
la relation médecin-malade et la confiance

Sens et Croissance

2 Février 2008

En préambule

Difficile d'aborder ce sujet
face à une assemblée d'experts!

Car chacun de nous a fait l'expérience de la maladie
et va confronter cet exposé à son expérience singulière.

Sans compter la somme d'expertises en relations humaines
réunies autour de cette table!

En préambule

Ce travail s'appuie sur la compilation de formations et communications destinées aux médecins ainsi que sur une approche du Code de Déontologie Médicale et d'articles interpellant l'éthique médicale:

j'ai fait le choix de me limiter à ce qui faisait écho à une expérience déjà bien ancienne, actualisée et enrichie par mon quotidien en entreprise, sans exhaustivité

(en particulier on pourrait traiter les sujets suivants: conflit entre l'intérêt de la personne et celui de la société, cas particulier de la médecine du travail...)

cheminement

- Les acteurs
 - Dépasser les différences et rencontrer l'autre
- La rencontre
 - La nature de la rencontre
 - Le cas particulier de la maladie chronique
- Le code déontologique
 - Un outil unique au service de la confiance?
- Et une question en guise de conclusion

Les acteurs

Dépasser les différences
et rencontrer l'autre

Deux personnes, deux histoires se rencontrent, dans une relation éminemment asymétrique

La relation médecin malade met en présence 2 partenaires investis chacun d'un « rôle spécifique » et qui chacun abordent chaque rencontre avec les références qui leurs sont propres et avec leur histoire.

Cette relation est éminemment asymétrique entre le médecin qui sait et le malade qui ignore

(Même si, l'internet aidant, ce dernier parvient de plus en plus à acquérir un savoir livresque et abstrait

“Mais le malade instruit, restera aussi malade qu'auparavant, à supposer même qu'il ne soit pas accablé par un savoir lui peignant sa destinée en noir”)

Ce que soulignent les deux portraits “opposés” par Levinas 1/2

*“L'homme debout et en bonne santé
fait face
À l'homme couché, nu, démuni et menacé.*

-

*Le temps du premier est celui de l'homme
qui passe de son travail à ses proches
sans oublier ses distractions,*

*le temps du second est celui
de l'angoisse, de l'attente, du rituel de l'hôpital,
du décompte à rebours, à l'issue incertaine.”*

Ce que soulignent les deux portraits opposés par Levinas 2/2

*“Le médecin vit son métier au sein
d'une libre destinée ouverte sur l'avenir,
et même s'il est durement confronté à la mort,
c'est celle d'un autre et non la sienne.*

*Tandis que le malade
brutalement redevenu mortel
par le fait de sa pathologie, même bénigne,
se voit enfermé dans un destin dont les lois lui échappent.”*

Non seulement la relation est asymétrique,
mais les représentations et attentes
de chacun divergent

Néanmoins ces différences et divergences
peuvent être le lieu de la complémentarité

Ainsi, la représentation

que se fait le patient de son médecin...

Il peut être perçu à la fois comme :

- **Un technicien** (savoir et savoir faire sur les dérèglements physiologiques)
- **Un confident** neutre, discret susceptible d'entendre les détresses individuelles, d'être de bon conseil
- **Un interprète** qui peut décrypter, donner un sens qui échappe au patient
- **Un sorcier ou un guérisseur** doté de pouvoirs occultes sur le bien et le mal
- **Un garant** de l'ordre social et des libertés individuelles
- **Un héros** ayant pour mission de repousser les pouvoirs de l'homme sur les lois de la nature
- **Un notable** alliant réussite sociale et responsabilité,
- **un représentant de l'autorité parentale**, capable de rappeler à l'ordre, faire la leçon, voire infliger une punition, mais aussi d'apprendre les choses de la vie, de montrer le chemin de l'autonomie

... se trouve confrontée aux motivations de son médecin

Etre médecin peut répondre au désir

- De soulager, prendre soin, réparer (et à ses racines infantiles liées aux rivalités fraternelles ou parentales)
- D'allier une compétence technique à la richesse du contact humain
- De jouer un rôle moteur dans l'évolution de normes éthiques d'une société
- D'accomplir une mission sociale en offrant à ses patients un droit à la santé qui atténue les inégalités sociales
- D'exercer un art qui fait quotidiennement appel à son sens du discernement et à sa capacité de décision
- D'affirmer son pouvoir sur les autres, de se faire obéir, respecter
- D'acquérir une situation sociale et un emploi rémunérateur

Le médecin idéal est pour le patient
celui qui pourra être à la hauteur
de ses multiples espérances

Le patient idéal est pour le médecin
celui qui lui permettra au mieux
de satisfaire sa vocation,
c'est-à-dire ses attentes conscientes
et ses désirs inconscients

Quelles que soient les contingences de chaque rencontre,
le malade et le médecin attendent chacun de l'autre,
(consciemment ou non),
des comportements, des qualités, des réponses,
largement déterminées par les représentations sociales,
par les expériences individuelles et universelles
de souffrance, d'aide interpersonnelle
et d'échange de services

La façon dont, de manière anticipée,
chacun investit son interlocuteur,
conditionne en partie ses chances
d'être ou non compris,
d'être ou non déçu.

Ces représentations doivent être reconnues et dépassées
pour donner sa chance à la confiance

A noter aussi que la relation sera
d'autant plus facilement harmonieuse
que le corps subjectif (vécu par le malade)
correspond au corps objectif
(le corps exploré par le médecin)

Patient avec facteur de risque: diabète:
Il se sent en bonne santé,
alors que le bilan dit la sévérité de la maladie

Les pathologies fonctionnelles:
pas d'explication objectivable par le médecin
en regard de la plainte/ du vécu du patient

La rencontre

La nature de la rencontre

La relation Médecin Malade est structurée autour d'une **demande et d'une offre** de soins, lieu de compétence, de méthode et de rigueur technique.

