soignant remplit alors « le vase vide »⁵⁵³ d'un patient qui a priori ne possède aucun savoir sur sa santé. C'est alors méconnaître la complexité de ce savoir profane, nourri de cultures, de savoirs expérientiels, de croyances et du milieu au sein duquel il évolue. La relation de soin s'articule bien entre deux savoirs, celui profane et néanmoins expert du patient lui-même, celui médical et scientifique du soignant⁵⁵⁴.

L'approche des représentations ouvre l'espace d'affirmation de publics qualifiés de captifs comme par exemple les enfants ou les adolescents. A propos de ces populations, un spécialiste en pédagogie alerte : « ils n'ont pas le pouvoir, la possibilité de ne pas se soumettre à nos messages ou de ne pas nous écouter ou nous contredire ». L'enjeu éthique selon lui se situerait dans cette tension entre la responsabilisation à travers l'adhésion et le suivi, et la construction d'une autonomie en devenir en offrant la possibilité de « réfléchir, débattre, de discuter, de refuser ». Elle ouvre alors la voie à ces approches dites délibératives : « l'idée de préparer à la délibération apparaît mieux fondée que celle d'enseigner la vertu »⁵⁵⁵.

L'approche des cartes conceptuelles est intéressante dans ce sens où elle crée un espace commun au sein d'une expérience partagée. Dès lors elle ouvre le champ des possibles à travers le regard porté aux représentations de chacun des acteurs. « Ce qui humanise la relation, ce n'est pas la conformité des phases avec un standard préalablement défini, pour les mêmes raisons qu'agir de façon éthique n'est pas se conformer à un systèmes de règles de bonne conduite, mais faire un usage éclairé de sa liberté. »⁵⁵⁶ Cet espace de liberté que chacun peut ajuster est précieux. Il protège de la tentation de se mouvoir dans des modèles relationnels formalisés. L'altérité peut alors être dépassée dans cette expérience partagée qu'est la relation de soin.

Prendre soin révèle ainsi la dialectique entre le même et l'autre. Elle est toujours au cœur du monde soignant. Se trouve alors posée la question du lien et de celle l'affrontement entre altérité et identité au sein de la structure d'orthopédie dento-faciale. Dans la sémantique antique grecque, l'Autre est à la fois une répétition quantitative du même, un *allos* et une autre nature, un *omoios*. Ces différentes

⁵⁵² Mano, M-C., Bégué-Simon, A-M., Hamel, O., Sorel, O., Hervé, C. (2010). Education thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent : réflexions éthiques en odontologie. *L'Orthodontie française*. 81(4), 315-21.

⁵⁵³ Deschamps, J.P., *op.cit.*, p.251

⁵⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵⁵ Deschamps, J.P., *op.cit.*, p.251

⁵⁵⁶ Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B., *op.cit.*, p.258

acceptions illustrent la complexité de la rencontre avec cet Autre. On comprend alors toute la difficulté de penser la relation de soin, l'expérience de la personne et la qualité de l'échange. « En portant le regard sur moi, autrui me nie autant qu'il me révèle » citent Lombard, Masquelet et Vandewalle. Mais cet Autrui est aussi ce sans quoi il n'y a plus de soin⁵⁵⁷.

La relation de soin, parce qu'elle met en mouvement des personnes, est une situation de perpétuelle exception⁵⁵⁸. Il relève à la fois du geste et de la rencontre, qu'il serait vain d'opposer. C'est peut-être ce dont témoigne cette analyse exploratoire.

⁵⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁵⁸ *Ibid.*

Conclusion

Convoquer l'approche des représentations sociales afin d'étudier la reconfiguration contemporaine de la relation soignant-soigné constitue le parti-pris innovant de ce travail de recherche. Le protocole relève initialement de l'intuition. Il s'agit d'explorer la relation de soin à travers des méthodes empruntées à plusieurs champs des sciences sociales : la pédagogie de la santé, dont s'inspire la carte conceptuelle, conjugée aux techniques associatives libres empruntées au courant structural de la psychologie sociale. Cette méthodologie principalement expérimentale est centrée sur l'étude des éléments structuraux de la représentation sociale du prendre soin. L'école Aixoise, à travers notamment les travaux de Vergès, offre un cadre théorique pertinent et met en évidence les éléments partagés ou au contraire spécifiques du corps social. Ils permettent de comprendre l'émergence d'éventuels conflits de valeurs au sein de l'équilibre relationnel et soulignent les obstacles relationnels éprouvés. Cette approche est particulièrement intéressante lorsqu'il s'agit de sonder le positionnement d'une discipline telle que l'Orthopédie Dento-Faciale hospitalière dans un champ sanitaire en profonde mutation.

L'évaluation multidisciplinaire des besoins des acteurs du soin, souvent silencieux, à travers le vécu éprouvé de la relation à l'autre, nécessite un cadre rigoureux à inventer et à innover. Cette exploration allie la pratique de terrain au domaine des sciences sociales. Elle cherche à arpenter les confins de la relation à l'autre, des émotions, des croyances et ressentis au delà du dit. L'approche part du sujet et de lui seul, inséré dans l'écosystème régulé du service d'Orthopédie Dento-Faciale du CHU de Rennes. Elle permet d'accéder aux différentes valeurs reconnues et partagées par les groupes sociaux soignants et soignés. La manière dont se définit le discours des soignants dans ses représentations, les attentes des soignés sur le sens et la finalité de la relation à l'autre, ouvrent le débat et permettent de préciser le paradigme médical poursuivi par notre champ disciplinaire. Cette démarche autorise à préciser les nouveaux espaces de négociation qui s'établissent au sein du colloque singulier soignant-soigné et en sonde les limites. La réflexion en éthique médicale s'ancre dans la pratique, le vécu, l'éprouvé.

D'un point de vue méthodologique, la carte conceptuelle se révèle un outil de recueil de données pertinent, explorant l'ensemble des différentes dimensions de la connaissance. Au cœur de notre travail de recherche, **s'est ainsi dessinée une cartographie de l'environnement cognitif, affectif, émotionnel et perceptif du sujet, plaçant ainsi la notion de *personne* dans ses différentes composantes, sa complexité et ses contradictions, au centre de la démarche.**

Ces cartes conceptuelles nous permettent de cerner avec plus d'acuité l'exigence de sens du patient et ses possibilités d'entrer en relation. La construction de l'identité professionnelle du soignant par l'ensemble du corps social et de manière plus spécifique par chacune des populations interrogées,

soignants et soignés, est également mise en valeur. Les limites auxquelles celles-ci se heurtent, les tentatives d'adaptation, d'orientation et de justification mises en œuvre, se dessinent.

Du point de vue du **cadre théorique** propre au champ des représentations sociales, la démarche souligne **les différents rapports des sujets interrogés à l'objet *prendre soin*, la fonction identitaire de la représentation, la manière dont elle agit comme filtre interprétatif des comportements interindividuels ou encore son ancrage dans le système de pensée des individus.**

Concernant **le rapport des sujets à l'objet**, ce travail exploratoire illustre particulièrement bien combien l'insertion dans un groupe contribue à modeler la représentation du prendre soin. Elle est fonction de modalités d'expériences plurielles et inhérentes à chacune des populations étudiées. La représentation des soignants se distancie fortement de celle des patients. Elle témoigne de l'insertion des soignants dans un univers professionnel spécialisé et donc nécessairement plus affranchi du *sens commun*. La *techné* occupe une place centrale associée à une autorité et une confiance négociées par le jeu de compétences interpersonnelles de type essentiellement informatives et explicatives. Les soignés traitent de l'objet prendre soin sur un mode essentiellement émotionnel et affectif dont l'expression est parfois ambivalente mais non moins réelle, à travers un corps spatialisé et inscrit dans une temporalité de l'attente. L'environnement structurel et organisationnel du lieu de soin participe de cette construction. Il facilite, entrave ou inhibe, selon un facteur étonnamment générationnel, l'expression du lien soignant-soigné.

Il serait intéressant d'explorer par la suite, dans cette perspective du rapport du sujet à l'objet, l'influence du contexte d'exercice (de ville ou hospitalier par exemple) des modes d'organisation à travers les différents possibles dans la hiérarchie des soins (place de l'assistante dentaire), des modalités de l'approche soignante et des styles de pratiques professionnelles sur le contenu et la structure de la représentation. La mise en opposition et en tension de ces éléments permet de souligner les enjeux propres à la discipline dans son ensemble et de cerner les réponses les plus adaptées à une prise en charge de qualité.

Cette recherche a par ailleurs permis de mettre en évidence le **rôle des asymétries positionnelles** dans l'élaboration et la dynamique de la représentation sociale du prendre soin. Si le cadre de référence reste commun, l'espace social de la relation de soin s'organise à partir des positions spécifiques de chacun des acteurs. Elles se définissent à travers leurs articulations comme leurs oppositions. Le cadre est constitué par l'ensemble des éléments susceptibles de nourrir et de modeler la représentation, à savoir la structure du centre de soins dentaires mais également le contexte général (sociétal, historique, législatif, médiatique...). En fonction des positions occupées - soignant ou soigné - et des stratégies mises en œuvre pour exister au sein de l'équilibre relationnel de manière symbolique ou effective, les

éléments valorisés dans la représentation diffèrent. **La manière dont s'élabore la représentation du prendre soin participe de la recherche d'une identité sociale positive pour chacun des protagonistes de la relation.** Les enjeux identitaires sont ainsi nettement soulignés. La figure du soignant est particulièrement investie par chacun des deux groupes. Elle véhicule l'idée d'un idéal soignant qui revêt tous les possibles, aux prises avec les tensions entre l'*épiméleia* et la *thérapie*, entre le soigner et le prendre soin. La relation de soin revêt alors les contours d'une relation d'attente, d'écoute et d'*accueil* du sujet de soin. Elle souligne l'importance de la responsabilité et de l'engagement du mandat social confié au soignant. Se pose alors au sein de l'espace relationnel la question de la juste distance ou plutôt de la juste proximité dans l'accueil de l'affectivité et des émotions. La ligne de crête entre sollicitude active et déploration compassionnelle est étroite. Elle n'en est pas néanmoins infranchissable et suppose une pédagogie aiguisée, dynamique et continue sur les enjeux identitaires et culturels, notamment pour les praticiens en devenir.

Côté patient, en écho à la posture du soignant, se dessinent les contours d'une passivité éprouvée. Le soigné se positionne véritablement comme *patient*, celui à qui les événements arrivent, et non comme *agent*, celui par qui les événements arrivent. La recherche met ainsi en évidence la fragilité du concept de démocratie sanitaire, de participation active du sujet de soin et de leurs champs d'applications sur le terrain. Elle précise les contours de la configuration relationnelle du soin dans le service d'Orthopédie Dento-Faciale à savoir un paternalisme modéré au sein d'une architecture libérale. Si les approches injonctives et autoritaristes appartiennent aujourd'hui à des modes de fonctionnement sociaux désormais dépassés, le curseur entre la norme du point de vue du souci médical et celle du point de vue du patient en tant que *personne* capable de choix, de définition d'objectifs et de moyens, demeure ancré du côté du soignant. **La configuration relationnelle repose sur deux principaux modèles : le type partenariat-partenariat et le type direction-coopération.** Dans la première configuration, d'apparence contemporaine, il ne s'agit toutefois pas de la recherche d'un modèle strictement égalitaire, délibératif et participatif au sein de la relation comme la notion de partenaire pourrait le laisser penser. **Elle s'apparente à un modèle hybride entre une forme atténuée de paternalisme et une libéralisation relative de la relation soignant-soigné.** Se dégage ainsi l'idée d'une mutualité dans l'équilibre des partenaires mais qui réside dans une organisation naturellement perçue comme hiérarchique. Jaunait⁵⁵⁹, sur la base des échecs théoriques et pratiques des éthiques médicales à rompre radicalement avec le paternalisme médical, explore la question de la justification d'un jeu coopératif dans lequel les coopérants n'occupent pas des places égales. Dans la lignée de Baier⁵⁶⁰, il propose de penser la légitimité morale de certains rapports de confiance dans des relations par nature asymétriques. La question se pose alors des conditions et de la nature de cette confiance au sein du pacte de soin.

⁵⁵⁹ Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11, 59-79.

⁵⁶⁰ Baier, A. (1986). Trust and Anti-trust. *Ethics*, 96, 201-230.

En réponse à cette nature par essence asymétrique de la relation thérapeutique et à la dialectique entre un paternalisme infantilisant et une indifférence délétère, l'éthique de l'action repose sur cette ouverture au dialogue, à l'écoute et à la confiance. La qualité du dialogue qui se tisse entre les protagonistes du soin n'a pas pour unique finalité l'adhésion à la thérapeutique, « elle est un lieu parmi d'autres où se joue notre accès à l'humanité pleine et entière ⁵⁶¹ ». La relation de confiance passe alors nécessairement par l'acceptation de la vulnérabilité de chacun des acteurs. Plus que de vulnérabilité, il conviendrait de parler des vulnérabilités, variables dans un contexte, une situation, un temps et un espace donné. Bernard ⁵⁶² suggère ainsi qu'il existe autant de vulnérabilités que de relations sociales et nous pourrions ajouter, de relations soignant-soigné. « Chacun est faible ou fort dans une situation donnée, par rapport à quelqu'un d'autre. Par conséquent, l'autre c'est à la fois un homme en tant qu'un être humain et un individu particulier : autrui, c'est en même temps un homme et une personne ⁵⁶³ ». Dans une société sécularisée, la signification de la vulnérabilité a elle-même évolué. L'homme vulnérable, l'homme fragile semble avoir succédé à l'homme faillible ⁵⁶⁴. Si la vulnérabilité qui se manifeste en Orthopédie Dento-Faciale ne concerne ni la grande maladie, ni la pathologie, l'étude met particulièrement en évidence l'existence de vulnérabilités plurielles, plus discrètes, qui se révèlent dans l'exercice singulier de la pratique. Il s'agit de ruptures dans le sentiment d'être soi du sujet, des ruptures d'équilibre, qui entravent à un temps donné de l'exercice les capacités développées par Ricoeur à travers les figures de l'homme capable: dire, faire, se raconter ou encore la capacité d'imputation ⁵⁶⁵. La vulnérabilité est alors envisagée comme une incapacité, une fragilité de l'existence dans une situation donnée et tributaire de l'opinion d'autrui. Ces formes de vulnérabilités se retrouvent dans l'approche des cartes conceptuelles : l'inégalité dans la capacité langagière et dans les possibilités d'énonciation du sujet, la dépendance aux conditions spatio-temporelles, l'épreuve du temps hospitalier, les conflits de loyauté qui se révèlent chez certains publics dits captifs notamment les jeunes patients....*La vulnérabilité n'a donc rien d'exceptionnel* ⁵⁶⁶.

Le contenu et la structure de la représentation sociale du prendre soin apportent des pistes de réflexion à ces figures souvent difficilement palpables de la vulnérabilité éprouvée. La recherche permet de

⁵⁶¹ Hervé, C. (2014). Au-delà ou en deçà de la question religieuse, la médecine face à la vulnérabilité. Dans C. Hervé, S.Tzitzis (Dir.), *Altérité et vulnérabilités*, (p.65-75). Bordeaux : Les études hospitalières, Actes et séminaires.

⁵⁶² Bernard, G. (2014). Personne vulnérable et relation d'altérité : entre obligation juridique et devoir moral. Dans C.Hervé, S.Tzitzis (Dir.), *Altérité et vulnérabilités*, (p.65-75). Bordeaux : Les études hospitalières, Actes et séminaires.

