

Quelle relation soignant-es - soigné-es ?

Jérôme Goffette



La situation

- **Rappel essentiel – 1 :**
 - Le but premier du médecin est d'**aider une personne**
 - La **relation** est donc au cœur du métier

- **Rappel essentiel – 2 :**
 - Établir une bonne relation n'est ni évident ni intuitif
 - **Cela s'apprend**
 - Cet apprentissage requiert :
 - **De la théorie**
 - **Des techniques**
 - **De la pratique**

1

Relation humaine

Points éthiques fondamentaux

Ethique et responsabilité

- La santé, un domaine un peu à part
 - Des enjeux majeurs, la **vulnérabilité** : la souffrance, la mort, la naissance
 - Une part d'**intimité** (corporelle, mentale, etc.)
 - Une situation **complexe** : pathologies, remèdes, institutions, patient·e·s...
- Donc un besoin de normes
 - Pour ne pas faire n'importe quoi
 - Pour éviter l'abus de pouvoir sur des personnes vulnérables
 - Pour établir une confiance justifiée dans la relation d'aide

Ethique et responsabilité

- L'**intimité**, les soignant-es et le secret

Pilier 1

- *Code de Déontologie médicale*

(Article R.4127-4 du Code de la Santé Publique)

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

→ **Devoir de respect de la vie privée**
Secret médical
Secret professionnel

Ethique et responsabilité

- La **complexité**, les soignant-es et les compétences

Pillier 2

- *Balance Bénéfice / Risque (BBR)*

Choisir toujours l'acte qui a la meilleure BBR, c'est-à-dire le meilleur rapport entre effets positifs et effets négatifs pour la santé

→ ***Compétences :***
Associer savoir – savoir-faire – respect

Ethique et responsabilité

- La **vulnérabilité**, les soignant-es et le devoir d'agir

Pillier 3

- *Code de Déontologie médicale*

(Article R.4127-9 du Code de la Santé Publique)

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, **doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.**

→ ***Devoir d'aider***

2

L'engagement humain L'éthique La responsabilité

Ethique et responsabilité

- Engagement humain
 - *Donc action*
 - *Donc responsabilité*

Ethique et responsabilité

- Engagement et responsabilité : concepts
 - **Acte**
 - Un acte est l'effet, dans le réel, d'une action faite par un auteur ou une autrice et les répercussions à prévoir de cette action.
 - **Auteur**
 - Un auteur ou une autrice est une personne qui cause un acte. Cela suppose d'être capable de penser, capable de choisir et capable de passer à l'acte.
 - **Responsabilité**
 - La responsabilité est le lien de cause à effet qui lie un auteur ou une autrice à l'acte qu'il ou elle fait.
 - **Imputation de la responsabilité**
 - L'imputation de la responsabilité exprime ou rend explicite le lien entre auteur/autrice et acte.

Ethique et responsabilité

- Liberté ≠ responsabilité

Les trois formes de l'agir humain		
Contrainte	Inattention	Délibération
<i>Le sujet n'est pas en position de choisir son action</i>	<i>Le sujet peut choisir son action, mais il ne le fait pas</i>	<i>Le sujet choisit son action</i>
Hétéronomie	Anomie	Autonomie
<i>Asservissement</i>	<i>Laisser-faire</i>	Liberté
<i>La conscience ne dirige pas</i>		<i>La conscience dirige</i>
Irresponsabilité	Responsabilité	

Respect

- Engagement et responsabilité
 - **Donc :**
 - *Respect de l'autre par soi*
 - *Respect de soi par l'autre*
 - **Donc : le consentement, et l'accord**

La relation et le consentement

- Le **consentement**

Pillier 4

- **Loi du 4 mars 2002 (Loi « Kouchner »)**

(Article L. 1111-4)

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement **peut être retiré** à tout moment.

