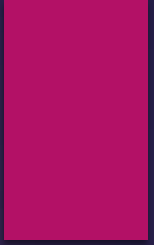




Capsule 10.

Les relations médecins-malades

- 
- ▶ Il faut voir, comme l'écrivent les sociologues Danièle Carricaburu et Marie Ménoret que « *La relation médecin/malade, véritable serpent de mer de la rhétorique de santé tient du mythe [et que] des médecins, des malades et des situations organisent des relations médecins/malades* » (Carricaburu et Ménoret, 2005, p. 79).
 - ▶ En effet, si l'on parle bien souvent de « la relation médecin/patient », il faut voir qu'il existe en réalité **DES relations médecins-patients** (Carricaburu et Ménoret, 2005), **structurées notamment par l'appartenance sociale des patients** (Fainzang, 2006), **par le sexe des professionnel-le-s** (Cassell, 1998 ; Molinier, 2003) **mais également fortement structurées par la spécialité d'appartenance des praticien-ne-s.**

Modèle théorique 1: la relation médecin-malade consensuelle, fondée sur le cas des maladies aiguës

- ▶ Le modèle de **relation médecin-malade consensuel**, développé par le sociologue Talcott PARSONS (*The Social System*, 1951, référence de l'approche structuro-fonctionnaliste), est fondé **sur le cas des maladies aiguës, le plus souvent infectieuses**, qui constituent alors l'essentiel des pathologies, **jusque dans les années 1950**.
- ▶ Avec la découverte des antibiotiques, les maladies infectieuses guérissent et dans ce contexte, juste après la guerre, la médecine est perçue comme une institution en passe de devenir toute-puissante.

Modèle théorique 1: la relation médecin-malade consensuelle, fondée sur le cas des maladies aiguës

- ▶ Dans le modèle parsonien, appelé aussi fonctionnalisme, la maladie remplit une fonction bien précise et la structure sociale organise le comportement, des deux côtés, des attentes sont clairement définies :
- ▶ **les patients** ont besoin de l'aide du médecin, moyen de se soustraire à ses rôles sociaux
- ▶ **les médecins** se comporte de manière altruiste et disposent de connaissances spécialisées permettant d'atteindre le but commun du: la guérison, la médecine est au service de la collectivité et régule la déviance d'un malade qui en perturberait le cours

- ▶ **Ce modèle de relation médecin-malade est simultanément asymétrique et consensuel :**
- ▶ **Asymétrique**, car c'est le médecin qui est actif et le malade passif, Cette asymétrie est due d'une part au savoir exclusif du médecin et d'autre part à l'état de stress du patient, qui est déstabilisé et s'en remet en conséquence au médecin. Pour Parsons, la relation thérapeutique comme structurellement asymétrique en faveur du médecin.
- ▶ **Consensuel**, car le malade reconnaît le pouvoir du médecin et parce que la relation thérapeutique est fondée sur une forte réciprocité, le médecin faisant preuve d'une neutralité affective et le malade faisant preuve de sa confiance.

▶ **Caractéristiques du malade :**

- ▶ exemption des responsabilités habituelles,
- ▶ ne peut guérir seul,
- ▶ pas tenu pour responsable de son incapacité
- ▶ Obligation de rechercher une aide compétente et coopérer avec les soignants = >Prix pour que le caractère déviant de la maladie soit annulé

▶ **Caractéristiques du médecin**

- ▶ **Compétences techniques qui le désignent comme spécialiste** de la santé et de la maladie
- ▶ Rapport au malade basé sur les règles abstraites renvoyant à ses compétences techniques + neutralité affective=>attitude assurant l'objectivité de son rapport au patient
- ▶ Souci du bien être du patient
- ▶ Orientation vers l'intérêt général


▶ L'intérêt du modèle

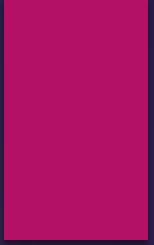
- ▶ Reconnaissance de la signification de la santé et de la maladie du point de vue social
- ▶ Mise en évidence la place de la médecine dans la société moderne
- ▶ Mise en avant de la fonction de régulation, au-delà de la fonction technique

- ▶ Mais Talcott PARSONS ne définit qu'un seul type de relation médecin-malade (cas de maladie aiguë) qui ne **peut pas prendre en compte l'évolution des pathologies dans les sociétés occidentales**, les affections chroniques prenant une place de plus en plus importante.

Modèle théorique 2 : Le modèle de relation médecin-malade conflictuel

- ▶ Freidson (1970,1984)
- ▶ **Le modèle de relation médecin-malade** conflictuel tend à prendre la place du précédent, notamment dans les années 1960-1970, **dans un climat de contestation des institutions, des savoirs et des pouvoirs**. Ce sont surtout les chercheurs de l'école **interactionniste** qui développe ce modèle.
- ▶ Contexte sociologique plus large. La société n'est plus analysée par les sociologues en termes consensuel. Importance de prendre en compte le conflit dans le maintien d'ordre social et dans le phénomène de changement social

- 
- ▶ Eliot FREIDSON (*La Profession médicale*, Payot, 1984) qui relativise le caractère altruiste des médecins mis en avant par son aîné. Il montre que l'élément structurant de la « domination médicale » est la maîtrise des institutions par la profession qui, en s'organisant, a su défendre les intérêts des médecins. En particulier, elle a pu imposer aux autres acteurs du système de santé la définition du savoir légitime, limiter les acteurs qui pouvaient revendiquer son usage et empêcher toute évaluation externe des pratiques médicales