La nature de la rencontre

Cette relation est productrice de **sens**:
un diagnostic,
c'est-à-dire un décryptage du malaise expérimenté
ainsi qu'une analyse de ses causes multiples

Elle est productrice de soin:
réparation du dommage observé,
renforcement des défenses naturelles,
soutien moral, attitude attentive de prise
en considération d'un sujet en difficulté

Deux formes d'exercice, deux modes relationnels, deux façons d'expérimenter la confiance

Médecine d'urgence

Modèle biomédical
Formation universitaire appropriée
Visible et "médiatisée"
Pouvoir sur le malade
Patient passif et coopérant
Succès gratifiant, admiration
Echec +/- accepté (j'ai tout essayé)
Équipe médicale/ soignante solidaire

La confiance s'appuie sur la capacité
du médecin à mettre en œuvre de
façon efficiente un savoir et des
moyens

Médecine chronique:

Modèle biopsychosocial et pédagogique
Peu enseigné
Moins visible
Pouvoir partagé avec le malade
Patient actif, en position d'apprenti
Gratification plus limitée
Échec culpabilisant
Personnalisation du lien...solitude du
médecin

La confiance s'appuie sur/ et se traduit
par la capacité du médecin à mobiliser le
patient et celle du patient à devenir
partenaire du contrat de soins

Le cas particulier de la maladie chronique

Les ressorts « cachés » de la rencontre qui peuvent faire échec à la confiance

Comme chaque fois que 2 individus se rencontrent,
la relation est intersubjective

Elle est régie par des ressorts affectifs
qui confèrent un extraordinaire
pouvoir d'influence réciproque,

source majeure de frustration et de blocage,

mais aussi de motivation et de mobilisation
pour tout projet de longue durée

Les ressorts « cachés » de la rencontre qui peuvent faire échec à la confiance

La relation est en bonne partie conditionnée
par les attitudes adoptées
par le patient face à sa maladie,

et par les réactions
que ces attitudes induisent chez le médecin

Ceci est particulièrement vrai
dans le cadre de maladies « chroniques »

La stratégie d'ajustement du patient à « l'idée » de sa maladie va favoriser soit le maintien soit la « rupture » du lien

Stratégie d'ajustement : maintien de la conscience des pensées perturbatrices		
Toute puissance Révolte, revendication, insoumission, injustice, résistance passive..	Intermédiaire Combativité, confrontation, besoin de maîtrise, d'information, recherche de solution	Impuissance Renoncement, désespoir, résignation, soumission au destin, sublimation
Stratégie d'ajustement: évacuation de la conscience des pensées perturbatrices		
Toute puissance Déni, minimisation, banalisation, intellectualisation, répression émotionnelle..	Intermédiaire Fuite, évitement sélectif, refoulement, oubli, déplacement sur d'autres sources de préoccupation, compensation par l'alcool	Impuissance Délégation de pouvoir, idéalisation de la médecine, attente d'une solution magique, recherche de soutien social



Elsevier



De même, la réaction intime du médecin au comportement du patient sera ou non favorable à une relation de qualité

Quel que soit le stade de maturation personnelle du patient, ses attitudes peuvent être interprétées par le médecin, a tort ou a raison, comme une résistance au changement ou une opposition au projet de soin.

Le médecin se sent sollicité voire remis en cause et a tendance à se mobiliser pour faire face aux résistances et/ou oppositions du patient.

Il y a volontiers une mobilisation affective de médecin et cela peut déboucher sur le choix d'une confrontation

Attitude de confrontation

Relation de pouvoir:

qui aura le dernier mot?

Angoisse du médecin:

ne pas réagir = non assistance à personne en danger

Emphase sur les symptômes pour persuader
(objectivation) et dangers (statistiques, dramatisation)

Stigmatisation du comportement du patient:

“ce n’est pas normal dans votre état”

Attitude paternaliste et directive

qui peut être vécu paradoxalement comme un abandon
« à vous de jouer »

Attitude de motivation 1/2

Relation pédagogique:
pourquoi le manque de motivation?

Entretien centré sur les raisons personnelles (subjectives)
Prise en considération des résistances personnelles du patient:

**Alliance thérapeutique
qui compose avec les résistances
(plutôt que de les combattre)**
Encouragement de la décision du patient à changer,
plutôt que “ c’est le seul moyen”,
et valorisation des possibilités personnelles

Attitude de motivation 2/2

Nécessite **d'accepter/** tolérer **l'efficacité limitée**

Nécessite de prendre le temps de **souligner**
les progrès et bons résultats

De **reconnaitre** l'importance des **efforts** déployés

Nécessite une **réévaluation des erreurs**,
en apportant un **éclairage différent**:
aspect dynamique et positif de cette étape,
qui permet la réévaluation, le rappel des objectifs et donc
leur meilleure intériorisation,
pour à terme une meilleure stabilité des résultats

Face à la maladie,
et aux changements requis
par la prise en charge thérapeutique,
le patient passe par différentes étapes.