La relation et le consentement

- **Le consentement**
 - Dans le domaine du soin :
Règle du **consentement libre, éclairé et révoicable**
 - Cela fait partie d'un principe plus large :
Règle du **respect de l'autonomie**

La relation et le consentement

- **Le consentement**
 - **Libre** : on ne force pas la personne
 - Il ne doit pas y avoir de pression
 - Elle doit pouvoir décider librement en son âme et conscience
 - **Éclairé** : la compréhension de la personne est cruciale
 - Déverser une information \neq S'assurer que la personne a compris
 - Compréhension du sens et des implications de ce à quoi elle consent
 - **Révocable** : ce n'est pas un contrat ordinaire
 - La personne va réfléchir ; il se peut qu'elle retire son consentement
 - Il s'agit de sa vie ; la personne reste souveraine

La relation et le consentement

- Le modèle du **consentement**
 - **En santé :**
 - **Le/la médecin propose → Le/la patient·e consent**
 - Dans les relations homme / femme (version « tradi ») :
 - L'homme propose → La femme consent
 - En général :
 - L'un·e propose, l'autre consent

La relation et le consentement

- Le modèle du **consentement, complété**
 - **En santé :**
 - **Le/la médecin propose → Le/la patient·e consent ou refuse**
 - Dans les relations homme / femme (version tradi.) :
 - L'homme propose → La femme consent ou refuse
 - En général :
 - L'un·e propose, l'autre consent ou refuse

→ *Le consentement va de pair avec la possibilité du refus
Laisser le refus dans l'ombre, c'est ne pas s'y préparer...*

La relation et le consentement

- Le modèle du **consentement, complété**
 - Réaction à un refus : **Si on se braque...**
 - Je vous propose cela, et si vous ne consentez pas :
 - Je ne vous soignerai plus !
 - Je vous ferai la leçon...
 - Je serai embêté·e...
 - Je serai en colère !!!
 - Je vous repousserai !
 - Je vous frapperai !
 - Je vous mépriserai...
 - Etc.

→ *Pression affective, Chantage émotionnel*
Déraillement du consentement
Discorde, Mésalliance

La relation et le consentement

- Le modèle du **consentement, complété**
 - Réaction à un refus : **Si on écoute...**
 - D'abord **ne pas s'énerver**
 - Ensuite : **écouter et dialoguer**
 - « Expliquez-moi ce qui vous gêne dans ce que je vous propose... »
 - « Je vous sens réticent·e... Qu'est-ce qui vous embarrasse... »
 - Ce temps de dialogue va permettre :
 - De lever un malentendu
 - D'apporter des précisions, des explications éclairantes
 - De comprendre que la personne a une bonne raison
 - d'être réservée vis-à-vis de ce qu'on lui propose
 - De **s'accorder** sur un soin un peu différent

→ **Écoute, confiance, alliance thérapeutique
soin plus robuste**

La relation et le consentement

- Le **consentement** et les **bonnes pratiques**
 - Écouter vraiment
 - Expliquer
 - S'assurer de la compréhension : demander à la personne de redire à sa façon ce qu'on lui a expliqué, ce qu'on propose
 - Si on sent une réticence, mettre à l'aise la personne pour qu'elle vous en fasse part et qu'on s'adapte au mieux
 - Avant de faire un geste : annoncer ce qu'on va faire< et discuter des réticences éventuelles de la personne
 - Quand on fait le geste : dire ce qu'on fait
 - Après le geste : saisir l'état émotionnel de la personne
 - Parfois reconforter la personne

3

Les modèles de la relation soignant·es - soigné·es

Différents modèles

- Une remarque :
 - Lorsqu'est écrit « le médecin », pensez à la fois « le médecin » et « la médecin »
 - Lorsqu'est écrit « le patient », pensez à la fois « le patient » et « la patiente »