⁵⁶³ *Ibid.*

⁵⁶⁴ Pierron, J.P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43-66.

⁵⁶⁵ Dosse, F. (2007). La capabilité à l'épreuve des sciences humaines. Dans C.Delacroix, F.Dosse, P.Garcia (dir.), *Paul Ricoeur et les sciences humaines*, (p.13-35). Paris : La découverte, Poche/Sciences humaines et sociales.

⁵⁶⁶ Paperman, P. (2005). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnels. Dans P.Paperman et S. Laugier, *Le souci des autres. Ethique et politique du care*. Paris : Editions de l'EHESS, coll. Raisons pratiques.

mettre en évidence la présence de deux éléments matriciels de la représentation : l'accueil et l'écoute. Ces termes organisent à eux-seuls l'ensemble de la représentation du prendre soin : ils regroupent un ensemble de concepts indissociables avec qui ils entretiennent des liens de connexités fortes. La teneur de ces liens varient en fonction des groupes interrogés, soignants et soignés. Se dessine alors une posture de l'*accueil* du sujet qui apparaît comme l'élément signifiant de la représentation du prendre soin. « Accueillir ainsi, c'est protéger, soulager, apaiser et, du même coup, assurer l'équivalence entre les hôtes (...). L'accueil n'est pas commandé par une logique de commerce, mais de **reconnaissance et d'équivalence**⁵⁶⁷ » livre Hervé⁵⁶⁸. Plus loin, il cite Marion⁵⁶⁹ : « La démarche d'accueil est à la fois une démarche de réception et de transfiguration ». La notion d'*accueil* dans la représentation sociale du prendre soin revêt des contours pluriels. Elle inclut la posture des acteurs du soin comme l'environnement structurel, spatial, temporel et organisationnel du lieu de soin. **L'environnement est alors pensé comme un écosystème au sein duquel évoluent des acteurs spatialisés. La démarche d'accueil n'est alors plus seulement l'apanage du singulier, mais du collectif et de l'institutionnel. En cela, le prendre soin répond à une dynamique à la fois éthique, politique et technique à travers l'art de prendre soin.** La question du prendre soin est alors particulièrement révélatrice de la façon dont la société tient compte de l'homme vulnérable à travers la reconnaissance mutuelle et dynamique des acteurs du soin. L'exigence de cette responsabilité est d'autant plus forte que « chacun est une combinaison de puissance et de faiblesse, chaque étape de la vie est faite d'une prédominance soit d'autonomie, soit d'asthénie⁵⁷⁰ ».

A travers la notion d'*accueil*, s'ouvre finalement le débat sur la reconnaissance du sujet et la perception d'une forme d'invisibilité parfois évoquée par les protagonistes du soin au cours de la recherche. C'est de cette invisibilité dont témoigne également Sicard lorsqu'il évoque la nécessaire re-subjectivation du sujet de soin par lui-même, pris au piège de la propre objectivation qu'il s'impose à lui-même⁵⁷¹. « De moins en moins ensemble, mais de plus en plus à côté » alerte Le Breton⁵⁷². Pour Honneth⁵⁷³, **l'Autre s'apparente à un obstacle ou un complice, et moins dans la reconnaissance confiante de sa présence au monde.** La reconnaissance, suggère Le Breton, est « un sentiment de reciprocité tranquille éprouvé dans le rapport au monde et aux autres, le sentiment d'être porté (*holding*) et d'être contenu (*containing*) dans les mouvements de son existence ». Cette définition de la

⁵⁶⁷ Hervé, C., *op.cit.*, p.266

⁵⁶⁸ Hervé, C., *op.cit.*, p.266

⁵⁶⁹ Marion, J.L. (2013). *Dieu sans être*. Paris : Presses universitaires de France, Quadrige. Cité par C. Hervé, *op.cit.*, p.266

⁵⁷⁰ Bernard, G., *op.cit.*, p.266

⁵⁷¹ Sicard, D. (2006). *L'alibi éthique*. Paris: Plon.

⁵⁷² Le Breton, D. (2007). L'épreuve comme reconnaissance : ordalie et jeunes générations. Dans A.Caillé (Dir.), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, (p.44-47). Paris : La découverte, TAP/Bibliothèque du MAUSS.

⁵⁷³ Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Editions du Cerf.

reconnaissance se révèle particulièrement intéressante dans une discipline dont le public est essentiellement constitué d'adolescents, par essence en devenir et en mouvance. La reconnaissance, et son corollaire la confiance, participent du sentiment de sécurité ontologique de l'adolescent qui se traduit par le sentiment que son autonomie en devenir ne se heurte pas à des individus ou des institutions qui lui seraient hostiles. Reconnaissance et confiance cheminent ainsi dans un même mouvement. Jamais tout à fait aveugle, la confiance autorise une relâche de l'attention. Pour Winnicott⁵⁷⁴, l'espace de confiance constitue au sein de l'équilibre relationnel « une aire intermédiaire d'expérience », « espace d'engagement à la fois créatif et propice de soi dans le monde ». Il participe « de la conviction d'appartenir à un monde où les autres ont leur mot à dire, mais dans la réciprocité avec soi. La confiance de base n'est pas la transparence naïve, mais l'alliance active avec un monde dont l'ambivalence est reconnue⁵⁷⁵ ». La reconnaissance ne s'étaie alors plus nécessairement sur un rôle ou un statut.

Si la reconnaissance est un concept central, qui reconnaît-on ? Suffit-elle à restituer le sujet et à le hisser en partenaire actif du soin ? De quelle identité parlons nous lorsqu'il s'agit de reconnaissance ? La notion de reconnaissance est aujourd'hui partout et regroupe un ensemble d'expériences a priori de nature totalement différentes. Le panel des possibles est infini, les échelles innombrables. Elle s'envisage sous des formes plurielles. « Reconnaître, c'est non seulement connaître quelqu'un qui cesse alors d'être inconnu, mais aussi retrouver en lui ce qui est déjà connu »⁵⁷⁶. Nous retrouvons ainsi l'ensemble du jeu social nourri de représentations, de croyances et d'identités collectives qui peuvent rentrer en conflit avec cette notion. Il s'agirait alors de reconnaître l'autre dans son altérité radicale sur le mode de la révélation et de la stupéfaction comme nous y invite Levinas à travers « l'épiphanie du visage de l'autre⁵⁷⁷ ». « Reconnaître quelqu'un, c'est donc inscrire sa singularité dans un ordre global, où il prend sens. (...). Le singulier ne peut être *reconnu* que ressaisi dans l'universel, c'est à dire reconstruit comme un particulier, une partie indissociable d'un tout. Or, le particulier n'est plus le singulier. Il est le singulier identifié, normalisé (...). Dans cette logique, la singularité reste absolument incompréhensible, irréductible au connu ». ⁵⁷⁸ Nous devinons ainsi à travers ces différentes approches toute la difficulté de penser la reconnaissance au sein de la relation de soin.

Au final, le concept de reconnaissance réinterroge les rapports de justice entre les individus : pour Honneth⁵⁷⁹, l'essentiel des conflits politiques et sociaux reposent à l'ère contemporaine non plus sur une aspiration à une répartition plus égale des richesses, dans le cadre d'une justice distributive, mais dans le langage du droit à une égale reconnaissance, approbation, confirmation ou attestation du corps social. Pour autant, **nombre de sociologues s'interrogent sur les possibilités réelles dans la**

⁵⁷⁴ Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

⁵⁷⁵ Le Breton, D., *op.cit.*, p.267

⁵⁷⁶ Trigano, S. (2007). Qui reconnaît-on? Dans A.Caillé (Dir.), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, (p.223-235). Paris : La découverte, TAP/Bibliothèque du MAUSS.

⁵⁷⁷ Lévinas, E. (1990). *Totalité et infini*. Réédition de 1961. Paris: Le livre de poche.

⁵⁷⁸ Trigano, S., *op.cit.*, p.268

⁵⁷⁹ Honneth, A., *op.cit.*, p.267

pratique d'articuler les différentes sphères de la reconnaissance selon un principe de justice : reconnaissance de la singularité du sujet, de son universalité et de sa particularité. Elles obéissent en effet à des logiques souvent opposées et ne peuvent véritablement répondre en synergie à un *éthos* démocratique⁵⁸⁰. Sont ainsi questionnées les conditions morales et effectives, ancrées dans les pratiques de soin, des possibilités de reconnaissance du sujet.

L'analyse structurale nous a permis d'affirmer l'effet des représentations comme **filtre interprétatif des comportements interindividuels**. Le comportement du sujet ne semble pas uniquement dicté par le comportement effectif du partenaire, mais par la représentation qu'il a construit de ce dernier. La représentation initiale, perçue ou symbolique que le sujet se fait de l'autre se révèle particulièrement résistante à la réalité effective. **Cette construction de la représentation de l'autre, nourrit de croyances, de cultures, d'histoires personnelles, c'est à dire du contexte sociétal et personnel dans une dimension écologique de l'individu, agit comme filtre interprétatif des comportements.** Nous retrouvons cet aspect chez les soignants comme les soignés sous des contours différents. La charge symbolique et idéalisée de la figure du soignant peut être une entrave pour percevoir la teneur effective des liens d'interdépendance entre soignés et soignants. De la même manière, la lecture immédiate et quasi définitive du sujet de soin à travers son look et ses hobbies ne permet pas de rencontrer l'autre dans son altérité radicale. Au contraire, à travers le look, je cherche à retrouver en lui ce qui m'est déjà connu. Je l'insère alors dans un ordre établi et normé qui m'est connu. En rien cela ne me permet de m'ouvrir à l'autre dans cette alterité immédiate, comme par surprise et qui débusque celui qui reconnaît de son égocentrage⁵⁸¹. **La reconnaissance dans ces deux situations ici procède à travers le filtre interprétatif de la représentation du jugement de valeur : elle demeure normative et normalisatrice. La signification du comportement est induite par la représentation initiale. L'empreinte de cette dernière s'inscrit dans le temps et influence durablement le comportement effectif des partenaires dans la pratique.**⁵⁸²

Cette notion de filtre interprétatif pose la question du statut du reconnu, qu'il s'agisse du soignant ou du soigné. Il est en réalité **identifié** en fonction du profil que celui qui le reconnaît lui confère. Ce profil ne correspond peut-être pas nécessairement à celui que le reconnu se reconnaît à lui-même. Ceci est particulièrement significatif chez certains publics captifs, où demeure la difficulté à *se dire*, comme les enfants ou les adolescents où la méprise peut se révéler décisive dans le rapport à l'autre. Le sujet « doit aussi pouvoir se reconnaître dans ce qui est reconnu en lui. **Dans la reconnaissance, il y a une**

⁵⁸⁰ Caillé, A. (2007). Introduction. Dans A. Caillé, *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, (p.5-14). Paris : La découverte, TAP/Bibliothèque du MAUSS.

⁵⁸¹ Trigano, S., *op.cit.*, p.268

⁵⁸² Abric, J.C. (1989). *L'étude expérimentale des représentations sociales*. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p.187-203). Paris : Presses Universitaires de France.

assignation du reconnu à une adresse, un lieu, une identité en vertu de laquelle il est supposé devoir être identique à lui-même ou plutôt à celui qui est reconnu en lui »⁵⁸³.

A la question de savoir si des pratiques émergentes, comme l'éducation thérapeutique qui suggère de nouvelles formes d'équilibres relationnels, sont susceptibles de bouleverser le paradigme médical, l'approche des représentations sociales offre un espace de réflexion original. **Un changement de paradigme soignant suppose une transformation opérante de la représentation sociale de la relation à l'autre de la part de chacun des acteurs.** Cette transformation est d'autant plus complexe que les représentations sont non seulement individuelles mais collectives. Cette reconnaissance de chacun des sujets, fondatrice de l'alliance thérapeutique, répond en effet à des enjeux identitaires individuels et collectifs. **La reconnaissance concerne certes une identité mais elle ne peut s'affranchir de son rapport avec la collectivité :** représentations professionnelles des soignants, mythes, narrations, croyances, symboles de la société. Tant bien même l'éducation thérapeutique pour les uns, ou *posture éducative* pour les autres répond à une nécessité de faire évoluer la relation de soin, elle n'est éthiquement possible qu'au prix d'un travail sur les représentations des acteurs du soin et notamment des soignants. In fine, la démarche éducative, au delà de programmes éducatifs stricto sensu qui répondent parfois à des méthodes d'évaluation inopérantes, partielles et souvent partiales⁵⁸⁴, repose sur la conception d'un soignant ouvert, capable d'abandonner ses certitudes et qui participe à la création des conditions d'une *conversation thérapeutique*, mettant ainsi terme au « monde silencieux du médecin et du patient »⁵⁸⁵. La notion d'éducation répond à une manière d'entrer en relation et d'ouvrir le champ des possibles en revisitant le statut des acteurs du soin dans une approche très contemporaine et contextualisée de la relation à l'autre. Elle ne se réduit en ce sens pas à la prescription de moyens thérapeutiques y compris pédagogiques mais réside dans l'établissement d'une véritable *conversation*⁵⁸⁶ catalyseur des changements via la transmission de savoirs et de compétences mettant en jeu l'intelligibilité du patient, c'est à dire sa capacité à développer ses possibles pour rétablir son propre équilibre de santé.

Nous la nommons **éducation, même si le terme est sujet à controverse à travers des acceptions et des écoles plurielles, parfois antagonistes, ambivalentes et contradictoires.** Au delà de la notion d'éducation, il s'agit donc de la possibilité de déployer nombre de compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles de la part du soignant. Ces dernières sont relayées au travers d'un corpus à la fois théorique, pratique ou législatif⁵⁸⁷.

⁵⁸³ *Ibid.*

⁵⁸⁴ Académie Nationale de Médecine. (2013). *L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine.* (Rapport). Disponible sur : http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-voté-10-XII-13-3_.pdf

⁵⁸⁵ Katz, J. (2002). *The silent world of doctor and patient.* Baltimore : Johns Hopkins University Press.

⁵⁸⁶ Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.

⁵⁸⁷ Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

Nombre de tentatives d'éducation, mais plus encore de reconnaissance du sujet dans ses possibles et ses capacités entières et pas nécessairement éprouvées, se révèlent de fait difficilement opérantes. Elles exigent une réflexion en amont sur l'influence des représentations dans la construction de nos identités collectives et professionnelles. Cette manière d'identifier l'influence de notre propre subjectivité, éminemment contextualisée, même si elle ne suffit pas à elle seule à modifier les comportements s'inscrit dans une démarche qualifiée de réflexive, selon le concept de Schön⁵⁸⁸. Le soignant est invité à développer sa capacité à réfléchir sur sa propre pratique, ses modes de justification, ses mécanismes de défense, ses limites et à s'interroger sur son identité individuelle et collective de soignant inséré dans un contexte sociétal, culturel et politique donné. La démarche réflexive a également ses limites et la prise de conscience n'induit pas nécessairement un changement effectif de pratique sociale et professionnelle⁵⁸⁹.