- 
- ▶ Eliot FREIDSON (1923-2005), sociologue, relativise le caractère altruiste des médecins, considère que la **médecine** n'est pas caractérisée par son universalisme et son souci unique du bien du patient : **la profession médicale est considérée comme l'un des nombreux groupes d'intérêts existant dans la société.** L'intérêt **personnel** du médecin **peut s'opposer à l'altruisme véhiculé par sa rhétorique professionnelle.**
 - ▶ **Un conflit de perspectives est latent et présent, à des degrés divers, dans toute relation médecin-malade.**
 - ▶ Il n'y a pas de consensus a priori, dans son modèle, entre le médecin et le malade, et le patient n'est pas passif. Il pourrait même y avoir **confrontation entre une culture profane et une culture scientifique...**

- ▶ Ainsi Freidson souligne une pluralité de configurations de l'interaction malade-médecin.
- ▶ Elle varie d'abord selon :
- ▶ les différents types d'activités médicales. Par exemple, écrit Eliot FREIDSON, en reprenant les distinctions de Thomas SZASZ et Mark HOLLANDER, la pédiatrie et la chirurgie reposent sur un modèle de relation "activité-passivité", en revanche, le traitement des **maladies chroniques et la psychothérapie** requièrent une "participation mutuelle".
- ▶ Pour cet auteur, la configuration "activité-passivité" a également plus de chances de s'imposer si le statut social du malade est bas et si la maladie dont il est atteint fait partie des maladies "stigmatisées" comme l'alcoolisme ou les maladies mentales.
- ▶ **Le contexte organisationnel dans lequel** l'interaction se situe : médecin de ville qui dépend d'une clientèle locale choisissant au non de s'adresser à lui ou médecin hospitalier qui reçoit surtout des malades qui lui sont adressés par d'autres médecins et qui dépend surtout de ses collègues et de leur contrôle

Dans les faits, les relations malades- médecins – la coopération conflictuelle

- ▶ Les sociologues parlent parfois de « négociation » - on peut parler aussi de « coopération conflictuelle » - pour décrire ce qui se joue dans les relations médecins-patients
- ▶ Les demandes des patients ne sont pas à prendre forcément comme illégitimes, mais être à l'écoute de ce qui est demandé effectivement – la demande de soulager la douleur est toujours légitime et devrait être prioritaire lorsqu'il n'y a pas de contre-indication médicale
- ▶ En tant que représentant de l'institution médicale vous avez un pouvoir énorme sur les patients – pouvoir de vie et de mort parfois, et une grande responsabilité donc, et c'est normal aussi que les patients soient parfois exigeants et/ou soucieux de comprendre ce qu'on leur fait et pourquoi

- ▶ Dans **le cas des maladies chroniques** qui s'étalent dans la durée (diabète par exemple), le médecin et le malade ne se rencontrent qu'occasionnellement et le rôle du médecin consiste à aider le malade à se prendre lui-même en charge en lui transmettant des savoir-faire et des conseils thérapeutiques. Il s'agit d'une relation qui prend la forme de la "**participation mutuelle**". Les sociologues parlent aussi dans d'autres contextes d'empowerment ou de capacité ou pouvoir d'agir pour décrire ce phénomène de reprise en main et de conduite de sa propre vie que le patient peut réacquérir, et vous pouvez être là pour l'aider à le faire, en vous efforçant aussi de comprendre les contraintes réelles des patients aussi parfois (ex diabète : travail pas à domicile, force l'équipe médicale à trouver des solutions ensemble)

La coopération conflictuelle particulièrement pertinente dans le cas de la maladie chronique

- ▶ On voit bien cette coopération conflictuelle apparaître dans le récit que fait cette infirmière sur les cas de malades chroniques :
 - ▶ **extrait audio (30'36-46'53)**
- ▶ C'est particulièrement vrai pour ce type de maladies, dont le suivi s'établit au long cours. Le temps long est aussi où la relation médicale peut s'établir le plus véritablement, et c'est là que de véritables relations avec les patients peuvent avoir lieu – même si parfois cela passe par des moments de négociation conflictuelle qui peuvent être délicats – pour le soignant comme pour le patient d'ailleurs
- ▶ Rôle de l'équipe médicale pour se passer le relais quand on a du mal avec un patient en particulier **extrait audio (30'36-32'28)**
- ▶ Pacifier au maximum les relations, être agent de paix et de dialogue et continuer à bien faire votre travail de soin

En chirurgie, la division du travail social reporte sur les infirmières le relationnel

- ▶ Division du travail : Répartition des tâches clairement définie :
 - aux chirurgiens et IADE et IBODE le technique
 - aux infirmières de service le relationnel avec le patient
- ▶ Situation conflictuelle quand par exemple un patient continue de fumer ou de boire dans le service avant une opération chirurgicale
- ▶ Les chirurgiens sont au bloc, à vous de gérer l'incident et de voir en concertation avec eux auparavant quelle conduite à tenir dans ce cas, expliquer et ré-expliquer les choses au patient sans le juger, essayer d'avancer avec lui et dans son intérêt à lui

- ▶ Considérer les choses sous l'angle de la coopération conflictuelle permet de souligner une chose importante : **ce n'est pas parce qu'il y a eu un accrochage avec un patient que la relation ne peut pas s'améliorer et que le conflit ou la crise va perdurer.**
- ▶ C'est considérer aussi que les bonnes relations ne sont pas figées dans le temps, qu'elles peuvent évoluer et aussi se détériorer éventuellement
- ▶ Toute relation, y compris la **relation de soin est donc DYNAMIQUE**, évolue de façon positive ou négative dans le temps. A vous aussi de toujours faire qu'elle évolue vers le mieux et si vous n'en êtes plus capable, passer le relais à quelqu'un d'autre de l'équipe ou l'expliquer gentiment à votre patient en expliquant comment il vous met en difficulté et que vous avez besoin de son aide et sa coopération et sa confiance pour que les choses avancent et avancent dans le bon sens pour vous et pour lui ou elle