Différents modèles

- Quatre modèles classiques :
 - **Modèle du médecin décideur**
(Variante : modèle paternaliste)
(Variante : modèle biomédical)
(Variante : modèle bio-psycho-social)
 - **Modèle du patient décideur**
(Variante : modèle informatif)
(Variante : modèle contractuel)
 - **Modèle de la décision partagée**
(Variante : modèle de la révélation des préférences)
 - **Approche Centrée Patient**

→ *De vrais enjeux pour le soin*

Modèles du médecin décideur

- Variante : **Modèle paternaliste**
- Idée directrice :
 - Compte-tenu de l'état de souffrance du patient et de son défaut de connaissance médicale, le médecin doit agir comme un père protecteur qui sait ce qui est bon pour son enfant.
 - Facteurs clefs :
 - Les données de santé
 - La connaissance médicale
 - La lucidité du médecin
 - Décideur :
 - Le médecin
 - Critique : un modèle infantilisant

Modèles du médecin décideur

- Variante : **Modèle biomédical**
- Idée directrice :
 - Compte-tenu des données de santé du patient et de sa formation, le médecin sait ce qui est bon pour le patient et il décide des traitements
 - Facteurs clefs :
 - Les données de santé
 - La formation médicale
 - Décideur :
 - Le médecin
 - Critique : on réduit le patient à une pathologie à traiter

Modèles du médecin décideur

- Variante : **Modèle bio-psycho-social**
- George Engel (1980) :
« The Clinical application of the Biopsychosocial Model », *American Journal of Psychiatry*, 137:5, 1980, pp. 535-544.

How physicians approach patients and the problems they present is much influenced by the conceptual models around which their knowledge is organized. In this paper the implications of the biopsychosocial model for the study and care of a patient with an acute myocardial infarction are presented and contrasted with approaches used by adherents of the more traditional biomedical model. A medical rather than psychiatric patient was selected to emphasize the unity of medicine and to help define the place of psychiatrists in the education of physicians of the future.

Modèles du médecin décideur

- Variante : **Modèle bio-psycho-social**
- Idée directrice :
 - Compte-tenu des différents aspects du patient, le médecin sait ce qui est bon pour lui et il décide des traitements
 - Facteurs clefs :
 - Les données de santé
 - La psychologie du patient
 - L'environnement social du patient (famille, travail...)
 - La formation médicale
 - Décideur :
 - Le médecin
 - Critique : est-ce uniquement au médecin à décider ?

Modèles du médecin décideur

- Avantages :
 - Un modèle assez pertinent quand le patient n'est pas en état de réfléchir (douleur intense, inconscience, conscience altérée)
 - Un processus de décision « simple » : le médecin est aux commandes

Modèles du médecin décideur

- Inconvénients
 - **Le patient est en situation subalterne, dominée,** puisqu'il est exclu de la décision.
Cela est paradoxal, puisqu'il est question de sa vie.
 - **Un pouvoir en partie illusoire :**
Qui vous dit que le patient va suivre la décision du médecin, même s'il l'a acceptée devant lui ?
 - **Le problème du refus de soin :**
Le patient a pour rôle « normal » de consentir aux soins décidés par le médecin.
S'il refuse, met en doute, ou questionne la décision du médecin, il y a un risque de conflit et de rupture de la relation et parfois un risque d'absence de soin
 - **Ce modèle engendre le problème de l'observance**

Modèles du patient décideur

- Variante : **Modèle informatif**
- Idée directrice :
 - Le rôle du médecin est de donner au patient toutes les informations utiles.
 - Le rôle du patient est de décider du traitement, au vu de ces informations
 - Facteurs clefs :
 - Les données de santé
 - Décideur :
 - Le patient

Modèles du patient décideur

- Variante : **Modèle contractuel**
- Idée directrice :
 - La situation de soin est vue comme une rencontre entre :
 - un prestataire de service (le médecin)
 - et un client (le patient)
 - Le prestataire propose, le client décide
 - Facteurs clefs :
 - Les données de santé
 - La qualité et la pertinence des prestations
 - Décideur :
 - Le patient