Représentations et pratiques professionnelles nourrissent un dialogue constant. La pratique professionnelle évolue ou s'ancre sous l'influence des représentations, de la même manière dont la pratique sociale peut à son tour modifier la représentation, c'est à dire le contenu et la structure du noyau central de la représentation ainsi contraint de s'adapter. C'est à la condition de ce mouvement réciproque, que peut seulement être évoqué l'idée d'un changement de paradigme dans l'équilibre relationnel. Du point de vue des représentations sociales, **un changement de paradigme, tel que celui que cherche à induire l'éducation thérapeutique en tant que pratique sociale, équivaut à une transformation du système central représentationnel.**

L'approche des relations sociales se révèle en effet particulièrement féconde dans l'appréhension des processus qui interviennent dans l'adaptation des acteurs sociaux face aux changements de leur environnement. En Orthopédie Dento-Faciale, les bouleversements sociétaux, politiques, législatifs et théoriques contemporains à travers la reconfiguration du modèle soignant-soigné, nous l'avons vu, n'ont que partiellement modifié l'équilibre relationnel du soin. L'émergence de pratiques nouvelles pour la discipline telle que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ne peuvent transformer véritablement la représentation du prendre soin, c'est à dire **constituer un changement de paradigme dans la relation de soin, que sous certaines conditions. Ces dernières, caractéristiques de l'approche des représentations sociales, relèvent de l'implication, de la perception contradictoire ou non contradictoire de la pratique éducative avec le système représentationnel central, ou encore de la réversibilité perçue de la situation.** Par exemple, si la pratique éducative se glisse dans la représentation préexistante qu'ont les soignants et les soignés du prendre soin, c'est à dire ici un paternalisme modéré, l'ETP ne remet pas en cause le système central de la représentation qui n'est pas tenue de s'adapter. La pratique éducative, lorsqu'elle prend des contours par exemple prescriptif d'un point de vue pédagogique sans s'inscrire dans une dimension véritablement éthique de

⁵⁸⁸ Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Editions Logiques.

⁵⁸⁹ Cros, F. (2007). La réflexivité comme support à l'innovation dans un nouveau contexte culturel de formation. Dans F.Cros (dir.), *Perspectives en éducation et formation*, (p.185-144). Bruxelles : De Boeck Supérieur.

la rencontre à l'autre (mais s'agit-il alors véritablement encore d'éducation ?) ne constitue en rien un changement de paradigme. Ceci est d'autant plus vrai que la pratique éducative est perçue comme réversible. Ressentie par le corps soignant comme pratique irréversible et incontournable du soin, comme le suggère le législateur, s'opère une transformation très relative de la représentation, sans éclatement du noyau central c'est à dire du modèle relationnel opérant, dans une continuité additive. Si la pratique éducative est perçue comme contradictoire avec les valeurs culturelles du corps professionnel et réversible, les manières d'entrer en relation via l'ETP ne transformeront la représentation que de manière très superficielle, uniquement dans ses contours, c'est à dire le système périphérique. Dans le cas d'une pratique sociale perçue comme contradictoire et irréversible, le groupe établit des mécanismes de défense, désignés sous le terme « canevas étranges » visant à intégrer la pratique sans modifier le système central de la représentation. Cette dernière finit par s'adapter afin d'assurer la cohérence de l'ensemble.

Les procédures de consentement, issues de la loi dite de démocratie sanitaire, illustrent parfaitement cette difficile transformation du noyau central d'une représentation. Nombre de professionnels ont ressenti comme une menace procédurière l'affirmation du consentement éclairé via la régulation par le droit c'est à dire un événement étranger à la pratique et désormais irréversible. La pratique du consentement pour certains était perçue comme une défiance et contradictoire avec l'identité professionnelle du soignant.

Nous comprenons alors à travers cette courte illustration par l'approche des représentations sociales **qu'une pratique émergente, fût-elle nécessaire et parfois imposée, ne suffit pas à constituer un changement immédiat de paradigme dans l'exercice soignant.** Celui-ci est le fruit d'une lente et complexe évolution qui intègre le corps sociétal dans son ensemble à travers un véritable écosystème d'interactions. La pratique éducative, pour constituer un changement de paradigme, doit s'insérer dans un système représentationnel déjà profondément ancré tout en mobilisant des éléments cognitifs « mises en sommeil » non activés et/ou totalement nouveaux. La fusion de ces différents éléments dans un ensemble cohérent constitue le nouveau noyau central de la représentation. En d'autres termes, **la pratique éducative ne peut participer à la reconfiguration de la relation de soin dans la représentation qu'en ont les acteurs qu'au prix d'une véritable transformation du noyau central, c'est à dire du contenu et de la structure de la représentation.** Cette transformation n'est possible qu'aux conditions définies précédemment. Elle n'est envisageable que si l'ensemble des conditions qui entourent et influencent les acteurs dans leurs rapports habituels au prendre soin est modifié.

Dès lors, nous comprenons tout l'enjeu de la **formation pédagogique** des futurs soignants dans la construction des identités professionnelles et la capacité à appréhender les systèmes de valeurs qui se tissent à travers les équilibres relationnels. La carte conceptuelle nous apparaît un outil pédagogique innovant en vue de sensibiliser les professionnels à ces logiques identitaires et ces enjeux de

reconnaissance de l'autre dans son altérité radicale. Elle participe, en conjuguant pratique et théorie, de l'approche des problématiques éthiques dans un contexte clinique toujours différent. Du point de vue pratique, la carte conceptuelle peut être aisément réalisée à différents temps de l'exercice clinique : lors de la consultation initiale, elle est prétexte à l'instauration d'un *dialogue*, d'une *conversation* et d'un climat de confiance ; lors du traitement actif, elle permet de déceler des besoins non identifiés et souvent silencieux et de s'ajuster ; en fin de traitement, elle offre la possibilité d'une relecture et d'une nouvelle narration de la thérapeutique. Surtout, elle contribue, parmi d'autres outils à innover et inventer, à renouveler les conditions de l'alliance thérapeutique au sein de la relation. Elle fixe un cadre structurée au mouvement vers l'autre, qui évite de se laisser submerger et emporter par une approche excessivement affective et émotionnelle de l'espace relationnel, tout en faisant émerger les croyances, les émotions, les perceptions avec toujours la possibilité de se « rattraper » en revenant sur la structure même de la carte. Elle autorise ainsi un va-et-vient entre décentrement de soi et recentrage. Insérée dans un projet pédagogique, elle permet d'appréhender la constitution du lien social, les équilibres relationnels et la vulnérabilité inhérente à chacun des protagonistes. En petits groupes sous forme d'ateliers, à travers la supervision d'un praticien amenant les éléments théoriques nécessaires, voire de professionnels issus de différents champs disciplinaires dont les sciences humaines, et pourquoi pas de patients, elle offre la possibilité d'une ouverture au débat. Elle est prétexte à l'explicitation des problèmes éthiques posés par la pratique.

Au sortir de cette expérience, nous avons initié dans la pratique ce temps d'échange supporté par la carte conceptuelle et prétexte à l'instauration d'un dialogue avec nos patients à différents temps de la consultation. Nos certitudes concernant la représentation que nous avons de l'autre ont volé en éclat et le lien d'alliance n'en a été que renforcé. Notre pratique évolue de manière subtile. Cet exercice nous rapproche de cet Autre dans son altérité radicale et favorise la co-construction de l'espace relationnel du soin. **Cette approche des représentations sociales invite in fine à approcher la notion de *personne*** dans une perspective pratique. Surtout, elle invite à réfléchir à cette question soulevée par Hervé, Thomasma et Weisstub, dans leur préface de *Visions éthiques de la personne*⁵⁹⁰ : « **Quel lien social veut-il (l'homme) engendrer dans ses pratiques sociales ?** » et donc dans ses pratiques de santé.

Ces cartes conceptuelles, empruntées à la pédagogie de la santé, ne sont qu'un outil parmi tant d'autres qui se tissent aujourd'hui. L'éthique narrative⁵⁹¹, la médecine centrée sur les valeurs⁵⁹², la médecine

⁵⁹⁰ Hervé, C., Thomasma, D., Weisstub, D. *Visions éthiques de la personne*. Paris : L'Harmattan, L'éthique en mouvement.

⁵⁹¹ Haidet, P., Paterniti, D.A. (2003). Building a history rather than taking one : a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch intern Med*, 163(10), 1134-40.

⁵⁹² Petrova, M., Dale, J., Fulford, B. (2006). Values-based practice in primary care : easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*, 56(530), 703-709.

centrée sur la personne⁵⁹³ par exemple semblent répondre aux exigences de sens du patient tout en refusant toute grille d'interprétation *a priori*. Elles offrent au sujet la possibilité de construire du sens à travers la « mise en intrigue » de lui-même au sein du récit⁵⁹⁴. Se construit aujourd'hui un espace de formation nourri d'expériences variées et réfléchies, et non exclusivement théorique dès lors qu'il s'agit de l'approche de la médecine par les sciences humaines dont c'est un des principaux écueils.

Ces différents outils d'apprentissage, contextualisés, participent à l'émergence du jugement clinique. Pour Steichen, les étudiants seraient peu « poussés à conceptualiser ce qui fait la singularité d'une situation clinique, ce qui la rend unique dans ses caractéristiques et son contexte. Or cette démarche est cruciale pour former une expérience clinique raisonnée, pertinente et mobilisable »⁵⁹⁵.

Dans cette perspective pédagogique, deux modes de raisonnement s'articulent. Le premier dit *computationnel* envisage le soignant comme processeur d'information en recourant essentiellement au raisonnement par règles : il tente de résoudre un problème à partir des informations recueillies et active ensuite ses connaissances dans un espace de résolution approprié. Dans le second modèle, dit *herméneutique*, le soignant qualifié d'interprète ou de passeur, « s'inscrit dans la construction de sens de la situation clinique, à côté ou au delà de sa problématisation biomédicale »⁵⁹⁶. L'acuité du jugement clinique exige alors de l'étudiant « d'être conscient de l'impact du contexte sur la décision médicale⁵⁹⁷ » (l'environnement spatio-temporel par exemple, les ressources du patient dans une situation donnée...c'est à dire *in fine* l'ensemble des éléments mis en valeur par les cartes conceptuelles). « En tant qu'éléments du contexte eux-mêmes, ils doivent être conscients de leurs propres biais et limites », « comprendre la nature probabiliste des règles, qu'il est parfois raisonnable de ne pas appliquer, disposer des connaissances théoriques et compétences théoriques et des compétences utiles à une décision raisonnablement individualisée, (...) connaître le raisonnement par analogie, mais aussi ses dangers »⁵⁹⁸.

La recherche menée à travers l'objet prendre soin témoigne de la richesse du débat et de la pluralité des enjeux théoriques, éthiques et politiques autour de concepts centraux tels que l'accueil, la confiance, l'identité, la reconnaissance ou encore la justice. Elles illustrent la complexité du débat sans cesse renouvelé autour de la reconfiguration contemporaine de la relation de soin. **Les cartes conceptuelles, à travers l'approche des représentations à la fois individuelles et collectives, sont autant de témoignages et d'illustrations de la notion de *personne*. Elles mettent en mouvement la**

⁵⁹³ Mezzich, J.E. (2011). The Geneva Conferences and the emergence of international Network for Person-Centered Medicine. *J Eval Clin Pract*, 17(2), 333-336.

⁵⁹⁴ Le Coz, P. (2015). The patient's thirst for meaning. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(2), 230-238.

⁵⁹⁵ Steichen, O. (2014). Former à la décision médicale. *Laennec*, 62(4), 51-61.

⁵⁹⁶ *Ibid.*

⁵⁹⁷ Schwartz, A., Weiner, S.J., Harris, IB., Binns-Calvey, A. (2010). An educational intervention for contextualizing patient care and medical student's abilities to probe contextual issues in simulated patients. *JAMA*, 304(11) :1191-7.

⁵⁹⁸ Steichen, O., *op.cit.*, p.274

dialectique du même et de l'autre, de l'identité et de la reconnaissance du sujet au sein de l'espace relationnel.

Bibliographie

Articles de revues

Andrieu, B. (2007). Prendre le soin de toucher. *Éthique & Santé*, 4(4), 180–83.

Arora, N.K., McHorney, C.A. (2000). Patient preferences for medical decision making : who really wants to participate ? *Med care*, 38(3), 335-341.

Aucher, A., Perreau, T. (2008). Evaluation des traitements d'Orthopédie Dento-Faciale terminés, selon six critères d'occlusion choisis. *Pratiques et Organisation des soins*, 39(2), 103-112.

Azogui Levy, S., Azerad, J., Bourdillon, F., Ittah Desmeules, H., Roseheim, M., Souames, M. Etat dentaire, recours aux soins et précarité. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(3), 203-211.

Baier, A. (1986). Trust and Anti-trust. *Ethics*, 96, 201-230.

Baird, J.F., Kiyak, H.A. (2003). The uniformed orthodontic patient and parent : treatment outcomes. *American Journal of Orthodontic and Dento-Facial Orthopédic*, 124(2), 212-215.

Baumeister, R.F., Vohs, K.D., DeWall, C.N., *et al.* (2007). How emotion shapes behavior : Feedback, anticipation and reflexion, rather than direct causation. *Personality and social psychology review*, 11, 167-203. Cité par G, Reach, L'éducation thérapeutique du patient, (2012). *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.

Bitz, J. (2009). L'éthique Du Care. *Éthique & Santé*, 6(1), 25-31.

Boissonat-Pelsy, H., Tiebot, H. (2012). Promouvoir la santé bucco dentaire. Estime de soi et santé bucco-dentaire. *La santé de l'homme*, 417, 29-31.

Bourdeaut, F. (2006). Les Émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Éthique & Santé*, 3(3), 133-37.

Boutry, L. Matheron, I. et Bidat, E. (2001). Quand les prescriptions ne sont pas suivies...Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 41, 470-476.

Brugère, F. (2014). Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? *Cahiers philosophiques*, 136(1), 58-68.

Cassileth, B.K., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K., March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med*, 92(6), 832-836.

Cathébras, P. (1997). Qu'est ce qu'une maladie ? *La revue de médecine interne*, 18(10), 809-813.

Clavet, L., Moisy, M., Fourcade, N. (2013). Santé bucco-dentaire des enfant : des inégalités dès le plus jeune âge. *Etudes et résultats (Drees)*.

Disponible sur :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>

De Broca, A. (2007). Du principe « autonomie » au principe « conomie ». *Ethique & Sante*, 4(2), 69-73.

De Rosa, A. (1995). Le « réseau d'associations » comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales: structure, contenus et polarité du champ sémantique. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 28, 97-123.

Degner, L.F., Sloan, J.A, Venkatesh, P. (1997). The control preferences scale. *Can J Nurs Res*, 27(11), 1139-1145.

Deschamps, J.P., Bixi, O., Douiller, A., Bouchet, C., Bertolotto, F., Barthelemy, L., Vergnes, A., Lecorps, P., Fainzaing, S., Perrotin, C., Demarteau, M., Oberle, D., Aries, P. (2000). L'éducation pour la santé est-elle éthique ? *La santé de l'homme*, 351, 2-51.

Drahi, E. (2009). Et si l'éducation thérapeutique n'était pas à sa place ? *Médecine*, 5(2), 52–54.

Draperi, C. (2008). Le corps décrit, le corps vécu, le corps transformé : regards sur le corps. *Éthique & Santé*, 5(2), 80-83.

Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(3), 133-135.

Disponible sur :

http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.html

Dworkin, G. (1972). Paternalism. *The Monist*, 56, 65-75. Traduit par A. Jaunait, Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11, 59-79.

Emmanuel, E.J., Emmanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama*, 267(16), 2221-26.

Ernst, S., Elliot, T., Patel, A. (2007). Consent to orthodontic treatment: is it working? *Br Dent*, 202(10), 616-627.

Feinberg, J. (1977). Legal paternalism. *Canadian Journal of philosophy*, 1, 106-124.

Flahault, F. (2004). Identité et reconnaissance dans les contes. *Revue du MAUSS*, 23(1), 31-56.

