

Comme la médecine, la relation médecin-malade s'inscrit dans une histoire et des problématiques complexes. L'émergence du sujet médecin est le résultat logique de la prise en compte du patient. Elle suscite des tensions et nécessite des ajustements fondés sur la dynamique du soin et les besoins de la collectivité, mais aussi de celle des individus médecins. Notre propos est de présenter une brève histoire de la réflexion et des tensions sur la relation médecin-malade et de souligner l'enjeu majeur représenté par la prise en compte de l'identité professionnelle du médecin dans cet échange. La relation médecin-malade donne sens et couleurs à notre engagement professionnel et il est toujours très vivifiant d'en parler et d'en décrire les modalités optimales. Elle est aussi porteuse d'aspirations à la perfection mais aussi de tensions pas toujours exprimées et de dysfonctionnements plus ou moins flagrants.

Éric Galam
Médecin généraliste,
MCUA, Paris 7
egalam@hotmail.com

Mots clés : identité professionnelle, négociation, relation médecin-malade, remède médecin

Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire

Il faut bien reconnaître que l'on a parfois l'impression de répéter toujours un peu la même chose, chacun y allant de son couplet voire de ses slogans. D'un côté, il y a ceux qui assènent que « *la relation c'est partout, et qu'il faut en tenir le plus grand compte* » et de l'autre, ceux qui pensent, avec un peu de condescendance que « *tout ça, c'est bien gentil, mais il n'y a rien à en faire* ». Pourtant, qu'on cherche à en minimiser ou à en hypertrophier l'importance, la relation est toujours présente. Mais, après les incantations que reste-t-il ? Nombreux sont en tout cas les praticiens, usagers ou décideurs qui se demandent lucidement s'il est possible ou même simplement souhaitable de définir et d'apprécier des critères d'une relation de qualité, pour la travailler et l'optimiser. Les réponses à ces questions ne peuvent être définitives tant la relation est toujours marquée de variabilité, de temporalité et de complexité. Car, plus que tout autre, le travail sur la relation implique au moins deux points de vue, un lien et un contexte. Il pose toujours aussi la question de la part respective de ses différentes composantes. Qu'est-ce qui relève de l'échange, c'est-à-dire de l'interaction et de la relation proprement dites ? Qu'est-ce qui relève du contenu de connaissances qu'on peut avoir de ce lien et de ses protagonistes ? Quel est l'impact des identités des personnes et des groupes

qui y sont impliquées ? Et enfin, quelle place pour le médecin en tant que professionnel mais aussi en tant que personne dans une relation encore et toujours « centrée sur le patient » ?

L'émergence du sujet médecin

Paradoxalement, les prouesses de la médecine technique et sa crédibilité croissante rendent de plus en plus insupportables ses échecs et ses limites. Et elles s'accompagnent d'un besoin d'humanité, lui aussi croissant. Après la fascination presque exclusive des médecins et de la population pour un *corps machine* à connaître et à explorer au mieux, s'est ainsi développée le besoin de prise en compte de la *subjectivité* des malades. À l'exigence de précision du quantitatif s'ajoute de plus en plus clairement le besoin du qualitatif. La maladie est bel et bien vécue par une personne. Elle vient prendre place dans une vie et souvent la bouleverser. La recherche des liens de la maladie avec l'individu et son histoire a permis le développement de la médecine psychosomatique. La subjectivité conditionne l'organicité et inversement. Et