Modèles du patient décideur

- Avantages :
 - Un modèle où le patient est pivot et donc acteur d'une décision qui concerne sa vie
 - Un modèle qui met en avant l'autonomie au sens éthique : décider soi-même pour soi-même
 - Un ré-équilibre de la dissymétrie entre :
 - Un médecin qui ne souffre pas et qui sait
 - Un patient qui souffre, n'a pas la connaissance médicale et dépend du médecin pour l'aider

Modèles du patient décideur

- Inconvénients :

- Un modèle inadapté aux situations dans lesquelles on n'est pas en état de réfléchir tranquillement (douleur intense, stress, panique, coma, etc.)
- **Un modèle souvent irréaliste** : pour le patient, comment prendre une décision quand il sait qu'il n'a pas la formation médicale requise pour savoir ce qu'il fait ?
- **Un modèle anxiogène** par le poids de la responsabilité. Le patient risque de culpabiliser d'avoir pris une décision « mauvaise » qu'il regrette.
- Un modèle qui assimile le soin à la **consommation d'un service**, alors qu'il s'agit surtout d'une relation humaine d'aide

Les assimilations patient-client, patient-consommateur, médecin-vendeur, médecin-vénal, etc., sont problématiques, voire parfois peu éthiques.

Modèle de la décision partagée

- Idée directrice :
 - Le médecin expose la situation
 - Il suit la façon de décider que souhaite le patient :
 - Si le patient souhaite qu'il décide, il le fait, en expliquant son choix.
 - Si le patient souhaite décider lui-même, il l'éclaire le plus possible et il suit la décision du patient
 - Si le patient souhaite que la décision soit prise ensemble, alors le médecin discute avec le patient pour établir ses préférences, puis il fait la synthèse de cette discussion et indique la décision qui paraît la plus appropriée à ces préférences, ce qui aboutit à un accord.

– Cf. l'intervention de **Nora Moumjid-Ferdjaoui**

Modèle de la décision partagée

- Idée directrice :
 - Le médecin expose la situation
 - Il suit la façon de décider que souhaite le patient
 - Facteurs clefs :
 - Les données de santé
 - Les valeurs et préférences du patient (écoute)
 - La recherche d'un accord
 - Décideur :
 - Le patient décide du mode de relation
 - Le décideur du traitement dépend du point précédent

Modèle de la décision partagée

- Schéma :

*Décision
du mode
de relation*

Le patient décide du mode de relation

*Décision
du
traitement*

Décision
par le
médecin

Décision
partagée

Décision
par le
patient

Modèle de l'Approche Centrée Patient

- Abordé plus loin, en partie 4

La Haute Autorité de Santé

- Les modèles de base qu'elle recommande :
 - Haute Autorité de Santé (2013, Synthèse)
Patient et professionnels de santé : décider ensemble
Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée
 - Haute Autorité de Santé (2015, Recommandation) :
Démarche centrée sur le patient – Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi

(Textes disponibles sur le site internet HAS)

Quelle relation soignant·e·s - soigné·e·s ?

- **Dans le cas général :**
 - Le modèle de la **décision partagée** et le modèle de l'**Approche Centrée Patient** sont les plus pertinents, car les plus éthiques et efficaces (d'où le soutien de l'HAS, du CNGE, etc.)
- **En cas d'urgence ou de conscience altérée :**
 - Le modèle du **médecin décideur (version ouverte)** peut aussi avoir sa pertinence

Des anti-modèles ?