Le médecin doit savoir les reconnaître
adapter et faire évoluer sa proposition de soins

Les étapes du processus de changement face à un problème de santé chronique *(Elsevier)*

Non Implication

Prise de conscience
(se sent concerné)

Mobilisation
(préparation à l'action)

Rechute
(reprise d'un comportement antérieur)

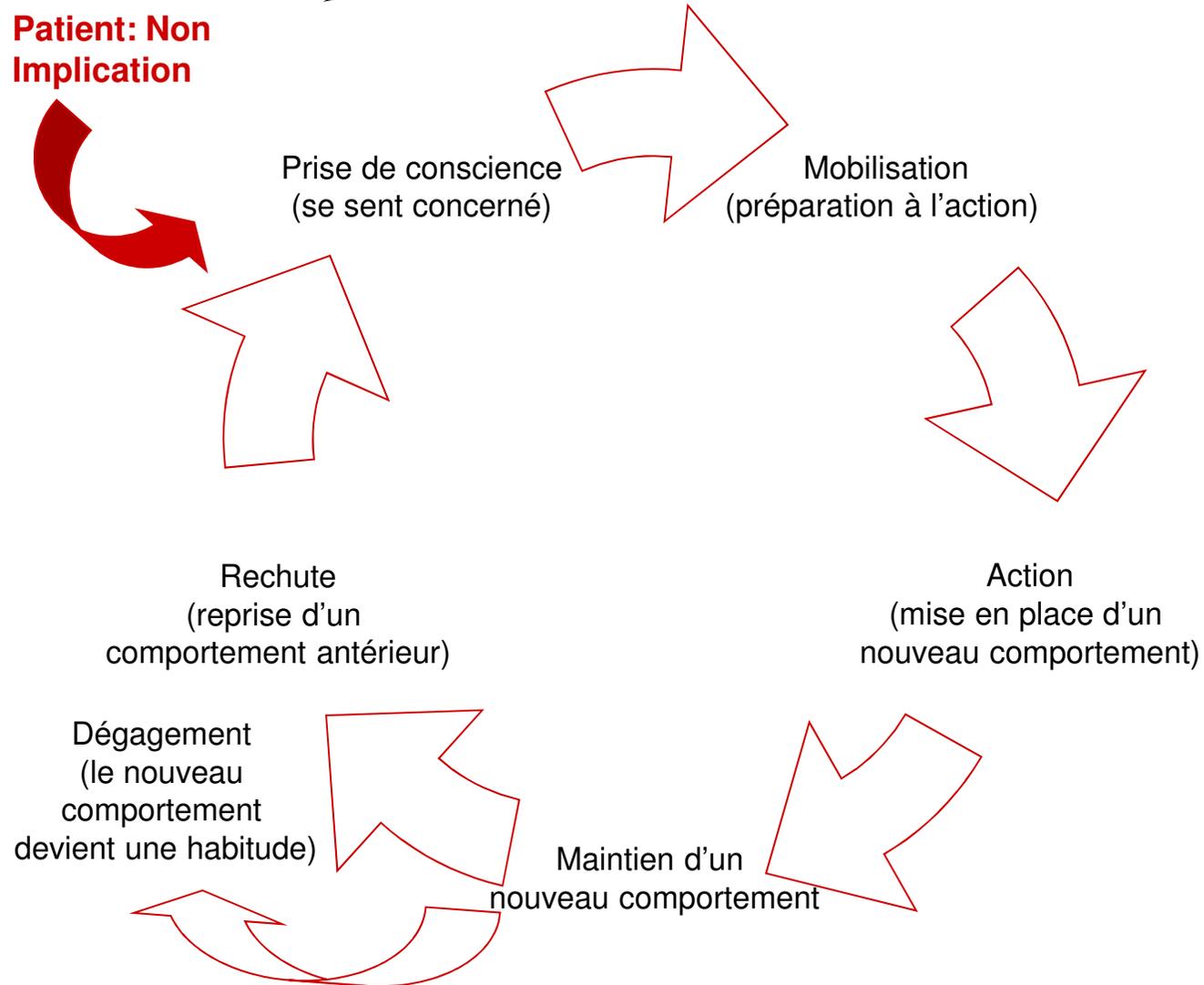
Action
(mise en place d'un
nouveau comportement)

Dégagement
(le nouveau
comportement devient
une habitude)