Fortin, B. (2011). Éditorial. *Le Coq-héron*, 206(3), 7-10.

Fournier, C. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Santé Publique*, 19(5), 413-425.

Frankfurt, H. (1971). Freedom of the Will and the Concept of a person. *Journal of philosophy*, 68(1), 5-20.

Garnier, C. (2003). La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal International sur les représentations sociales*, 1(1), 1-9.

Garnier, C., Quesnel, M., Rouquette, M.L. Les canevas de raisonnement dans la dynamique de la relation médecin-patient à propos du corps. *Papers on social representation*, 6(2), 133-140

Garrigue-Abgrall, M. (2005). Critique de l'usage du concept de Bienveillance. *Éthique & Santé*, 2(3), 133-37.

Glenton, C., Nilsen, ES., Carlsen, B. (2002). Lay perceptions of evidence-based information. A qualitative evaluation of a website for back pain sufferers. *BMC health ser res*, 5, 319-29.

- Gremaux, V., Coudeyre, E. (2010). The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 53(10), 669-692.
- Haidet, P., Paterniti, D.A. (2003). Building a history rather than taking one : a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch intern Med*, 163(10), 1134-40.
- Halpern, C. (2013). Axel Honneth - La société de reconnaissance. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 30(3), 33-35.
- Héritier Barras, A.C., Chambouleyron, M., Marchand, C., d'Ivernois, J.F., Assal, J.P., Slama, G., Hivon, R. (2010). An analysis, using concept mapping, of diabetic patients knowledge, before and after patient education. *Educ Ther Patient*, 2(1), 39-50.
- Hubault, V. (2009). Prendre soin : éthique, technique ou politique ? *Les Cahiers Dynamiques* , 44(2), 16-19.
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11, 59-79.
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès des professionnels de Santé et Non Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, 82(2), 73-115.
- Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L, Thom, D., Azari, R. (2001). When physicians and patients think alike : patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract*, 50(12), 1057-1062.
- Lazzeri, C. (2004). La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept. *Revue du MAUSS*, 23(1), 88-115.
- Le Coz, P. (2015). The patient's thirst for meaning. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(2), 230-238.
- Lebel, E., Lavallée, M., Maaouia, A., Atsena, M.T., Chamberlain, J., Camara, P., Girard, M.E. (2006). Systèmes représentationnels et pratiques liées à la télévision. *Journal International sur les représentations sociales*, 31(1), 24-43.
- Lehmann, J.P. (2005). Ce que « prendre soin » peut signifier. *Le coq Héron*, 180, 50-54.
- Leonard, C. (2012). La responsabilisation capacitante: un nouveau paradigme pour refonder l'Etat-providence? Application au secteur des soins de santé. *Ethics and Economics*, 9(2), 45-65. Disponible sur: <http://ethique-economique.net>.
- Levinas, E. (1986). L'asymétrie du visage. Interview d'Emmanuel Levinas réalisée par France Guwy pour la télévision néerlandaise. Dans Y-C Zarka (dir.), *Emmanuel Levinas, une philosophie de l'évasion* (2006). Paris : Presses Universitaires de France, Cités, 25.
- Lombard, J. (2006). Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin. *Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines*, 3, (1-11).
Disponible sur : <http://leportique.revues.org/876>
- Lombrail, P. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, 8(3), 31-39.

- Mano M.C. (2010). L'éducation thérapeutique comme autre perspective soignante. *Medecine*, 6(4), 180-184.
- Mano, M.C., Bégué-Simon, A.M., Hamel, O., Sorel, O., Hervé, C. (2010). Education thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent : réflexions éthiques en odontologie. *L'Orthodontie française*, 81(4), 315-21.
- Mano, M.C., Trentesaux, T., Begué-Simon, A.M., Wolikow, M., Hamel, O., Hervé, C. (2015). Éducation Thérapeutique Du Patient En Odontologie. *Éthique & Santé*, 12(2), 77-84.
- Marchand, C., d'Ivernois, J.F., Assal, J.P., Slama, G., Hivon, R. (2002). An analysis, using concept mapping, of diabetic patients' knowledge, before and after patient education. *Med Teach*, 24, 90-99.
- Mezzich, J.E. (2011). The Geneva Conferences and the emergence of international Network for Person-Centered Medicine. *J Eval Clin Pract*, 17(2), 333-336.
- Milburn, P. (2002). La compétence relationnelle : maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle. *Avocats et médiateurs. Revue Française de Sociologie*. 43(1), 47-72.
- Pascal, J., Laboux, O., Paillereau, J., Giumelli, B., Lombrail, P. (2005). Vulnérabilité sociale des consultants d'odontologie d'un hôpital public. *Santé publique*, 3(17), 357-369.
- Pedinielli, J.L. (1999). Les « Théories » personnelles des patients. *Pratiques psychologiques*, 4, 53-62.
- Peebles, J.E. et Moore, R. (1996). Illness Schemata in Patients with Chronic Pain : prediction of Rehabilitation. *Abstracts of the International Congress of Psychology*, 389.
- Petrova, M., Dale, J., Fulford, B. (2006). Values-based practice in primary care : easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*, 56(530), 703-709.
- Piasser, A. (2000). La différence statutaire en actes : le cas des représentations professionnels d'enseignants et d'inspecteurs à l'école élémentaires. *Les dossiers de l'éducation*, 4, 57-70.
- Pierret, J. (2008). Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes*, 14(2), 47-59.
- Pierron, J.P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25(2), 43-66.
- Pinosa, C., Marchand, C., Tubiana-Rufi, N., Gagnayre, R., Albano, M.G., d'Ivernois, J.F. The use of concept mapping to enlighten the knowledge networks of diabetic children : a pilot study. *Diabetes Metab*, 30, 527-534.
- Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, 57(2), 19-30.
- Randin, J.M. (2006). Qu'est ce que l'écoute ? Des exigences d'une si puissante « petite chose ». *APC Pratique et recherche*, 7, 71-78.
- Ricot, J. (2014). Éthique de la décision médicale. *Laennec*, 62(4), 40-50.
- Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.
- Resweber, J. P. (2000). Jean Lombard, Platon et la médecine. Le corps affaibli et l'âme attristée, Paris, L'Harmattan, 1999, 199 pages. *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 5. Disponible sur : <https://leportique.revues.org/418>

- Ricoeur, P. (1996). Les Trois niveaux du jugement médical. *Revue Esprit*, 227(12), 21-33.
- Rosen, P., Anelle, A., Hjortsberg, C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*, 55(2), 121-128.
- Sandrin-Berthon, B. (2008). Patient et soignant : qui éduque l'autre ? *Contact Sante*, 225, 43-45.
- Schwartz, A., Weiner, S.J., Harris, IB., Binns-Calvey, A. (2010). An educational intervention for contextualizing patient care and medical student's abilities to probe contextual issues in simulated patients. *Jama*, 304(11), 1191-7.
- Steichen, O. (2014). Former à la décision médicale. *Laennec*, 62(4), 51-61.
- Svandra, P. (2007). L'autonomie comme expression des « capacités ». *Éthique & Santé*, 4, 74-77.
- Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine : the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med*, 97, 585-92.
- Thom, D.H., Campell, B. (1997). Patient-physician trust : an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44, 169-176.
- Tremblay, P., Garnier, C. (2005). Représentations de la douleur chronique : commentaire à partir des notions des systèmes de représentations et de représentations professionnelles. *Journal International sur les représentations sociales*, 2(1), 97-99.
- Witt, E., Bartsch, A. (2006). Effects of information-giving and communication during orthodontic consultation and treatment. Part 3 : Optimized orthodontist-patient communication. *J OrofacOrthop*, 57, 154-67.
- Verspieren, P. (2005). Malade et médecin, partenaires. *Etudes*, 402(1), 27-38.
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. *Etudes*, 413(12), 631-641.

Chapitres de livres

- Abensour, A. (2010). L'éthique en médecine: une nouvelle compassion face à l'indifférence moderne. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 1* (p. 70-83). Toulouse : Eres, Poche-Espace Ethique.
- Abric, J.C. (1989). *L'étude expérimentale des représentations sociales*. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p.187-203). Paris : Presses Universitaires de France.
- Alvin, A. (2007). Corps et intimité dans la relation de soin avec l'adolescent. Dans E. Hirsch, *Ethique, Médecine et Société*. Paris: Vuibert, Espace Ethique.
- Anderson, R., Funelle, M., Carlson, A., Saleh-Statin, N., Cradock, S., Skinner, T.C. (2000). Facilitating self-care through empowerment, a new paradigm. Dans F.K. Snoek, T.C. Skinner (dirs.), *Psychology in diabetes care*, (p. 71-72). Wiley : Chichester. Cité par G.Reach, (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34
- Barrier, P. (2010). Un aperçu de la question éthique dans la relation de soin. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 179-188). Toulouse : Eres, Poche-Espace Ethique.

- Bernard, G. Personne vulnérable et relation d'altérité : entre obligation juridique et devoir moral. Dans C.Hervé, S.Tzitzis (dirs.), *Altérité et vulnérabilités*, (p. 65-75). Bordeaux : Les études hospitalières, Actes et séminaires.
- Bétrémieux P. (2010). Les figures de la vulnérabilité. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 441-453). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.
- Blanc, A. (2003). Les pièges de la déficience dans La pitié dangereuse de Stefan Zweig. Dans Blanc, A et Stiker, H.J (dirs.), *Le handicap en images*, (p. 89-104). Toulouse : ERES, *Connaissances de la diversité*.
- Begué-Simon, A.M. (2010). Anthropologie, médecine et éthique. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 62-73). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.
- Bissler, L. (2012). Ecoute et disponibilité : quelles clefs ? Dans Bioy (dir.), *L'aide mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p. 149-153). Paris : Dunod.
- Bourdin, D. (1999). Sensation, perception, sensibilité. Dans D.Bourdin, G.Guislain, P.Jacopin (dirs), *La sensibilité*. Paris : Bréal.
- Bourguignon, O. (2010). L'intime, le corps et la relation de soin. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 84-96). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.
- Caillé, A. (2007). Introduction. Dans A.Caillé, *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total* (p. 5-14). Paris : La découverte, TAP/Bibliothèque du MAUSS.
- Colette, J. (2006). L'évasion non rêvée ou la responsabilité. Dans Y.C. Zarka, *Emmanuel Levinas, une philosophie de l'évasion*. Paris : Presses Universitaires de France, Cités, 25.
- Cordier, A. (2010). La vocation médicale de l'homme: in-quiétude éthique et professions de santé. En lisant Emmanuel Levinas. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 14-36). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.
- Cros, F. (2007). La réflexivité comme support à l'innovation dans un nouveau contexte culturel de formation. Dans F.Cros (dir.), *Perspectives en éducation et formation* (p. 185-144). Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- De Rosa, A. (2003). Le « réseau d'associations ». Une technique pour détecter la structure, les contenus, les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie du champ sémantique liés aux représentations sociales. Dans J.C.Abric (dir.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (p. 81-117). Toulouse : ERES, hors collection.
- De Rosa, A. (1987). Différents niveaux d'analyse du concept de représentation sociale en relation aux méthodes utilisées. Dans G.Bellelli (dir.), *La représentation sociale de la maladie mentale* (p. 47-63). Napoli : Liguori.
- Debru, A. (2010). La source hippocratique: continuité et création éthique. Dans E. Hirsch, *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 59-69).Toulouse : Eres, Poche-Espace Ethique.
- Doise, W. (1990). Les représentations sociales. Dans R. Ghiglione, C. Bonnet, J.F Richard (dirs.), *Traité de psychologie cognitive, vol. 3*. Paris : Dunod.
- Dosse, F. (2007). La capacité à l'épreuve des sciences humaines. Dans C.Delacroix, F.Dosse, P.Garcia (dirs.), *Paul Ricoeur et les sciences humaines* (p. 13-35). Paris : La découverte, Poche/Sciences humaines et sociales.
- Flament, C. (1984). From the bias of structural balance to the representation of the group. Dans R. Farr, S. Moscovici (dirs.), *Social representations*. Cambridge : Cambridge University Press.

- Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière. Dans J.C. Abric (dir.), *Pratiques et représentations sociales* (p. 83-107). Paris : Presses Universitaires de France.
- Hervé, C. (2014). Au-delà ou en deçà de la question religieuse, la médecine face à la vulnérabilité. Dans C.Hervé, S.Tzitzis (dirs.), *Altérité et vulnérabilités* (p. 65-75). Bordeaux : Les études hospitalières, Actes et séminaires.
- Kaplan, R.M. (2009). Le processus de décision médicale partagée. Dans R.M. Kaplan, *Maladie, diagnostic et dollars. Faire face à un marché des soins médicaux en permanente expansion*. New York : Springer. Traduit par A.M. Begué-Simon, *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPED-UE105 (2003)*. Université de rennes 1, U.F.R. de Médecine.
- Le Breton, D. (2010). Ethique des soins en situation interculturelle à l'hôpital. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 106-119). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.
- Le Breton, D. (2007). L'épreuve comme reconnaissance : ordalie et jeunes générations. Dans A.Caillé (dir.), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total* (p. 44-47). Paris : La découverte, TAP/Bibliothèque du MAUSS.
- Marcel G. (1953). Qu'attendez-vous du médecin? Dans J.Rolin (dir.), *Études réunies et présentées par Jean Rolin*. Paris: Plon.
- Marmilloud, L. (2010). Prendre soin: plus qu'un metier, une symbolique pour la société. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 168-177). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.
- Moliner, P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In C. Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales* (p. 199-232). Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Moras, L. (2002). La souffrance dans la relation soignant-soigné. Dans G.N. Fischer (dir.), *Traité de psychologie de la santé* (p. 405-425). Paris: Dunod.
- Mortensen, M.G., Kiyak, H.A., Omnell, L. (2003). Patient and parent understanding of informed consent in orthodontics. *Am J Ortod Dentofacial Orthop*, 124(5), 541-50.
- Oum, R., Liederman, D. (2007). Emotion is cognition : an information-processing view of the mind. Dans K.Vohs, R.Baumeister, F.Loewenstein, G.Do. *Do emotions help or hurt decision making* (p. 117-132). New York : Russel sage Foundation. Cité par G.Reach, (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.
- Paperman, P. (2005). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnels. Dans P.Paperman et S.Laugier, *Le souci des autres. Ethique et politique du care*. Paris : Editions de l'EHESS, coll. Raisons pratiques.
- Paquot, T. (2000). De l'accueil. Dans T.Paquot, C.Younès, *Ethique, architecture, urbain* (p. 69-83). Paris : La Découverte, Armillaire.
- Rateau, P. (2007). Les représentations sociales. Dans J.P, Pétard (dir.), *Psychologie sociale* (p. 163-218). Paris : Editions Bréal.
- Reach, G. (2010). Soigner et se soigner. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 40-49). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.
- Tappolet, C. (2003). Emotions and the intelligibility of akratic actions. Dans S.Stroud, C.Tappolet, *Weakness of will and practical irrationality* (p. 97-120). Oxford : Clarendon Press. Cité par G.Reach, (2012). L'éducation thérapeutique du patient. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29-34.

- Trigano, S. (2007). Qui reconnaît-on? Dans A.Caillé (dir.), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total* (p. 223-235). Paris : La découverte, TAP/Bibliothèque du MAUSS.
- Vergès, P. (1994). Approche du noyau central : propriétés quantitatives et structurales. Dans C.Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales* (p. 233-235). Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Weber, J.C. (2009). Evolutions de la relation médecin-malade. Dans M.J. Thiel, *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales* (p. 23-38). Presses Universitaires de Strasbourg.
- Wieringa P. (2010). Accueillir en stage les étudiants en soins infirmiers : un aspect d'actualité en lien avec l'art éthique du soin. Dans E. Hirsch (dir.), *Traité de bioéthique Tome 2* (p. 441-453). Toulouse : Eres, Poche-Espace éthique.