- **Le Modèle gestionnaire**
(New Public Management)
(Nouvelle Gestion Publique)
 - Standardisation des agents du soin et standardisation du soin (T2A à l'hôpital)
 - Standardisation des patients et des pathologies
 - « Optimisation » du processus industriel
Gestion sur indicateurs de « performance »
(Les guillemets sont l'indice de nombreux biais quant à ce qui est « optimisé » et ce qui est choisi comme indicateur de « performance »)

4

L'Approche Centrée sur la Personne

L'Approche Centrée sur la Personne

Pilier 5

- **Fondamentaux :**

- **Accueil inconditionnel et positif**
- **Compréhension empathique**
- **« Congruence »**

L'Approche Centrée sur la Personne

- **Fondamentaux :**

- **Accueil inconditionnel et positif**

Vous êtes là, je vous accueille, je vous reçois tout entier·e, avec vos qualités et vos défauts, je souhaite vous aider

- Effets :

- Baisse des défenses psychique
 - Apaisement
 - Écoute
 - Place la personne en situation active

L'Approche Centrée sur la Personne

- **Fondamentaux :**

- **Compréhension empathique** = attention portée aux émotions

Ressentir pour comprendre, et comprendre pour aider

- Effets :

- Une **relation humaine**, et non un robot, une brute
- Côté soignant·e : importance du « rôle propre » d'aidant
Mon rôle de soignant·e, c'est d'aider ; pour aider je dois comprendre ; pour comprendre je dois ressentir
- Remarque : Compréhension empathique ≠ Empathie

L'Approche Centrée sur la Personne

- **Fondamentaux :**
 - « **Congruence** »

Honnêteté = être soi-même, honnête avec soi et avec l'autre
Ne pas être dans un rôle factice, distancié, qui sonne faux

- Effets :
 - Côté soignée : J'ai à faire à quelqu'un qui est honnête donc qui est fiable ; je peux m'impliquer
 - Côté soignante : J'écoute, je m'implique pour les gens
Je m'épanouis dans mon travail

L'Approche Centrée sur la Personne

- **Fondamentaux :**

- **Accueil inconditionnel**
- **Compréhension empathique**
- **« Congruence »**

- **Effet 1 — Alliance thérapeutique :**

- *Les soigné·es se sentent en **écouté·es***
- *On construit de la **confiance**, de l'**Alliance thérapeutique***
- *La personne va plus facilement **confier pourquoi elle vient***
- *Elle se sent **engagée dans le soin** : meilleure implication et meilleure **observance thérapeutique***
- *Les soignant·es avez **une relation fluide et humaine** avec les soigné·es : le métier est plus agréable et gratifiant*

L'Approche Centrée sur la Personne

- **Fondamentaux :**

- **Accueil inconditionnel**
- **Compréhension empathique**
- **« Congruence »**

- **Effet 2 — Attitude active et lucidité :**

- *Les soignées sont **moins sur la défensive***
- *Quand le soin a une part de **changement de comportement** (suivi de traitement, addiction, psychothérapie...) la personne va plus facilement adopter une **attitude active**, donc élaborer des voies de solutions qui lui seraient adaptées*
- *Le soignant va pouvoir l'aider à **se projeter dans ces changements** de comportements*
- *Plus de **lucidité intérieure** (être au clair avec soi-même)*
- *Plus de **lucidité extérieure** (le sens de ses responsabilités)*

L'Approche Centrée sur la Personne

- **Fondamentaux :**

- **Accueil inconditionnel**
- **Compréhension empathique**
- **« Congruence »**

- **Effet 3 — Co-construction et respect :**

- *On **accompagne** la personne dans la **bienveillance***
- *On **co-construit le soin** en alliant les deux sources :
la vie et le cœur de la personne et les connaissances du soignant*
- *La personne est **respectée**, son **autonomie** est **valorisée***

L'Approche Centrée sur la Personne

- Références :
 - **Carl Rogers** : *L'Approche centrée sur la personne*
Editions Ambre, 2013 (anthologie de textes)
 - **Haute Autorité de Santé** (2015, Recommandation) :
Démarche centrée sur le patient – Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi
(disponible sur le site internet HAS)

5

Approche Centrée sur la Personne Le consentement et l'accord

Du consentement à l'accord

- Rappel : le modèle du consentement
 - **Le/la médecin propose → Le/la patient·e consent ou refuse**
 - Une structure **orientée** :
 - C'est le/la médecin qui propose
 - Le/la patient·e n'est pas en position active, mais réactive
 - Une structure **séquentielle** :
 - Enquête → Proposition → Consentement → Réalisation