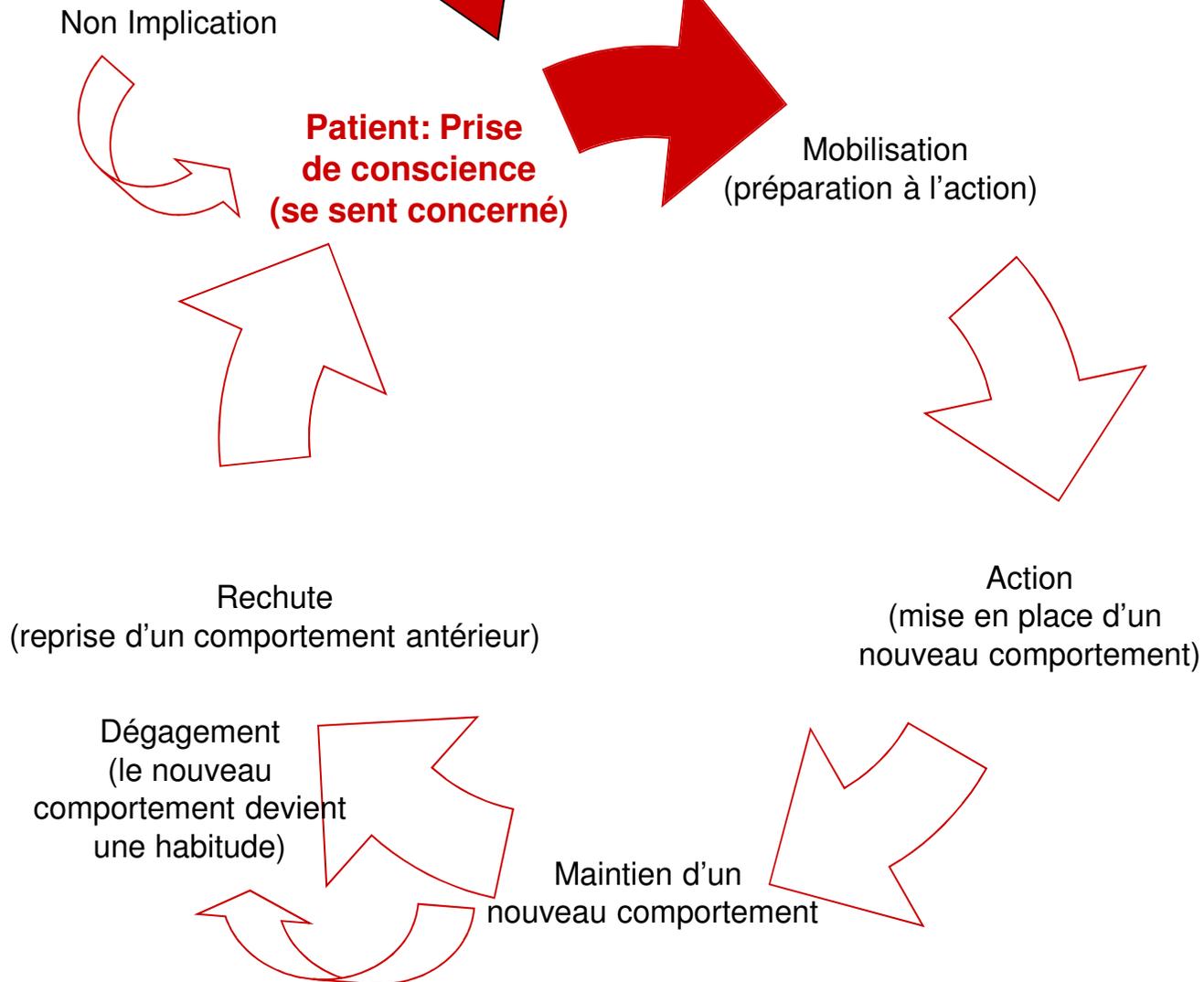
Maintien d'un
nouveau comportement

**Médecin: Susciter le doute
faire réaliser le risque encouru**

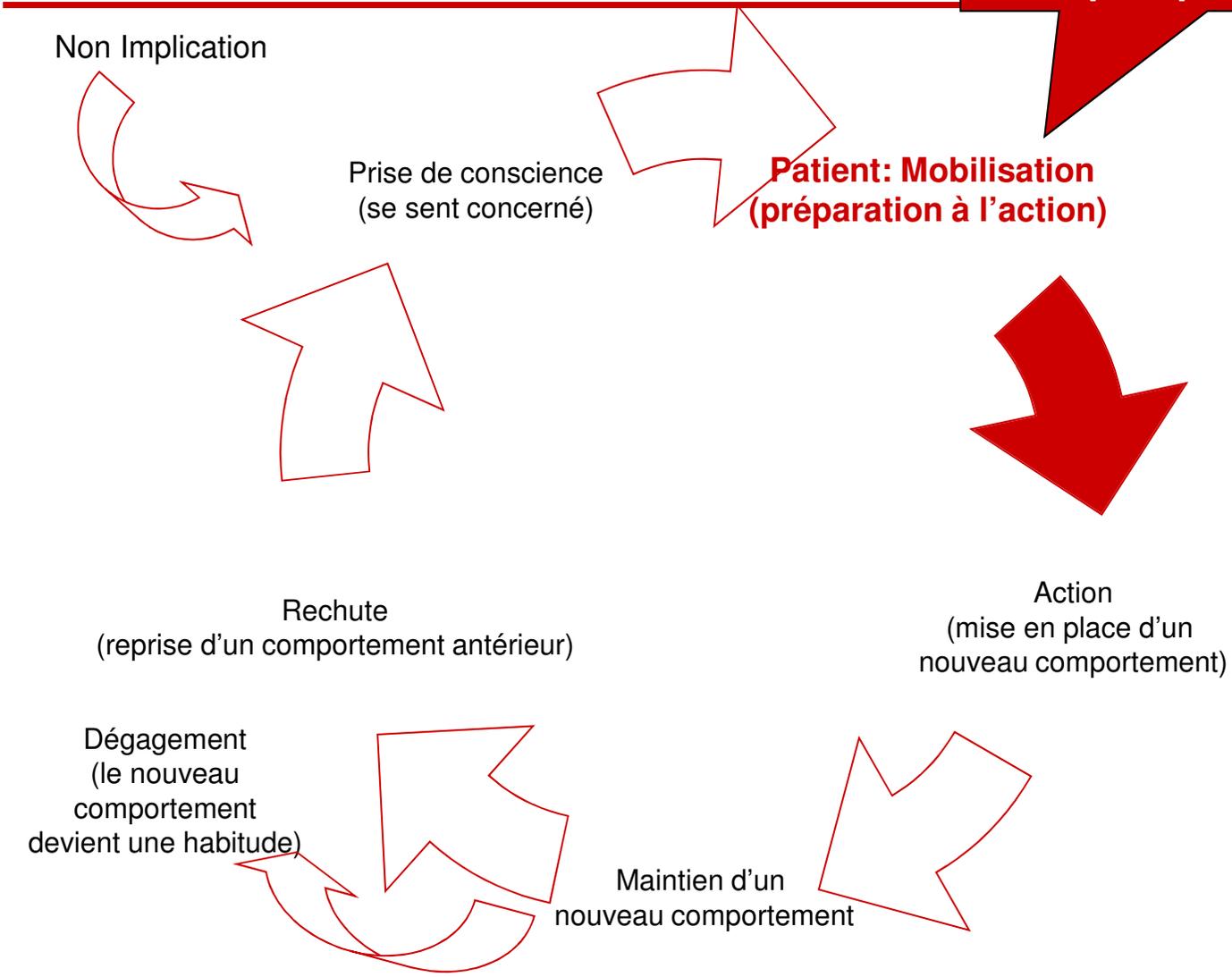