Mémoires et thèses

- Abric, J.C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. Thèse de Doctorat, Université de Provence.
- De Vaugelade du Breuillac, J. (2011). *Représentation sociale du médecin généraliste dans les Deux-Sèvres*. Thèse d'exercice, Université de Poitiers.
- Duchaussoy Ross, M. (1986). *La représentation sociale du psychiatre*. Thèse d'exercice, Université de Paris 7.
- Dumont, E. (2012). *Les modifications corporelles entre esthétique, mémoire du corps et représentation sociale*. Mémoire de Master 1, Université de Nice.
- Fraïssé, C. (1999). *La représentation sociale de la médecine naturelle : étude des liens entre structure de représentation et pratiques sociales*. Thèse de doctorat, Université d'Aix Marseille II.
- Lacombe, C. (2006). *Milieu physique, vie quotidienne et idéaux socioculturels. Structuration du cadre de développement des enfants dans les garderies québécoises*. Thèse de Doctorat, Université de Laval.
- Mano, M.C. (2009). *Pertinence de l'application du concept d'Education Thérapeutique du Patient aux abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale*. Mémoire de Master 2, Université de Paris Descartes.
- Prioux, D. (2009). *La relation thérapeutique en orthophonie : évolution d'une représentation sociale entre la première et la quatrième année du C.C.O*. Mémoire de fin d'études d'Orthophonie, Université Claude Bernard, Lyon 1.
- Remoue, F. (2006). *Enquête sur les abandons de traitement en Orthopédie Dento-Faciale en Bretagne*. (Thèse d'exercice). Université de Rennes 1.
- Repassé, A. (2011). *Représentation sociale de la corticothérapie de courte durée dans la population générale*. Thèse d'exercice, Université Joseph Fourier, Grenoble.
- Reynier, J. (1998). *La représentation sociale de la fonction d'infirmière : une étude de sa mise en place et de son évolution*. Thèse de doctorat, Université Montpellier 3.
- Zerillo, S. (1998). *Analyse structurale d'une représentation sociale : L'hygiène*. Thèse de doctorat, Université Montpellier 3.

Dictionnaires, encyclopédies

Centre National de Ressources textuelles et Lexicales. (2005-). Nancy : CNRS, Laboratoire Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française (ATILF / CNRS - Nancy Université).
Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr>.

Recommandations, rapports, guides méthodologiques

Académie Nationale de Médecine. (2013). *L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maitresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine*.

Disponible sur :

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-voté-10-XII-13-3.pdf>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des pratiques en Santé. (2002). *Recommandations pour la pratique clinique : Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent*.

Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/orthodontie_recos.pdf

Caisse Nationale d'Assurance Maladie du Régime Général et de la Mutualité Sociale Agricole. (2002). *Abandons de traitement en Orthopédie Dento-faciale, les appréhender, les éviter*. (Rapport du programme national inter-régime 2001).

Disponible sur :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Abandon_de_traitement_en_Orthopedie_dento_faciale.pdf

Cambier, A. (2004). Introduction. Dans, M.Dard (Chef de projet), *Architecture, Hopital, Art Contemporain*. Actes du colloque organisé au CHRU de Lille par M.Aubry, le Ministère de la santé et de la protection sociale, le Ministère de la culture et de la communication et la Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et universitaires, le 25 et 26 novembre 2004.

Disponible sur : <http://www.reseau-chu.org/article/hopital-architecture-art-contemporain-actes-du-colloque/>

Collectif Interassociatif Sur la Santé. (2015). *De l'observance à l'adhésion, par la décision partagée : Quatre groupes de recommandations de la conférence citoyenne des 1er et 2 juin 2015 à Paris*.

Disponible sur :

<http://www.leciss.org/sites/default/files/Recommandations-OBSERVANCE.pdf>

Collectif Interassociatif sur la santé. (2012). *10 ans après les lois des 2 janvier et 4 mars 2002, où en est la représentation des usagers au sein des établissements de santé et médico-sociaux, à travers les exemples des CRUQPC et CVS ?* Actes du congrès du 3 juillet 2012.

Disponible sur :

http://www.leciss.org/sites/default/files/Actes_Journee_CISS_7%20mars%202012-web.pdf

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. (2013). *La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société Française. Les conditions de vie et les aspirations des Français*. Collections des rapports.

Disponible sur :

<http://www.credoc.fr/pdf/Rapp/R297.pdf>

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Le renoncement aux soins*. Actes du colloque du 2 novembre 2011. Paris : Collection Etudes et statistiques.

Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (1948). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats*. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé (n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Pouliot, E., Camiré, L., Saint-Jacques, M.C. (2013). *L'étude des représentations sociales à l'aide d'une diversité de technique*. Université de Laval, Collection Devenir chercheur.

Disponible sur :

http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/devenir_chercheure_nov_2013_version_web.pdf

Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne. (2002). *Efficiencie des soins d'Orthopédie Dento-Faciale et participation de l'Assurance Maladie*.

Roussille, B., Deschamps, J.P., Masse, R., et al. *Education pour la santé et éthique*. (2001). Rapport du Séminaire international du Comité Français d'Education pour la Santé, 27 et 28 janvier 2000, Dourdan (Essone). Vanves : Editions CFES.

Santé Canada. (2001). *La communication efficace...à votre service*. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa : Santé Canada.

Disponible sur :

http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf

Scano, S., Junique, C., Vergès, P. (2002). *Ensemble de programme permettant l'analyse des évocations, EVOC 2000*, Manuel d'utilisateur. Aix en Provence. Document remis par P.Vergès.

TNS SOFRES. (2013). *Les français et l'Internet Santé*. Etude réalisée du 4 au 16 février 2013.

Disponible sur :

<http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/les-francais-et-linternet-sante>

Notes de cours

Begué-Simon, A.M (2003). *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPED-UE105*. Université de Rennes 1, U.F.R. de Médecine.

Morchain, P. (2014). *Introduction aux méthodes. Licence de psychologie. Code du cours, DIAM111*. U.F.R. de psychologie, Université de Rennes 2.

Ouvrages

Abric, J.C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : ERES, Hors collection.

Abric J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France.

Abric, J.C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset : Delval.

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy*. New York : W.H. Freeman. Dans Begué-Simon, A.M, *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPED-UE105 (2003)*. Université de rennes 1, U.F.R. de Médecine.
- Blanc, G.L. (2000). *Lectures de Canguilhem : le normal et le pathologique*. Paris: ENS Éditions.
- Blanchet, A. (1987). *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Blanchot, M. (1943). *Faux pas*. Paris: Gallimard.
- Bonardi, C, Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Paris : Dunod.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Editions de minuit.
- Bronfenbrenner, U. (2009). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge : Harvard University Press.
- Canguilhem, G. (1998). *Le normal et la pathologique*. Paris: PUF.
- Camus, A. (1942). *L'étranger*. Paris: Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade.
- Coulon, P., Ament, O., Auguste, F. (2008). *Démocratie participative et transformation sociale*. Paris : Syllepse éditions.
- Dagognet, F. (1997). *Georges Canguilhem : philosophe de la vie*. Paris: Les empêcheurs de tourner en rond.
- Danielou, J. (1951). Pour une théologie de l'hospitalité. *La vie spirituelle*, 397. Cité par T. Paquot, *Ethique, architecture, urbain* (p. 69-83). Paris : La Découverte, Armillaire.
- Damasio, A. (1995). *L'erreur de Descartes. La raison des émotions*. Paris : Odile Jacobs.
- De Bouvet, A., Sauvaige, M. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière: pour une créativité éthique*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- De Saussure, F. (1913). Cours de linguistique générale. (1995). Paris : Payot. Dans Begué-Simon, A.M, *Relation soignant-soigné : notes de cours, DUPED-UE105 (2003)*. Université de rennes 1, U.F.R. de Médecine.
- De Singly, F. (2012). *Le questionnaire. L'enquête et ses méthodes* (3^e édition). Paris : Armand Colin, collection 128.
- Delouée, S. (2010). *Psychologie sociale*. Paris : Dunod.
- Desrosières, A., Thevenot, L. (1998). *Les catégories socio-professionnelles*. Paris : La Découverte.
- Doise, W., Clemence, A., Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Doucet, H. (1996). *Au pays de la bioéthique. L'éthique médicale aux Etats-Unis*. Genève : Labor et Fides.
- Durand, G., Duplantie, A., Laroche, Y., Laudy.,D. (2000). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*. Montréal : Presses universitaires de Montréal.

- Dworking, G. (1991). *The theory and practice of autonomy*. Cambridge/New York : Cambridge University Press.
- Evans-Pritchard, E.E. (1962). *Essays in social anthropology*. Londres : Faber.
- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France, 1981-1982*. Paris : Le seuil.
- Fougeyrollas, P. (1990). *L'évolution contemporaine des concepts relatifs aux conséquences des maladies et traumatismes dans une perspective anthropologique*. Montréal: Entrepeaux, logis de la différence.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice : psychological theory and women's development*. Cambridge : Havard University Press.
- Gibson J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston : Houghton Mifflin.
- Golay, A., Lager, G., Giordan, A. (2010). *Comment motiver le patient à changer ?* Paris: Maloine, collection éducation du patient.
- Habermas, J. (1992). *De l'éthique de la discussion*. Traduction de M. Hunyadi. Paris : Le Cerf.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie ? Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton.
- Hervé, C., Tzitzis, S. (2014). *Altérité et vulnérabilités*. Bordeaux : Les études hospitalières, Actes et séminaires.
- Hervé, C., Thomasma, D., Weisstub, D. *Visions éthiques de la personne*. Paris : L'Harmattan, L'éthique en mouvement.
- Hervé, C. (2000). *Éthique, politique et santé*. Paris : Presses Universitaires de France, Médecine et Société.
- Hirsch, E. (2006). *L'éthique au cœur des soins*. Paris : Vuibert, espace éthique.
- Honneth, A. (2006). *La société du mépris*. Paris : La découverte.
- Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Editions du Cerf.
- Delouée, S. *Psychologie sociale. Manuels visuels de licence (2^e édition)*. Paris : Dunod.
- D'Ivernois, J.F., Gagnayre, R. (2007). *Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique. 3^e édition*. Paris: Maloine.
- Jacquard, A. (2013). *L'héritage de la liberté. De l'animalité à l'humanité*. Paris : Seuil.
- Javeau, C. (1992). *L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien*. Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles.
- Jodelet D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1976). *La Représentation sociale du corps*. Paris : Cordes.
- Katz, J. (2002). *The silent world of doctor an patient*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Kaufmann, J.C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.

- Laplantine, F. (1989). *Anthropologie de la maladie (1968-1992)*. Paris : Payot.
- Le Breton, D. (2003). *Passions ordinaires, anthropologie des émotions*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Le Goff, A., Garrau, M. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lévi-Strauss, C. (2003). *Anthropologie structurale deux*. Réédition de 1973. Paris : Agora, Pocket.
- Lévinas, E. (1990). *Totalité et infini*. Réédition de 1961. Paris: Le livre de poche.
- Lombard, J., Masquelet, A., Vandewalle, B. (2009). *Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique. Itinéraires philosophiques à l'hôpital*. Paris: Seli Arslan, Philosophie et Soins.
- Marion, J.L. (2013). *Dieu sans être*. Paris : Presses universitaires de France, Quadrige. Cité par Hervé, C. (2014). Au-delà ou en deçà de la question religieuse, la médecine face à la vulnérabilité. Dans C,Hervé, S.Tzitzis (Dir.), *Altérité et vulnérabilités* (p. 65-75). Bordeaux : Les études hospitalières, Actes et séminaires.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention e à la promotion de la santé*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin éditeur.
- Merleau-ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Moscovici, S. (2000). *Social representations : explorations in social psychology*. Cambridge : Polity Press, Oxford, Blackwell.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Réédition de 1961. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moutel, G. (2009). *Médecins et patients, l'exercice de la démocratie sanitaire*. Paris: L'Harmattan, L'éthique en mouvement.
- Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C.(1981). A philosophical basis of medical practice. New york : Oxford university Press. Cité dans P.Verspieren, Malade et médecin, partenaires, (2012). *Etudes*, 402(1), 27-38.
- Poche, F., Bertrand, M. (1996). *Sujet, parole et exclusion. Une philosophie du sujet parlant*. Paris : L'Harmattan.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4^e édition). Paris : Dunod.
- Rateau, P. (2007). Les représentations sociales. Dans J-P, Pétard (dir.), *Psychologie sociale*, (p.1 63-218). Paris : Editions Bréal.
- Rawls, J. (1996). *Théorie de la justice*. Traduction de C. Audard (Réédition de 1971). Paris : Le seuil, Points Essais.
- Richard, C., Lussier, M.T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Québec : Editions du renouveau pédagogique Inc.
- Ricoeur, P. (1988). *Philosophie de la volonté: Finitude et culpabilité, Volume 2*. Paris : Editions Aubier.

- Ricoeur, P. (1996). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil, Points Essais.
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock, Essais.
- Rosanvallon, P. (2011). *La société des égaux*. Paris : Seuil.
- Rouquette, M-L. (2009). *La pensée sociale*. Paris : ERES.
- Rouquette, M-L. (1998). *La communication sociale*. Paris : Dunod.
- Rousseau, J-J. (1762). *Emile*. Dans *Œuvres complètes, Tome IV*. (1999). Paris : Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade.
- Roussiau, N., Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales : état des lieux et perspectives*. Sprimont : Margada.
- Sandrin-Berthon, B. (2000). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Seca, J-M. (2001). *Les représentations sociales*. Paris : Armand Colin.
- Sen, A. (1993). *Éthique et économie*. Paris : Presses Universitaires de France, Philosophie morale.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté*. Traduction de M.Bessières. Paris : Odile Jacobs.
- Simon, D., Traynard, P.Y., Bourdillon, F., Grimaldi, A. (2008). *Education thérapeutique, prévention et maladie chronique*. Paris : Elviesier Masson, Abrégés.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Editions Logiques.
- Schön, D. (1996). *Le tournant réflexif*. Montréal: Éditions Logiques.
- Sicard, D. (2006). *L'alibi éthique*. Paris: Plon.
- Stewart, M et al. (1995). *Patient-centered medecine : transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA : Sage publications.
- Tardif, M. (2012). *Le virage réflexif en éducation*. Bruxelles: De Boeck Supérieur, Pédagogies en développement.
- Winicott, D. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
- Zweig , S. (1981). *La pitié dangereuse*. Paris: Grasset.

Discours, allocutions

- Portes, L. (1950, janvier). Du consentement du malade à l'acte médical. Communication à L'Académie des sciences morales et politiques, le 30 janvier 1950 à Paris. Dans L.Portes, *A la recherche d'une éthique médicale*. Paris : Masson et Presses Universitaires de France.

Kahn, A. (2007, 11 novembre). *Conférence d'introduction*. Notes pour une conférence d'Axel Kahn, lors de la séance inaugurale à l'occasion des XXIème Journées de l'Orthodontie. Paris, 11 Novembre 2011.