Du consentement à l'accord

- Le modèle de l'**accord** / de l'**Approche Centrée Patient**
 - Une **rencontre** Médecin-Patient·e → Un **accord**
 - Une **mise-en-commun** de savoirs, de préférences, de motivations, de soucis, de possibilités, etc.
 - Une **discussion** des décisions possibles et des conséquences
 - Un **accord** sur les décisions
 - Un **soutien** dans la réalisation et le suivi

Du consentement à l'accord

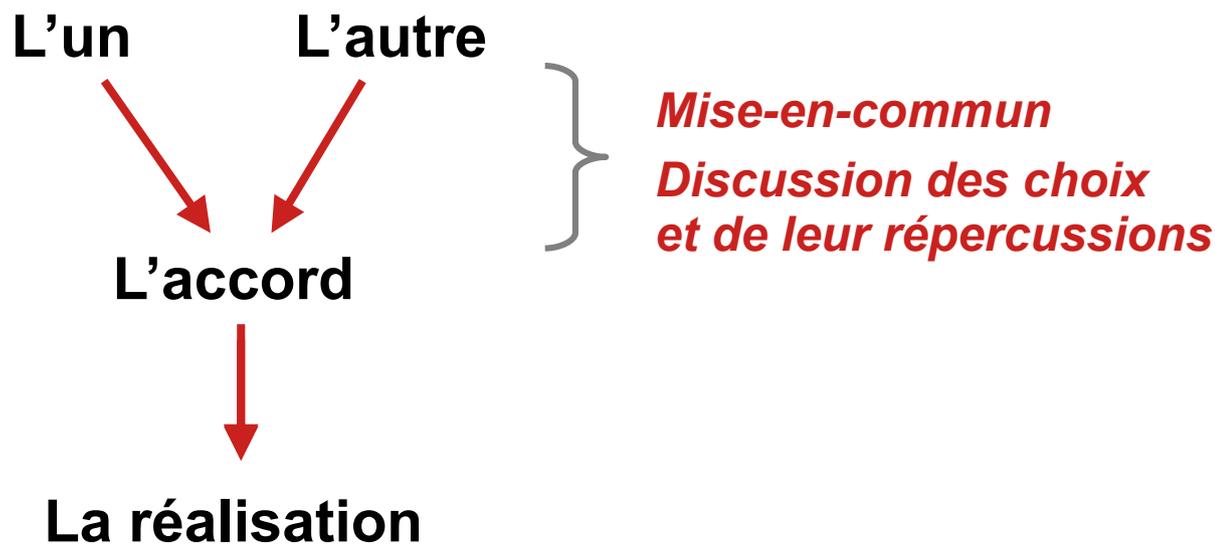
- Le modèle de l'**accord** / de l'**Approche Centrée Patient**
 - Une **rencontre** Médecin-Patient·e → Un **accord**
 - Une **mise-en-commun** de savoirs, de préférences, de motivations, de soucis, de possibilités, etc.
 - Une **discussion** des décisions possibles et des conséquences
 - Un **accord** sur les décisions
 - Un **soutien** dans la réalisation et le suivi

– *Remarques :*

- *La proposition peut venir de l'un, de l'autre ou de la rencontre*
- *Le **risque de refus s'auto-dissout** puisqu'on construit ensemble*
- *Un **meilleur respect de l'autonomie***