**Patient: Non
Implication**

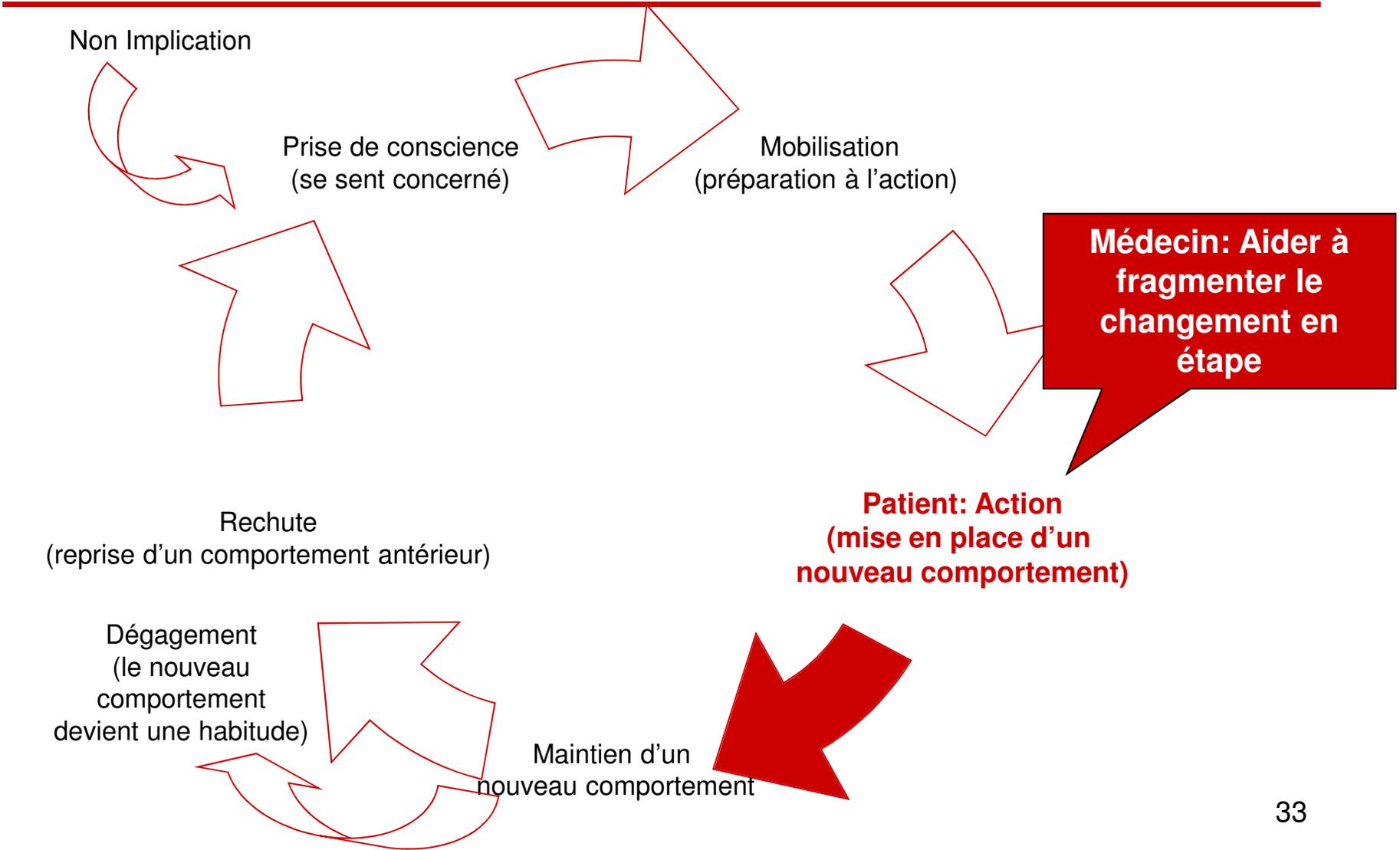


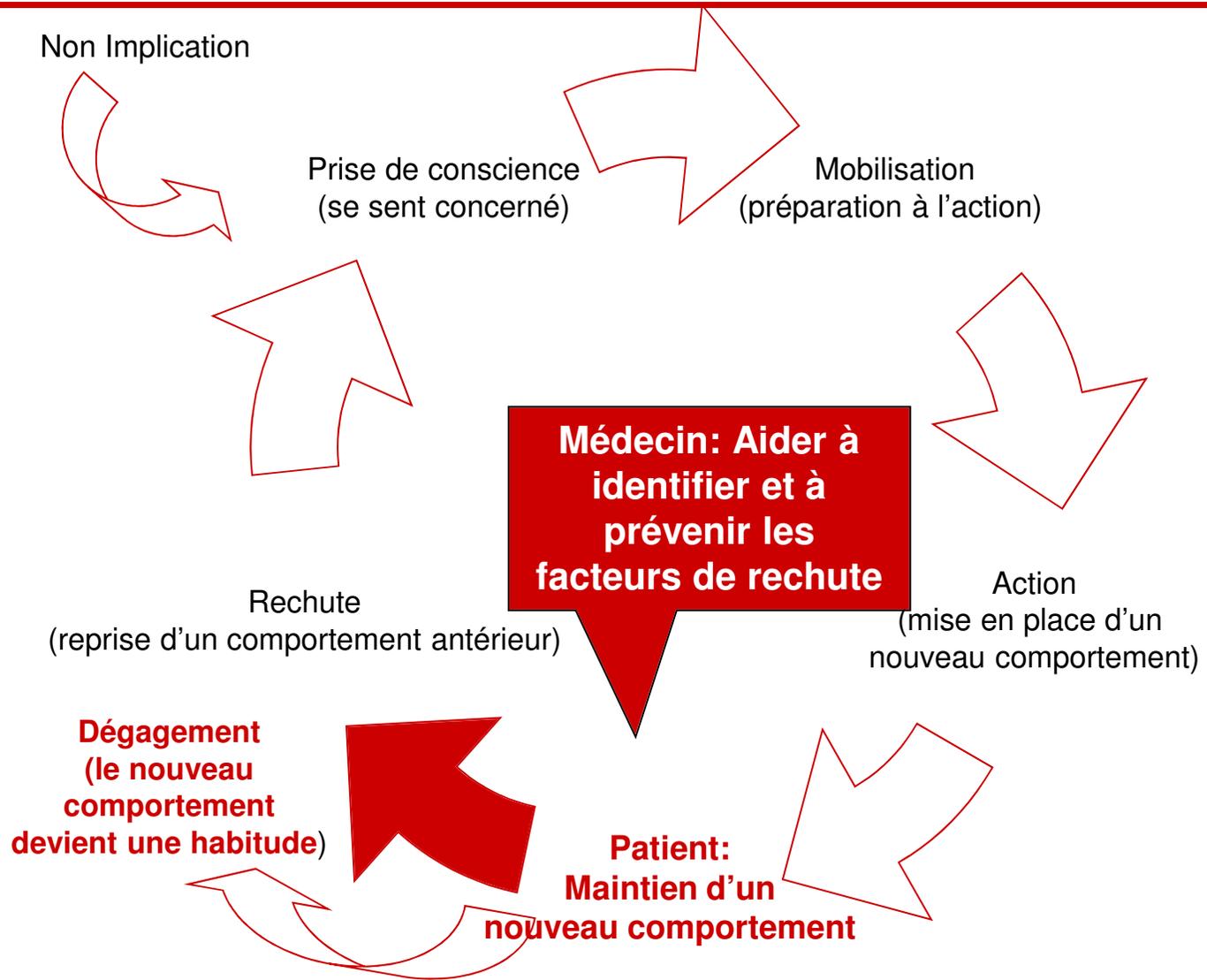
Médecin: Renforcer la conviction du patient d'être capable de réussir à changer