Lois, décrets, avis

LOIS

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

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

DECRET

Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

AVIS

Avis sur les droits des patients du Comité Economique et Social Européen du 15 Janvier 2008

Annexe 1

Caractéristiques de l'échantillon Carte Conceptuelle

- **Caractéristiques de l'échantillon total**

	Effectif		%	
	P	PS	P	PS
Sexe				
Hommes	3	8	8,8	36,4
Femmes	13	14	81,2	63,4
Total	16		22	
<i>Assistants dentaires exclus*</i>		16		17
Ages				
< 15 ans	4	0	25	0
15-19 ans	2	0	12,5	0
20-39 ans	6	11	37,5	50
50-59 ans	4	10	25	45,5
60 ans et plus	0	1	0	4,5
<hr/>				
Moyenne	28,12ans		39,91 ans	

- **Caractéristiques de l'échantillon Personnel soignant**

Statut	Effectif		%	
	P	PS	P	PS
Interne	4		19	
AHU-PH	4		19	
MCU-PH	0		0	
PU-PH	1		4,8	
DU lingual	6		28,6	
Secrétaire	1		4,8	
Assistante dentaire*	5		23,8	

- **Caractéristiques de l'échantillon Patients**

Type de traitement	Effectif		%	
	P	PS	P	PS
Orthodontie	6		37,5	
Orthodontie + Chirurgie orthognathique	7		43,8	
Orthodontie + Parodontologie	3		18,8	

Syndrome associé		
	2	12,5
Type d'appareillage		
Vestibulaire	5	31,2
Lingual	6	37,5
Mixte	5	31,2

Annexe 2

Caractéristiques de l'échantillon Questionnaire explicatif

Effectif total : 98 patients

	%
Sexe	
Hommes	24,2
Femmes	75,8
<i>Taux de réponse</i>	<i>94,8</i>
Agés	
< 10 ans (Tiers)	11,6
10-14 ans (Tiers)	11,6
15-19 ans	18,9
20-24 ans	9,5
25-29 ans	9,5
30-39 ans	14,7
40-49 ans	14,7
50-59 ans	5,3
60 ans et plus	4,2
<i>Taux de réponse</i>	<i>99</i>
Statut	
Patient	79,8
Tiers (réfèrent parental, tuteur...)	20,2
<i>Taux de réponse</i>	<i>87,5</i>
Activité professionnelle	
Agriculteur, exploitant...	1,7
Commerçant, artisan...	10,2
Cadre et prof. Intermédiaires	37,3
Employé qualifié	25,4
Employé non qualifié	6,8
Ouvrier qualifié	6,8
Ouvrier non qualifié	3,4
Autre	8,5
<i>Taux de réponse</i>	<i>61,5</i>
Autres	
Chômeur inscrit ou non inscrit	9,7
Etudiant, élève, stagiaire non rémunéré	64,5
Retraité	12,9
Femme, homme au foyer	6,5
Autre	6,5
<i>Taux de réponse</i>	<i>32,2</i>

Niveau de formation

Avant le bac	21,7
Bac ou équivalent	19,3
> Bac et ≤ Bac + 2 ans	16,9
> Bac + 2 ans et ≤ Bac +5 ans	24,1
> Bac +5 ans	18,1
<i>Taux de réponse</i>	<i>86,5%</i>

Domaine d'activité

Santé	16,7
Social	16,7
Enseignement	7,6
Agriculture	1,5
Industrie	13,6
Art	0
Commerce	16,7
Autre	27,3
<i>Taux de réponse</i>	<i>68,8</i>

Type de traitement

Orthodontie seule	67,7
Orthodontie + Chirurgie orthognathique	9,4
Orthodontie + Parodontologie	20,8
Autre	2,1
<i>Taux de réponse</i>	<i>100</i>

Durée du traitement depuis la pose de l'appareillage

< 6 mois	22,9
6 mois à 1 an	21,9
1 à 2 ans	21,9
2 à 3 ans	14,6
Plus de 3 ans	18,8
<i>Taux de réponse</i>	<i>100</i>

Annexe 3

Questionnaire explicatif

QUESTIONNAIRE

ETUDE « PRENDRE SOIN »

*Nous serions heureux de recueillir vos perceptions sur ce thème du « **prendre soin** ». L'étude est menée conjointement par la faculté d'odontologie de l'Université de Rennes 1 et le laboratoire d'éthique médicale de la faculté de médecine de l'Université de Paris Descartes.*

Attention, il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse : ce questionnaire a pour seul but de clarifier nos représentations du prendre soin.

Durée du questionnaire : 10 min

Vos réponses sont strictement confidentielles. Le traitement informatique des questionnaires est anonyme.

Pour toutes informations : charlottemano@hotmail.fr

Merci de cocher 1 seule réponse par question (sauf précisions)

<i>VOUS ET VOTRE TRAITEMENT</i>

Q1. Comment qualifieriez-vous votre traitement ?

- Orthodontie
- Orthodontie et parodontologie
- Orthodontie et chirurgie maxillo-faciale
- Autres, précisez :

Q2. Concernant la durée de votre traitement, depuis quand êtes-vous en traitement?

- Moins de 6 mois
- 6 mois à 1 ans
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- Plus de 3 ans

VOUS ET VOTRE TRAJECTOIRE DE VIE

Q3. On éprouve parfois de l'inquiétude pour soi même ou pour ses proches. Pouvez-vous dire si les risques suivants vous inquiètent ?

Maladie grave, accident du travail, agression dans la rue, accident de la rue, chômage....

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Profondément

VOUS ET L'ESPACE DE SOIN

Q4. Quel est selon vous la qualité première de l'espace de soin ?

- Etre fonctionnel
- Etre accueillant
- Etre humain
- Etre organisé
- Maitriser les risques sanitaires
- Etre précurseur dans l'innovation technologique
- Etre ouvert sur l'extérieur (télémédecine...)
- Autre, précisez :

VOUS ET LA RELATION PRATICIEN-PATIENT

Q5. Vous êtes-vous déjà senti contraint dans votre relation avec votre praticien ?

- Oui, très contraint
- Oui, assez contraint
- Oui, un peu contraint
- Non, jamais

Q6. Si oui, par quel aspect de la relation ?

- Sentiment de ne pas être suffisamment pris en compte dans votre individualité
- Sentiment de ne pas être suffisamment écouté
- Sentiment de ne pas pouvoir s'exprimer, de ne pas avoir son mot à dire
- Sentiment de ne pas être reconnu dans votre connaissance de vous même
- Autre, précisez :

Q7. Quel comportement du soignant appréciez-vous le plus au sein de la relation de soin?

- Ecoute
- Egalité
- Engagement
- Fermeté
- Humilité
- Alliance
- Autorité
- Autres, précisez

Q8. Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre praticien ?

- Direction-subordination
- Direction-coopération
- Partenariat – partenariat
- Synergie-alliance thérapeutique
- Indifférence-neutralité

Q9. Selon vous, quel comportement votre praticien apprécie-t-il le plus de ses patients ?

- Confiance
- Coopération
- Responsabilité
- Autonomie
- Volonté
- Autre, précisez :

Q10. Souhaiteriez vous sentir plus d'échange concernant un ou plusieurs des points suivants (**choisir de 1 à 3 propositions**):

- Douleur
- Inconfort
- Alimentation
- Soins d'hygiène bucco-dentaire
- Apparence altérée
- Anxiété
- Emotion
- Perception de soi
- Sens du traitement
- Modification du visage
- Regard des autres
- Autre, précisez

VOUS ET L'ADHESION DANS LA RELATION DE SOIN

Q11. Quelle approche du praticien vous inciterait le plus à vous engager dans votre traitement, plutôt....?

- injonctive
- moralisante
- responsabilisante
- informative
- éducative
- participative
- expectative
- accompagnatrice
- Autres :

Q12. Parmi ces missions du soignant, quelle catégorie vous semble la plus importante pour adhérer au traitement ?

- Dire et inciter à **respecter** les conseils et **mettre en garde** contre les comportements à risque
- Transmettre, expliquer, informer** des risques et bénéfices du traitement
- Apprendre à gérer** les risques pour votre santé, **aider** à s'adapter au traitement au quotidien, **développer** votre sens critique
- Vous approprier** les connaissances et les compétences utiles, **construire** une réponse adaptée à vos besoins et vos attentes

REUSSIR SON TRAITEMENT

Q13. Le plus difficile pour vous lorsqu'on vous demande de changer vos comportements de santé bucco-dentaire ?

- Changer des comportements qu'on croyait bons
- Changer ses habitudes
- Absence de désir profond
- Préférence pour certains comportements néfastes (fumer, alimentation sucrée...)
- Volonté (arrêter de fumer, rigueur pour se laver les dents 3 min 3x/jour ...)
- Autres

Q14. La réussite du traitement dépend de votre capacité à :

- agir et faire
- décider et de délibérer
- faire confiance
- être responsable

<i>APPRENTISSAGES ET SAVOIRS</i>

Q15. Lorsque votre dentiste vous montre certaines techniques de brossage, vous qualifierez cet acte de soin de:

- éducation
- communication
- conversation
- accompagnement
- alliance

Q16. Lorsque votre dentiste vous définit et vous parle de votre traitement, il s'agit de:

- éducation
- communication
- conversation
- accompagnement
- alliance

Q17. Que souhaiteriez vous que votre soignant développe avec vous pour améliorer votre santé bucco-dentaire:

- adapter la vie quotidienne aux contraintes du traitement
- se responsabiliser et assumer les conséquences de vos comportements de santé
- décider de ce qui est bon pour vous
- délibérer de ce qui est bon pour vous
- apprendre les habiletés nécessaires à une bonne santé orale
- Rien de tout cela

Q18. Selon vous, la prise en charge devrait permettre au patient de :

- Prendre conscience de ce qu'on est, de là où on se trouve concernant sa santé bucco-dentaire
- D'agir par soi même pour sa santé bucco-dentaire
- De raconter l'histoire de son vécu bucco-dentaire
- D'aider à être responsable de ses actes et à en porter les conséquences sur sa santé bucco-dentaire

Q19. Que souhaiteriez-vous développer le plus dans votre relation avec votre praticien ? :

- La communication thérapeutique
- La conversation thérapeutique
- L'alliance thérapeutique
- L'accompagnement thérapeutique
- L'éducation thérapeutique
- La rencontre thérapeutique

<i>L'AUTONOMIE DANS LA RELATION DE SOIN</i>

Q20. Souhaiteriez-vous que le soignant vous permette de vous sentir plus actif dans votre suivi?

- Oui, beaucoup plus
- Oui, un peu plus
- Non, c'est bien comme ça
- Ne sait pas

Q21. Aujourd'hui, votre sentiment d'autonomie dans le traitement est :

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre ressenti

Très faible 1 2 3 4 5 6 Très fort

Q22. Souhaiteriez-vous vous sentir plus responsabilisé dans votre suivi ?

- Oui, beaucoup plus
- Oui, un peu plus
- Non, assez peu
- Non, pas du tout

Q23. Pour faciliter votre sentiment d'autonomie dans votre prise en charge, l'équipe soignante doit développer votre capacité à :

- agir et faire
- décider et délibérer
- faire confiance
- être responsable

Q24. Parmi ces propositions, le principal obstacle à votre sentiment d'autonomie dans le soin est :

- Le manque d'information
- Le manque de confiance
- Le manque de savoirs
- Le manque d'accompagnement
- L'isolement social, affectif et relationnel
- L'inadaptation du traitement à votre vie quotidienne
- Autres :

Q25. Pour développer un plus fort sentiment d'autonomie dans votre relation avec votre praticien, le plus important est de:

- Avoir un environnement affectif, familial et social favorable
- Se former et s'informer par soi même (internet, médias...)
- Apprendre de l'équipe soignante (savoirs et savoirs faire)
- Sentir que l'équipe soignante s'intéresse sincèrement à vous
- Rien de tout cela

<i>L'APPROCHE EDUCATIVE</i>

Q26. Que vous évoque le mot éducation en matière de santé ?

- Manipulation
- Autorité
- Fermeté
- Eveil
- Autonomie
- Responsabilité
- Norme
- Succès
- Autres, précisez

Q27. Pour vous, le temps réservé à l'éducation des patients lors du traitement est :

- Très développé
- Assez développé
- Pas assez développé
- Pas développé

Q28. Après de qui vous sentiriez-vous le plus en confiance dans l'apprentissage de savoir-faire afin d'améliorer votre santé bucco-dentaire ?

- L'assistante dentaire
- Votre orthodontiste
- Votre dentiste
- L'ensemble de l'équipe soignante
- Autre professionnel de santé (nutritionniste, orthophoniste, psychologue...)
- Autre, précisez :

Q29. Avez-vous consulté internet pour en savoir plus sur votre traitement?

- Oui, très souvent
- Oui, assez souvent
- Oui, très ponctuellement
- Non, pas du tout

Si oui :

Q30. Quel site vous accompagne le plus dans votre vécu du traitement ?

- Forum
- Communauté de patients
- Blog
- Site professionnel d'orthodontie
- Site de vulgarisation médicale (feminin.com, doctissimo...)
- Autres, précisez

Q31. Ce que vous apprenez sur internet est de l'ordre de :

- L'accompagnement
- L'éducation
- L'information
- La communication
- La relation

Q32. Faites vous confiance à la pertinence de l'information délivrée?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, assez peu
- Non, pas du tout

Q33. Est-elle anxiogène ?

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non, assez peu
- Non, jamais

Q34. Est-ce le rôle de votre soignant de vous accompagner dans la consultation de certains sites?

- Oui, c'est très pertinent
- Oui, c'est assez pertinent
- Non, c'est assez peu pertinent
- Non, ce n'est pas pertinent, c'est une démarche personnelle

VOUS

Q35. Sexe : Femme Homme

Q36. Age : 15-19 20-24 25-29 30-39 40-49
50-59 >59

Q37. Si vous êtes en activité professionnelle quelle est votre occupation actuelle ?

- Agriculteur, exploitant
- Commerçant, artisan, chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Profession intermédiaire
- Employé qualifié
- Employé non qualifié
- Ouvrier qualifié
- Ouvrier non qualifié
- Autre, précisez

Q38. Sinon, précisez :

- Chômeur, inscrit au chômage ou non inscrit
- Etudiant, élève, stagiaire non rémunéré
- Retraité
- Femme, homme au foyer
- Autre, précisez

Q39. Dans quel domaine d'activité travaillez-vous ou avez-vous travaillé?

- Santé
- Social
- Enseignement
- Agriculture
- Industrie
- Art
- Commerce
- Autre, précisez :

Q40. Quel est votre niveau de formation le plus élevé ?