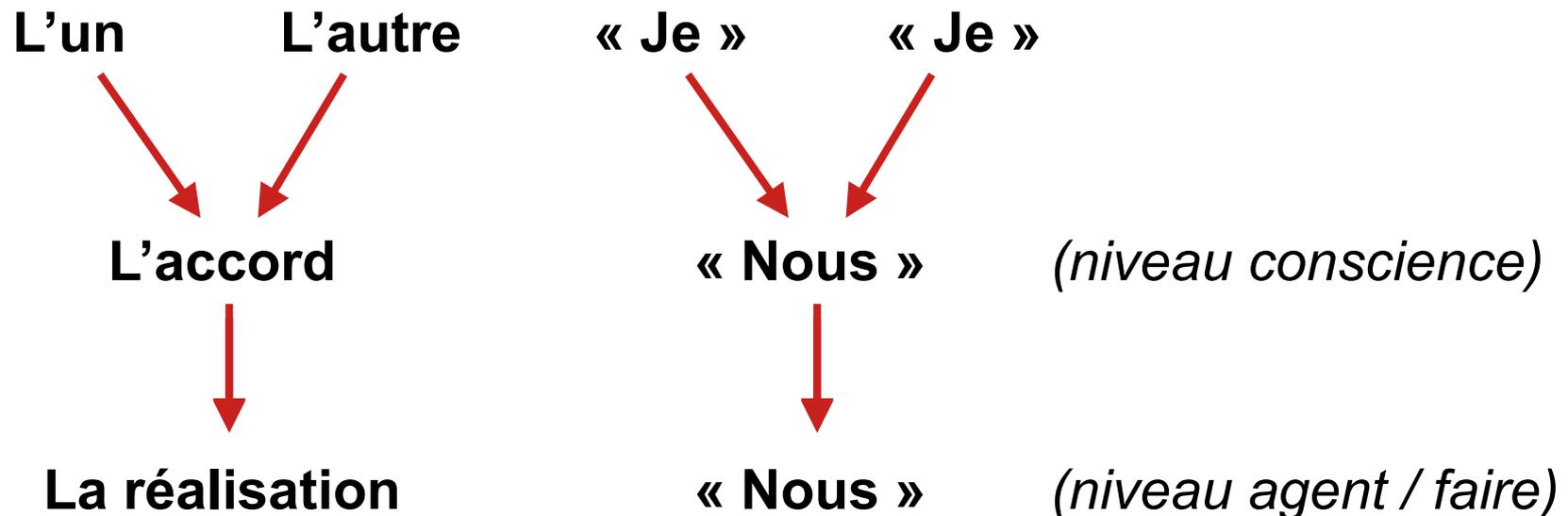
Du consentement à l'accord

- Le modèle de l'**accord** / de l'**Approche Centrée Patient**
 - Une **rencontre** Médecin-Patient·e → Un **accord**



Du consentement à l'accord

- Le modèle de l'**accord** / de l'**Approche Centrée Patient**
- Une **rencontre** Médecin-Patient·e → Un **accord**



Référence : Goffette J. : *Nous* (Editions BoD, 2020)
 Chap. 5 : Consentement
 Chap. 6 : Accord

Du consentement à l'accord

- La mise en place d'un modèle assez complet
 - On co-construit et on s'accorde en souplesse
 - Confiance réciproque et alliance thérapeutique solide
 - Un soin plus robuste et mieux suivi
 - Compliance des deux personnes envers l'accord de soin
 - Symétrie de la relation humaine
Mais dissymétrie des situations et compétences :
 - Chacun·e apporte ses compétences propres
 - Rôle propre de médecin ; rôle propre de patient·e
 - L'accord : source d'épanouissement au travail, côté soignant·e
 - L'accord : source de soutien face à la maladie, côté soigné·e

Conclusions

- **La relation médecin-patient s'apprend-t-elle ?**
 - Il n'y a pas une intuition naturelle en la matière
 - La relation médecin-patient doit se travailler :
 - Par des éléments de réflexion théoriques
 - Par l'apport d'études cliniques qui montrent des différences d'efficacité et de satisfaction
 - Par un travail de simulation : les jeux de rôle d'étudiants
 - Par un travail permanent d'apprentissage en situation de soin

***Vous allez apprendre beaucoup sur autrui
Vous apprendrez aussi beaucoup sur vous-même***