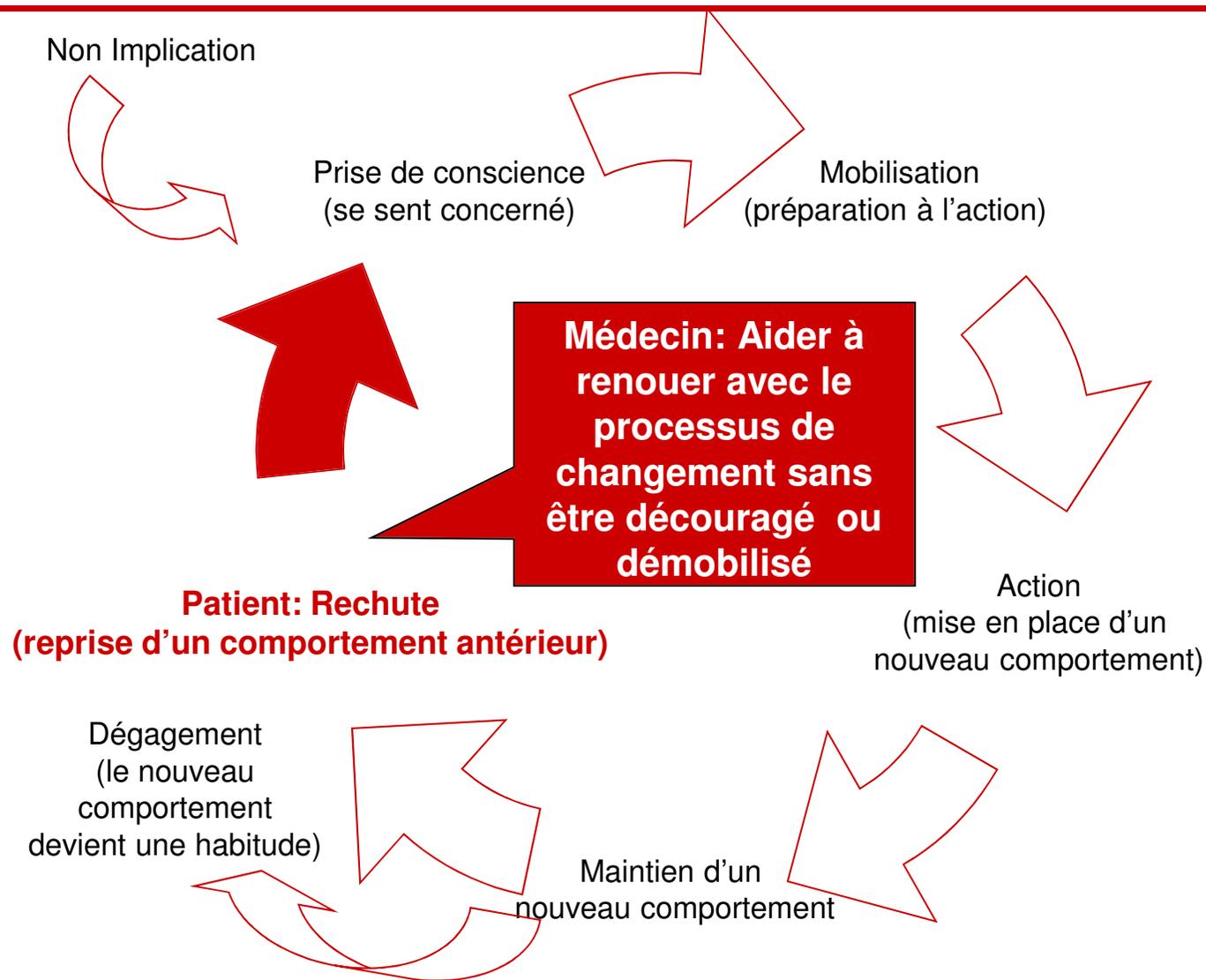


Médecin: Aider à choisir les stratégies de changement les plus prometteuses









Il doit aussi savoir identifier et prendre en compte les traits de personnalité du patient

Par exemple, problème de réactions subjectives en miroir de la subjectivité débordante du patient hystérique,

Risque de réaction de confrontation face à l'obsessionnel débordé par son anxiété qui perd de vue l'essentiel ou au contraire, qui instaure relation strictement limitée, balisée, par un échange méticuleux et rationnel

« La bonne distance »

Adopter une attitude empathique:
se sentir suffisamment proche mais pas trop
pour mieux comprendre,
mieux faire comprendre que l'on comprend,
chacun à sa place.