DOI : 10.1684/med.2009.0426



l'on a exploré les profondeurs du psychisme avec au moins autant de délices et d'espoirs que lorsqu'il s'était agi de décrypter la génétique ou l'immunologie. On s'est ensuite tout naturellement intéressé à la dynamique de la consultation et des interactions entre médecin et malade. On a saisi l'importance de l'entourage du patient, de ses proches et de son environnement. Les notions de besoins et de ressources ont acquis droit de cité. Et puis, avec quelques réticences et malgré les contraintes de plus en plus impérieuses de l'économie, on a commencé timidement à tenir compte aussi des contextes et des ressources sans oublier les impératifs des soins et donc aussi du médecin. La notion de représentations, l'idée que chacun se fait de la maladie et des remèdes à y apporter, les valeurs des différents protagonistes, avec leurs priorités, les attentes et les demandes de chacun ont acquis leur légitimité. Aujourd'hui, si personne ne conteste que la médecine concerne avant tout le patient, le rôle majeur du médecin, à la fois vecteur et incarnation du savoir médical, y est reconnu. L'émergence du sujet médecin est bel et bien avérée [1]. Elle est aussi irréversible. Reste à en explorer les modalités, les limites et les équilibres. Reste aussi à préciser l'utilisation par le patient et la collectivité de cet « outil » clinique à la fois performant et fragile qu'est le médecin.

Le généraliste, infiniment médecin...

Maillon essentiel du système de soins, le dispositif de médecine générale est marqué par un certain nombre de

spécificités influant notamment sur la relation médecin-patient. Il est immergé dans la population. Ouvert et facilement accessible, il est aussi pérenne, permettant un recours dès les premiers symptômes et un suivi sur la durée et jusqu'au point ultime lors des fins de vies. Enfin, il est marqué par une personnalisation des soins. Car si le médecin généraliste exerce dans un réseau de soin, il ne peut se réfugier dans ce que Balint appelle la « collusion de l'anonymat ». Il est constitué de registres multiples, incluant aussi les maladies émergentes ou constituées, les maladies persistantes, ou même « discutables ». Pour toutes ces raisons, les généralistes sont « obligés » d'être humains. En ce sens, non seulement ils sont des médecins au même titre que tous les autres cliniciens mais ils le sont encore plus. Ils sont infiniment médecins [2].

Le remède médecin

Comme le souligne Michael Balint [3], le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. Bien plus large que l'aspect non pharmacologique de la prescription, plus communément appelé « effet placebo », ce « remède médecin » est universel tant le soin ne se conçoit pas indépendamment d'une situation humaine. L'individu est de plus en plus isolé. Une solution possible est de voir un médecin et de se plaindre. Et, ajoute Balint, à ce stade initial, nous ignorons ce qui est le plus important : le fait de se plaindre ou les plaintes mêmes qui sont exprimées. C'est dans cette phase encore inorganisée de la maladie que l'habileté du médecin à se prescrire lui-même apparaît comme décisive. C'est pour explorer les caractéristiques et la pharmacologie de ce remède puissant et finalement peu connu, que Balint a développé les groupes et la méthode qui portent son nom. Ce travail sur la relation a pour objectif, non pas de transformer les médecins généralistes en psychothérapeutes ni même en « grands détectives » qui s'intéresseraient à tout dans la vie de leurs patients, mais de les aider à rester médecins en leur donnant des clés pour mieux soigner et être plus heureux.

Le travail de Balint a permis de préciser quelques-uns des critères de la dynamique relationnelle de la maladie. En particulier, il a souligné l'importance de la personnalité professionnelle du médecin qu'il s'agit de modifier de manière « limitée mais considérable ». Et Balint a introduit le terme un peu barbare mais important de « fonction apostolique du médecin » qu'il définit ainsi : tout se passe comme si le médecin avait une idée vague mais quasi inébranlable de la façon dont on doit se comporter quand on est malade et s'efforçait de convertir ses patients à sa foi. Cette croyance influe de manière occulte mais déterminante sur la pratique du médecin. Il faut aider le médecin à s'en approcher pour la travailler et ne pas en être trop dépendant. Quel est son « style » ? Quels sont les patients qui l'intéressent le plus ? Quelle est l'ambiance de sa clientèle ? Quelles sont ses contraintes personnelles, ses peurs, ses ressources ? Comment négocie-t-il avec ses patients et avec leurs familles ? Dans quelle mesure se plie-t-il aux contraintes collectives et aux demandes de ses patients ? Comment gère-t-il ses difficultés, ses erreurs ?

Comment va-t-il chercher l'information dont il a besoin ? Quelle image se fait-il du « bon » médecin ? Comment vit-il son métier ?