- avant le bac
- bac ou équivalent
- supérieur au bac
 - ≤bac + 2
 - entre bac +2 et bac +5
 - ≥bac +5

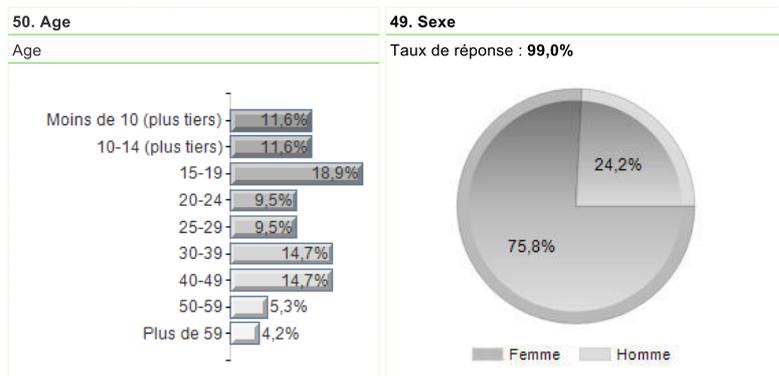
Merci beaucoup pour votre participation à cette étude

Annexe 5

Résultats du questionnaire explicatif – Tri à plat – Logiciel Sphinx iQ

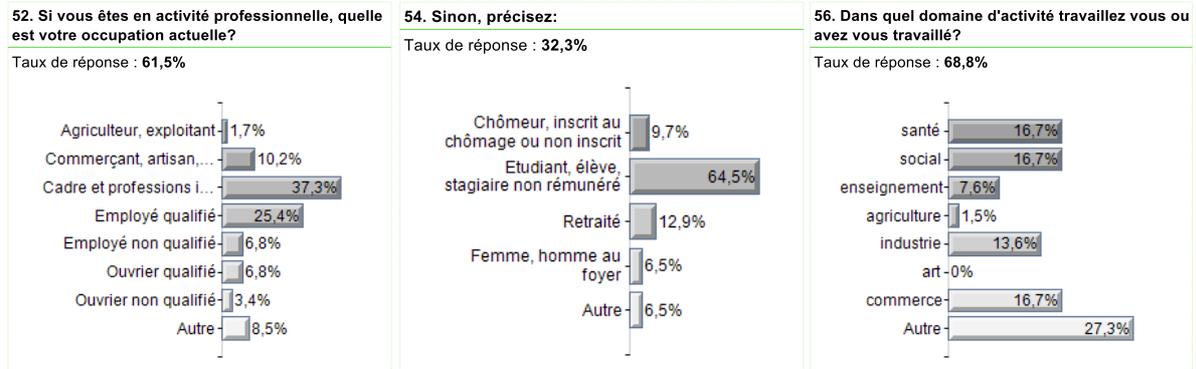
Les déterminants sociaux

Le sexe et l'âge

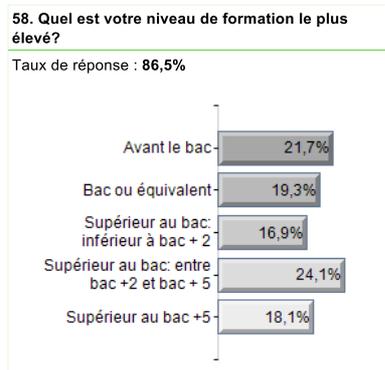


Les richesses sociales

- *La position sociale*



- *Le capital scolaire*

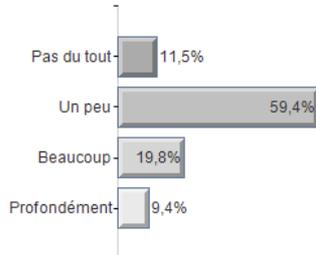


Les indicateurs de la vision du monde social

- *La maîtrise du monde social*

4. On éprouve parfois de l'inquiétude pour soi-même ou pour ses proches, pouvez vous me dire si les risques suivants vous inquiètent? Maladie grave, accident de travail, agression dans la rue, chômage....

Taux de réponse : 100,0%

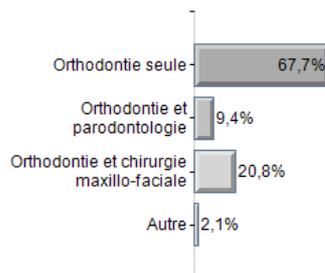


Les indicateurs contextuels

- *Le type de traitement*

1. Comment qualifieriez vous votre traitement?

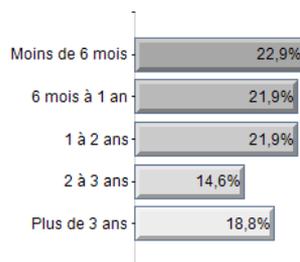
Taux de réponse : 100,0%



- *La durée de traitement*

3. Concernant la durée de votre traitement, vous êtes en traitement depuis:

Taux de réponse : 100,0%



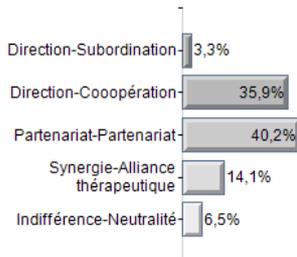
La relation de soin

La nature de la relation de soin

- *Modèle relationnel éprouvé*

16. Comment qualifieriez vous votre relation avec votre praticien?

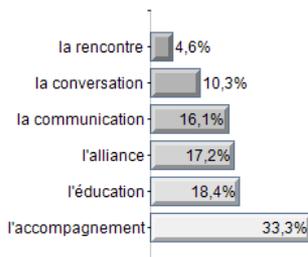
Taux de réponse : 95,8%



- *Nature de la relation à construire*

27. Que souhaiteriez vous développer le plus dans votre relation thérapeutique avec votre praticien?

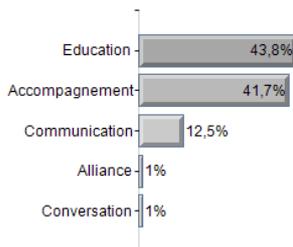
Taux de réponse : 90,6%



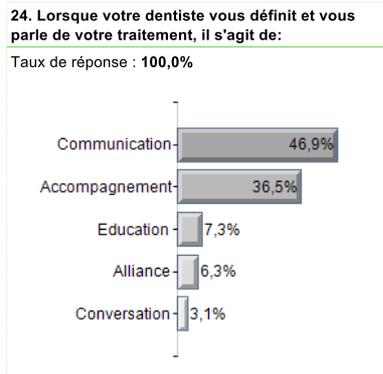
- *Nature de la relation lors de la transmission de compétences techniques*

23. Lorsque votre dentiste vous montre certaines techniques de brossage, vous qualifieriez cet acte de soin de:

Taux de réponse : 100,0%

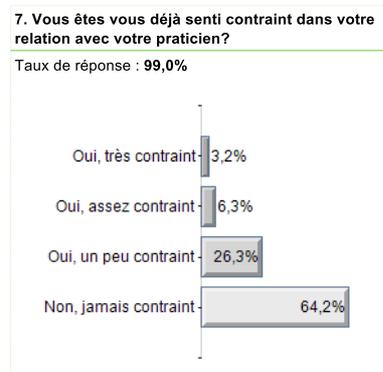


- *Nature de la relation lors de la transmission de savoirs experts*

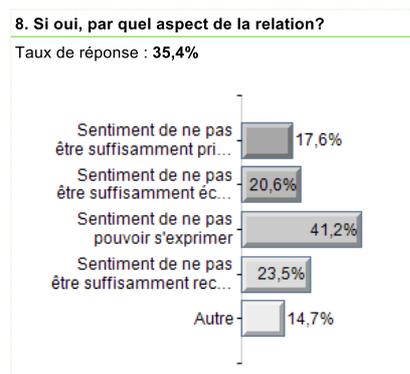


La relation de soin éprouvée

- *Sentiment de maîtrise de la relation*



- *Aspects de la relation entraînant un sentiment de domination éprouvé*



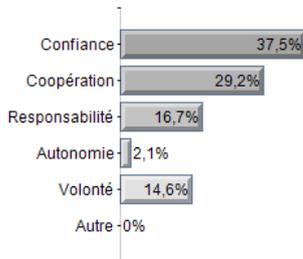
Le patient

Posture, place et rôle du patient dans le processus d'adhésion aux soins

- *Norme de comportement du patient éprouvé*

12. Selon vous, quel comportement votre praticien apprécie-t-il le plus de ses patients?

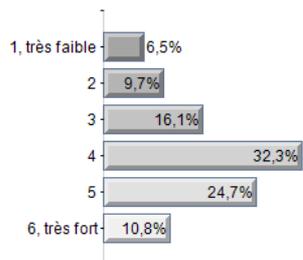
Taux de réponse : 100,0%



- *Sentiment d'autonomie éprouvé*

29. Aujourd'hui, votre sentiment d'autonomie dans le traitement est

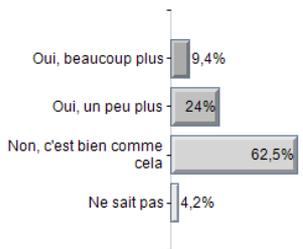
Taux de réponse : 96,9%



- *Désir de participer plus activement à son traitement*

28. Souhaiteriez vous que le soignant vous permette de vous sentir plus actif dans votre suivi?

Taux de réponse : 100,0%



- *Désir de se sentir plus responsable dans son suivi*

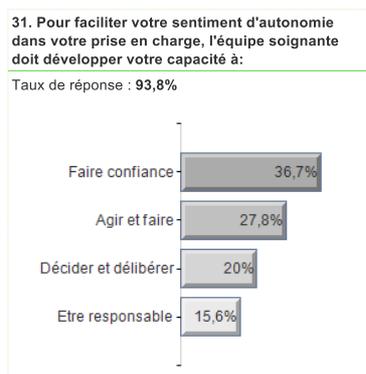


Ressources du patient

- *Capacités à développer pour favoriser l'efficacité des traitements*



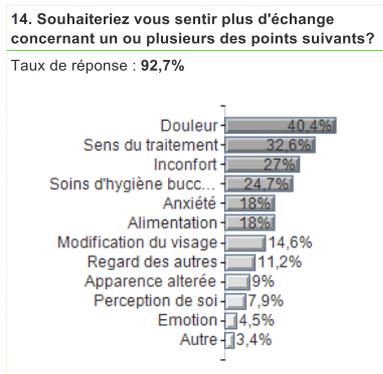
- *Capacités à développer pour favoriser le sentiment d'autonomie*



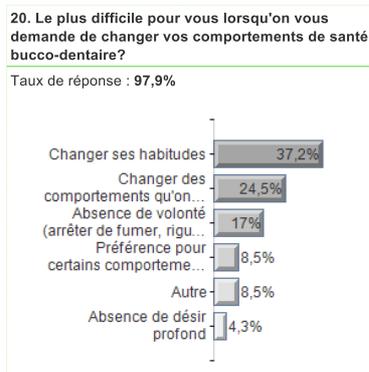
- *Capacités à développer pour améliorer sa santé bucco-dentaire*



- *Contenu des savoirs à échanger*



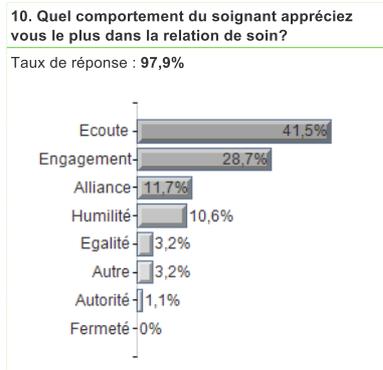
- *Freins éprouvés aux modifications des comportements de santé*



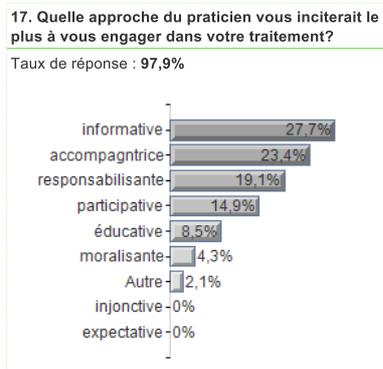
Le soignant

Posture et approche soignante

- *Affinité pour la posture soignante*



- *Approche soignante favorisant l'adhésion aux soins*



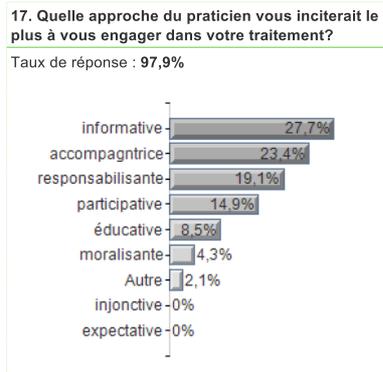
L'espace signifiant

- *La qualité de l'espace de soin*



L'approche éducative

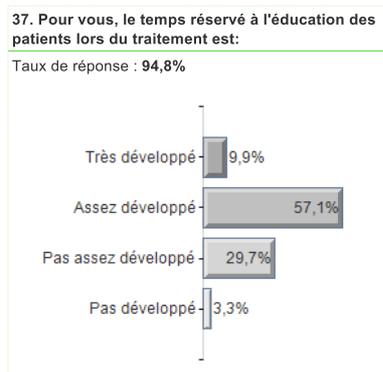
- *Type d'approche éducative favorisant l'adhésion aux soins*



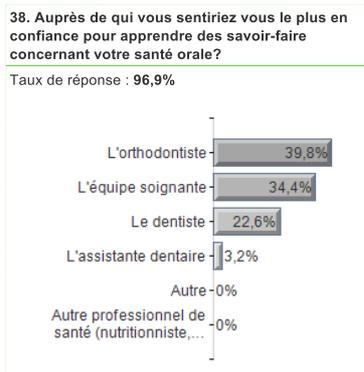
- *L'éducation et ses différentes acceptions*



- *Temps réservé à l'approche éducative*

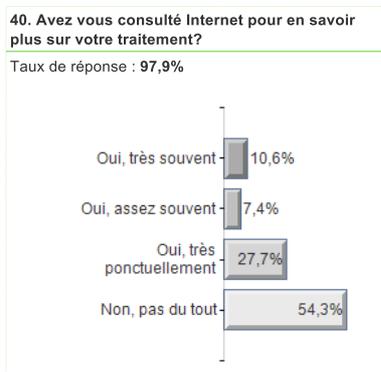


- *Légitimité de l'éducateur soignant*



L'internet santé

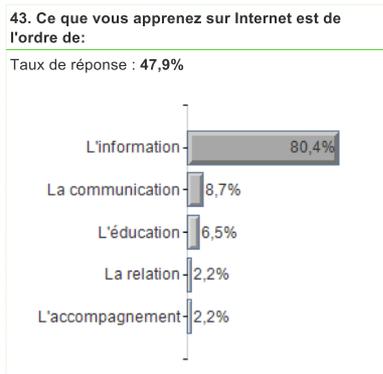
- *Place de l'Internet-santé dans le comportement des patients*



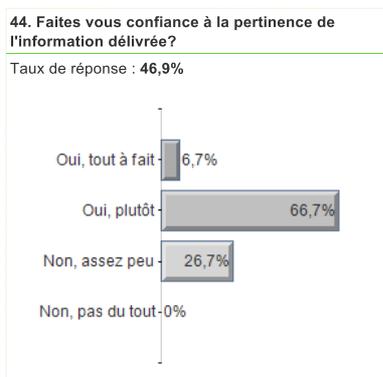
- *Nature des sites consultés*



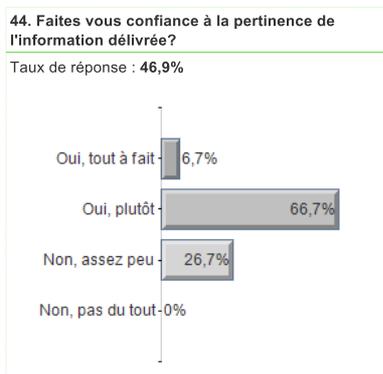
- *Nature des savoirs échangés*



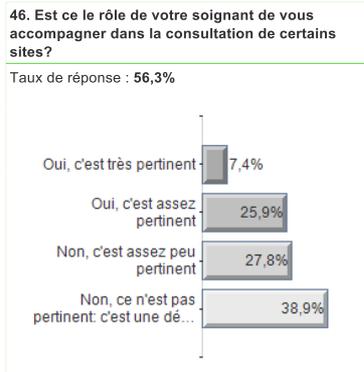
- *Sentiment de pertinence de l'information*