Aptitude à s'intéresser à la personne,
pas seulement aux symptômes,
à percevoir ce qu'il ressent,
à le resituer dans son environnement familial
et social, son histoire personnelle...
Veiller à une communication
de bonne qualité, authentique, interactive

Le code de déontologie médicale,
un outil “unique” au service de la
confiance?

Le contrat

Cette relation asymétrique, intersubjective, peut et doit évoluer vers une **relation contractuelle** construite sur les principes du **partenariat** visant la transmission d'un esprit et d'un savoir faire et **l'autonomie** maximale du malade

Elle est contractualisée par **les lois de protection sociales** et elle est régie par **un code**: le code de déontologie médicale

Ce code est dit “de déontologie” médicale” parce qu’il régit
le mode d’exercice de la profession en vue
du respect d'une éthique

Il doit être lu comme la synthèse des enseignements
d'une longue pratique médicale,
régulièrement confrontée à des problèmes éthiques
auxquels elle a cherché à apporter des solutions.

Quelques thèmes/ articles clef qui illustrent le champ très large couvert par le code

*“le libre choix du médecin”, “le secret médical opposable”,
“le devoir de non aliénation, d’indépendance professionnelle du médecin”, “
la libre prescription”, “le devoir de respect des principes de probité, moralité,
de dévouement”, “le respect de la vie humaine, de la personne et de sa
dignité”, “ le devoir de prendre soin avec la même conscience de toute
personne quelle que soit sa situation, sa race...” , “devoir d’assistance à
toute personne en péril”, “devoir de dénoncer l’atteinte à l’intégrité du
patient”, “devoir d’entretenir ses connaissances”, “devoir de contribution à
l’éducation sanitaire”... “en ne diffusant que des données confirmées”,
“caractère non commercial de l’exercice médical”, “interdiction d’association
illicite”, “devoir de ne pas procurer au patient d’avantage illicite ou injustifié”,
“interdiction de publicité » « assistance médicale à la procréation »,
« accompagnement des mourants », « consentement du malade »,
« défense de l’enfant », « établissement d’un dossier de soins », « accès du
malade à son dossier », « règles d’exercice et d’installation ...*

Etabli par le Conseil National de l'Ordre des médecins,
il tire en partie sa force du fait qu'il soit adopté
après avis du Conseil d'Etat
(Il est d'ailleurs intégré au Code de la Santé Publique).

Ainsi, le Code de Déontologie Médicale constitue un texte
juridique de nature réglementaire depuis 1949.
(à la différence des textes déontologiques régissant la
profession d'avocat par exemple),
Mais, s'agissant d'exigences qui sont propres à la
profession médicale, ces règles ne peuvent être
appliquées par des tribunaux de droit commun
mais par des tribunaux professionnels.

Ce code, parce qu'il entend régir dans le détail
non seulement le contrat de soin,
mais aussi le comportement, la morale du médecin,
non seulement sa relation à son métier, à ses pairs,
aux responsables de santé publique
mais surtout sa relation au patient
dans toutes ses dimensions, dans son intégrité

est certainement un support
essentiel d'une possible confiance

Je vous propose enfin (bien que non philosophe!)
quelques éléments d'une réflexion de P. Ricoeur
sur le code de déontologie médicale qui apporte
un éclairage complémentaire
sur la relation médecin malade

P Ricoeur rappelle que,
par son rapport à un métier, le code se situe
à mi hauteur entre une morale prudentielle,
transmise par une expérience séculaire
enrichie de l'expérience en cours,
et une morale déontologique,
dépositaire d'une diversité de fonctions critiques
qui dépasse le simple souci de codifier
les préceptes de la pratique médicale.

Il qualifie encore le Code d'échangeur entre les jugements prudents entretenus par la pratique de la profession médicale et les jugements normatifs qui relient l'éthique d'une profession et l'éthique générale relative à la sollicitude due à la souffrance et au malheur

Jugement prudentiel: décisions prises dans une relation singulière...

À la base, il s'agit bien de situations, de "jugements" "prudentiels*", puisque la vertu de "prudence*" s'applique à des décisions prises dans des situations singulières: un patient individuel et un médecin individuel sont engagés dans une relation interpersonnelle.

Et cette pratique, parce qu'elle intervient sur la souffrance humaine, "retraite ultime de la singularité", porte bien sur le cas particulier

(référence à la vertu romaine de prudentia, du grec phronesis: sagesse pratique capable de s'incarner en vertu, c'est-à-dire en manière d'être accoutumée. Première vertu cardinale, celle qui allie force d'esprit, faculté de discernement, connaissance⁴⁷ de la vérité dans la conduite de la vie.)*

... qui définit un **pacte de confidentialité**

Pour P Ricoeur,
le noyau éthique de cette rencontre singulière
est le pacte de confidentialité
qui engage l'un à l'égard de l'autre:
un patient donné avec un médecin particulier

Il parle de pacte de soins basé sur la confiance
(et pas encore, à ce niveau prudentiel,
de contrat ni de secret médical)

Le pacte de soins émerge de démarches convergentes

Or ce pacte conclut un processus original:

Au début, un fossé, une dissymétrie
entre deux protagonistes:
un qui sait et qui sait faire, l'autre qui souffre.

Par une série de démarches entreprises
par l'un et l'autre,
ils vont combler ce fossé et égaliser les conditions

1 - les démarches du patient

« Le patient, porte au langage sa souffrance en la prononçant comme plainte.

*Cette plainte comporte une composante descriptive, (symptômes...)
et une composante narrative (enchevêtrés, dans telle histoire).*

A son tour la plainte se précise en demande de ... (guérison, de santé, voire d'immortalité en arrière plan),

et demande à..., adressée comme un appel à tel médecin.

Sur cette demande se greffe la promesse d'observer, une fois admis, le protocole du traitement proposé

2 - les démarches du médecin

Le médecin fait l'autre moitié du chemin d'égalisation des conditions, en passant par les stades successifs

De l'admission dans sa clientèle,

De la formulation du diagnostic,

Enfin du prononcé de la prescription »

Et constitue l'alliance élective des 2 personnes

C'est par cette double démarche que s'établit le pacte de soin qui va lier les deux personnes, en surmontant la dissymétrie initiale.

Chacun s'engage:

Le médecin à suivre son patient

Le patient à devenir acteur de son traitement.

Le pacte de soin devient ainsi une sorte d'alliance entre deux personnes contre l'ennemi commun: la maladie.

L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite et partagée de remplir fidèlement leurs engagements respectifs

De la somme de ces expériences singulières émergent des préceptes appliqués

Bien que prudentiel,
singulier, pratiqué au cas par cas,
l'art médical est le fruit de l'enseignement et de l'exercice.

C'est ainsi que se créent des préceptes
essentiels dans la pratique médicale:

1. le caractère singulier de la situation de soins
2. l'indivisibilité de la personne
3. l'estime de soi

1^{er} précepte

Le caractère singulier de la situation de soins

et d'abord de celle du patient lui même:
caractère non substituable d'une personne à l'autre.

La diversité des personnes humaines fait que
ce n'est pas l'espèce que l'on soigne,
mais chaque fois un exemplaire unique du genre humain

2d précepte:

L'indivisibilité de la personne:

ce ne sont pas des organes multiples que l'on soigne,
mais un malade "intégral":

ce précepte s'oppose à la fragmentation qu'imposent la
diversité des maladies et de leur localisation,
la spécialisation des savoirs et compétences

Il s'oppose au clivage entre
biologique, psychologique et social

3ème précepte
L'estime de soi:

Ce précepte, s'oppose en particulier au fait que la situation de soins, notamment à l'hôpital encourage la régression du malade à des comportements de dépendance, et les soignants à des comportements offensants et humiliants pour la dignité du malade

Enfin, l'étape de « normalisation » (institution de la Norme) ouvre la dimension déontologique

« Si le pacte de confiance et la promesse de tenir ce pacte constituent le noyau éthique de la relation qui lie tel médecin à tel patient c'est l'élévation de ce pacte de confiance au rang de norme qui constitue le "moment" déontologique du Code

Le caractère universel de la norme est affirmé, elle lie tout médecin à tout patient, donc quiconque entre dans la relation de soins

Dans la norme, le précepte de confidentialité devient secret médical

*Plus fondamentalement encore,
la norme revêt la forme d'une interdiction,
celle de rompre le secret médical.*

*Au niveau prudentiel, ce qui n'était qu'un précepte de confidentialité
conservait les traits d'une affinité élective entre deux personnes:
en ce sens, le précepte pouvait être assigné en vertu d'amitié*

*Sous la figure de l'interdit, la norme place l'engagement singulier
sous la règle de justice et non plus sous les préceptes de l'amitié*

*Le pacte de soin dont il a été question au plan prudentiel
peut maintenant être exprimé dans le vocabulaire
des relations contractuelles*

Enfin, parce que relationnel, l'acte médical place au premier plan la réciprocité entre les droits et les devoirs des médecins et les droits et devoirs des patients

En particulier, le droit des patients à être informés de leur état de santé:

La question de la vérité partagée vient équilibrer celle du secret médical:
l'interdiction de rompre le secret médical ne peut être opposé au patient

Vérité partagée – secret:
Ces deux normes rapprochées
reconstituent l'unité du contrat
qui est au centre de la déontologie médicale

**Pour terminer...ou aller plus loin,
une interrogation**

Au final lorsque l'on s'attache à l'observation des motivations et attentes individuelles, des mécanismes de réaction et d'adaptation, des "techniques" et recommandations comportementales proposées aux professionnels de santé, les conditions et les écueils à la confiance semblent assez comparables à ceux que l'on pourrait évoquer dans le cadre de l'entreprise

On peut aussi aisément transposer les 3 préceptes qui sous-tendent le code au monde de l'entreprise:

Le caractère singulier:

ce n'est pas l'espèce qui travaille, mais chaque fois un exemplaire unique du genre humain

L'indivisibilité:

ce n'est pas une compétence, mais une personne qui travaille

L'estime de soi:

les conditions, le contexte de travail favorisent-ils ou non la régression, les comportements de dépendance?

(On peut de même établir un parallèle en ce concerne la notion de démarche convergente/ engagement réciproque des acteurs (employé/management-entreprise), qui « surmonte la dissymétrie initiale »)⁶²

Or l'encadrement de la pratique et des comportements par le code de déontologie médicale ne semble pas avoir d'équivalent véritable dans le monde de l'entreprise (?)

L'efficacité de celui-ci est peut être à rapprocher du fait qu'il réglemente une relation qui n'implique que deux personnes (ou un très petit nombre)

Qu'en serait-il de l'application d'un tel code à des dizaines, des milliers de personnes?

Est-ce réaliste? Est-ce souhaitable?

En quoi cela pourrait il favoriser ou affaiblir la confiance?