- *Sentiment d'anxiété face à l'information recueillie*

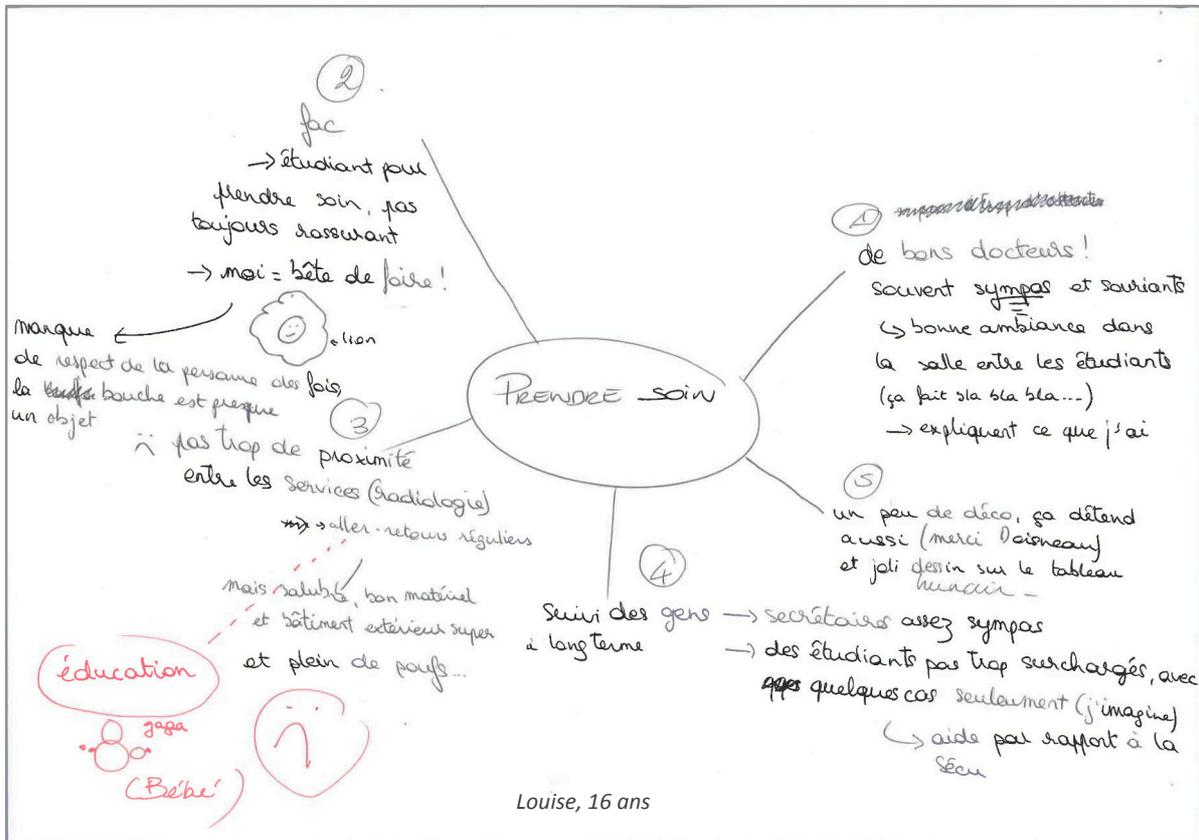


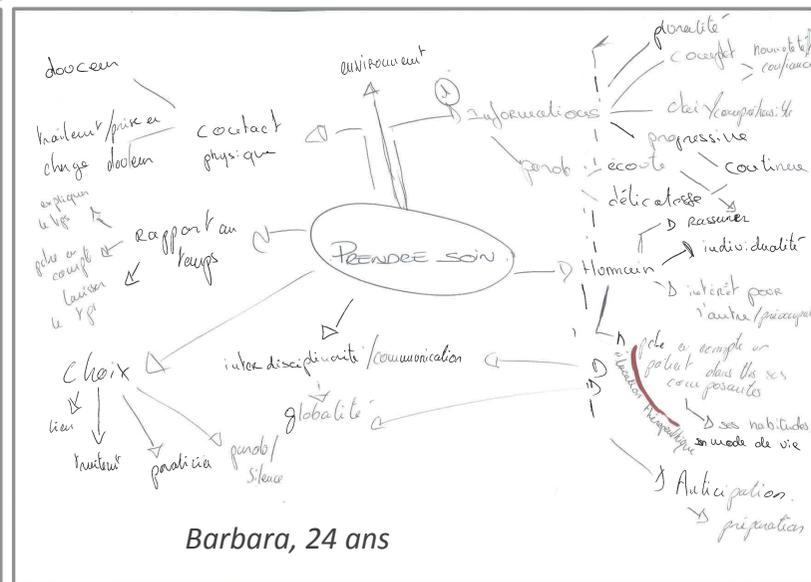
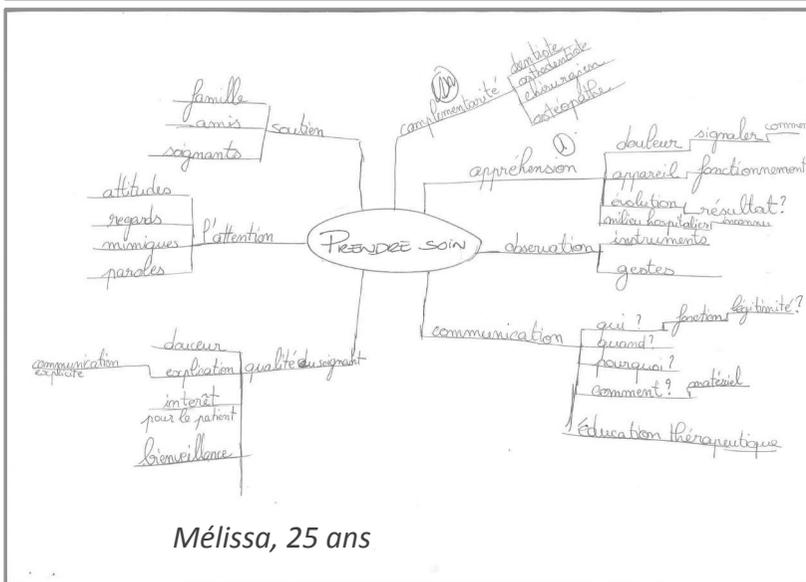
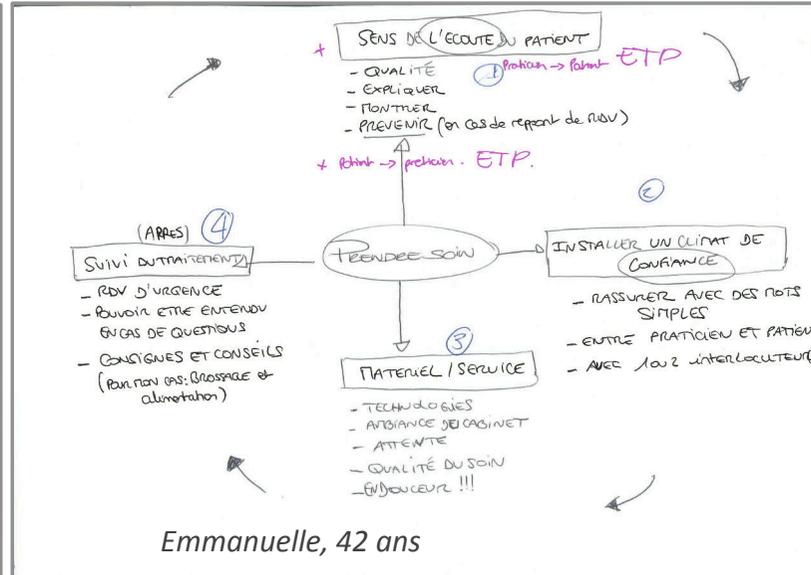
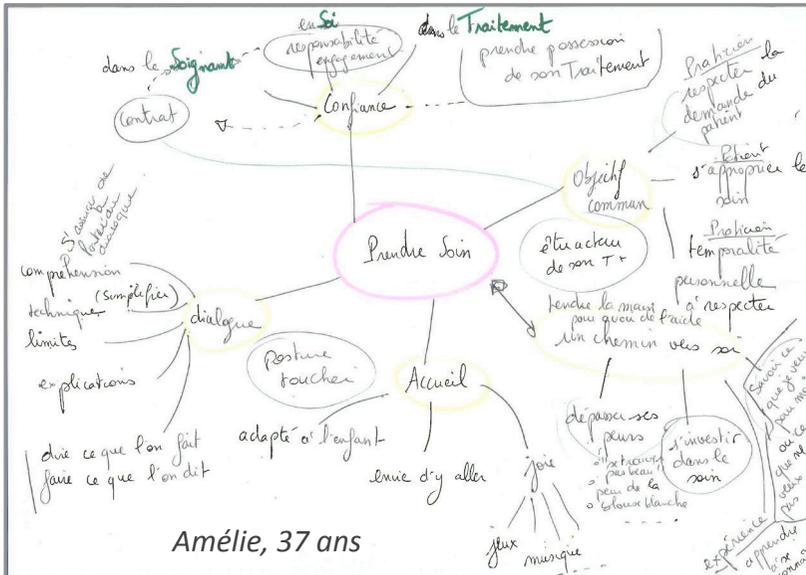
- *Place du soignant comme prescripteur de l'E-Santé*

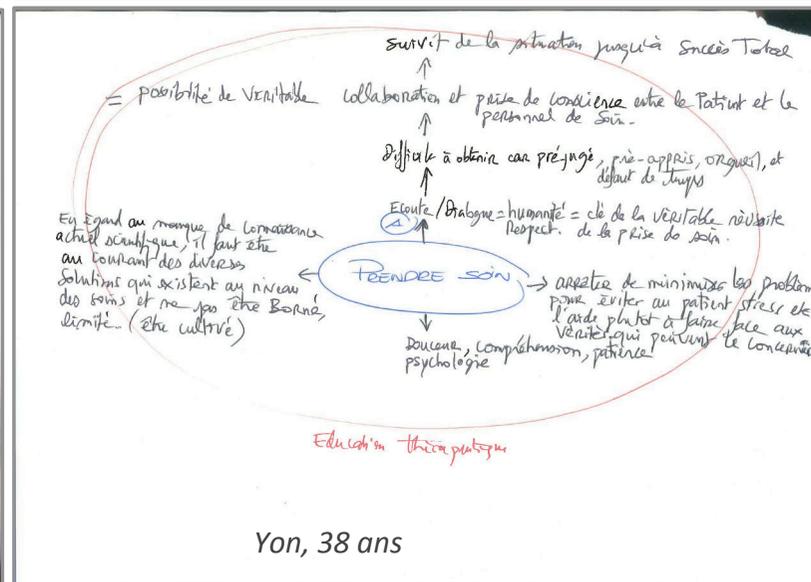
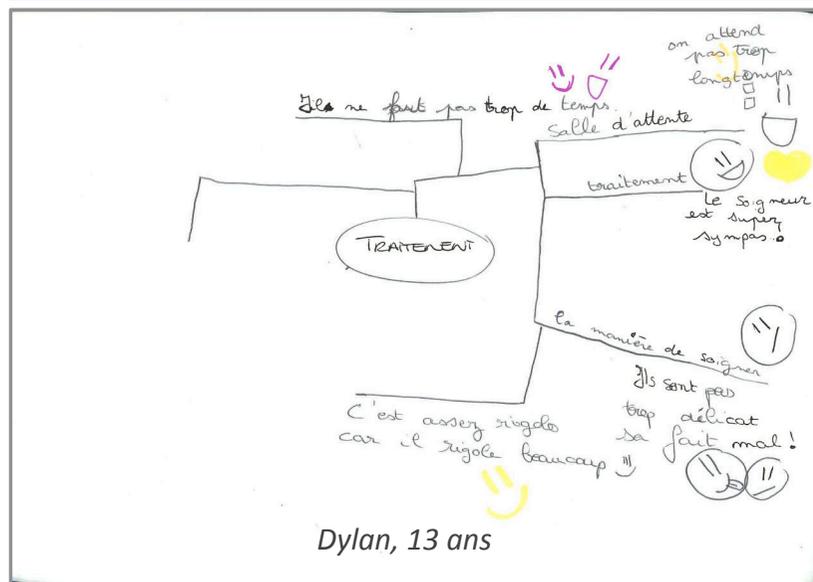
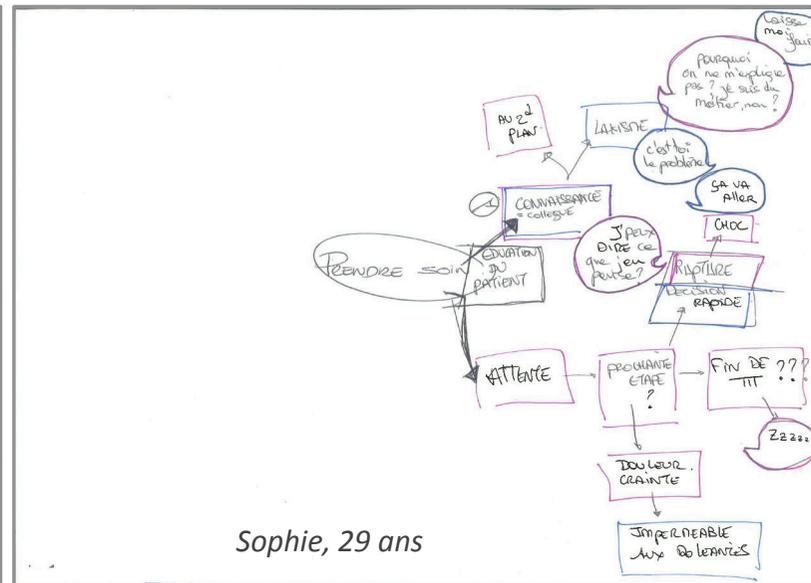
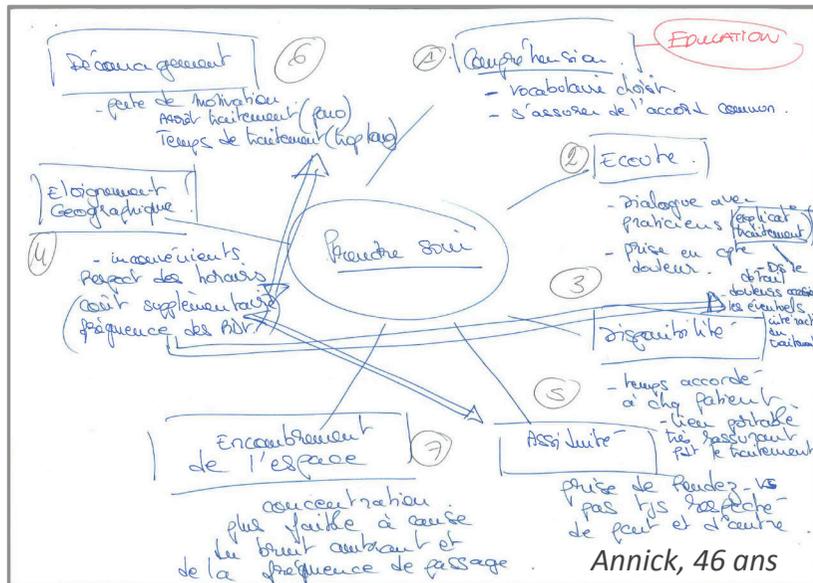


Annexe 6

Exemples de cartes conceptuelles de la population de Soignés







Exemples de cartes conceptuelles de la population de Personnel Soignant