Ainsi le médecin habite son activité professionnelle et si l'on veut optimiser sa pratique, il faut aussi l'aider à mieux se connaître en tant que soignant.

Je soigne comme je suis

L'approche « centrée » sur la personne de Carl Rogers [4] est fondée sur une philosophie finalement assez simple et néanmoins percutante. L'être humain a une tendance naturelle à se développer et à régler ses propres problèmes. Cette tendance peut être facilitée dans le cadre d'une relation d'aide. Le médecin n'est pas que psychothérapeute, puisqu'il manie aussi médicaments, examens et s'autorise l'accès au corps de son patient. On attend de lui une compétence et donc aussi une certaine directivité pour prescrire ou ordonner. Pourtant, le médecin est un aidant par excellence. Pour pouvoir aider son patient, il lui faut accepter de se centrer sur lui et pour cela s'efforcer de respecter un certain nombre de conditions indispensables selon Rogers. Ces conditions sont les suivantes : la congruence, c'est-à-dire l'aptitude à être soi-même, à la fois affirmé dans sa position, et rétracté dans son comportement car la rencontre concerne avant tout le patient ; la considération positive inconditionnelle, définie comme la capacité à ne pas juger ni diriger le client ; enfin, plus connue mais néanmoins soumise aux deux précédentes, l'empathie, c'est-à-dire l'effort de l'aidant pour comprendre et ressentir le point de vue de l'autre. Ces trois conditions sont hiérarchisées et, nous dit Rogers, c'est finalement l'identité (congruence) et le cadre (relation d'aide centrée sur le client) qui priment sur la manière (considération positive inconditionnelle) et les connaissances (empathie).

Représentations et valeurs

François Laplantine [5] le souligne dès l'introduction de son ouvrage sur l'anthropologie de la maladie : « *Les processus d'échange entre soignants et soignés ne s'effectuent pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin mais aussi entre le savoir du malade sur sa maladie et l'expérience vécue du médecin.* » Les représentations sont multiples et recoupent les différents registres que sont, pour chacun des protagonistes, ce que je crois, ce que je souhaite, ce que j'attends de l'autre, ce que je suis prêt à lui donner et aussi ce qui se fait et ce qui ne se fait pas dans une société donnée. Ces représentations sont liées au contexte des soins. Elles dépendent des croyances de chacun : qu'est-ce que la maladie ? D'où vient-elle ? Comment la soigner ? Et pourquoi ? Quelle place et quelle signification peut-on lui donner ? Car, faut-il le rappeler, le patient n'est pas « que » malade. De même, le médecin n'est pas « que » médecin.

Ces représentations soulignent que non seulement il y a de la vie dans la médecine mais bien aussi que la médecine est dans la vie. Le fait de souffrir et de demander de l'aide, comme l'acte de soin, est à la fois universel, éternel et spécifique.

Enfin, ces représentations sont aussi influencées par les valeurs et les ressources. Qu'est-ce qui est important pour nous ? Quelles sont nos priorités ? De quels moyens disposons-nous ? Quelles sont nos contraintes ? Même si ces représentations sont multiples et que certaines d'entre elles sont « dominantes », chacun a ses propres réponses et y adhère plus ou moins fortement.

Et le médecin ?

L'activité médicale relève de plusieurs registres. Le médecin est un « docteur », socialement reconnu en fonction de l'acquisition d'un savoir validé par un diplôme. Il est aussi un clinicien, qui met en acte son savoir et le confronte aux situations réellement rencontrées auprès de ses patients. Enfin, il est un aidant, doté d'une expérience de l'approche du sujet souffrant et demandant. La personnalité du médecin est déterminante. Le maintien et l'amélioration de la compétence du médecin nécessitent un travail à ces différents niveaux : le savoir du docteur, le savoir faire du clinicien et le savoir être de l'aidant. Car l'activité médicale s'exerce simultanément sur plusieurs niveaux logiques : celui du soin aux patients bien sûr, mais aussi le niveau professionnel avec ses contraintes de fonctionnement et de rentabilité. Enfin, le médecin est aussi une personne avec son histoire, son entourage, ses difficultés, ses aspirations. Et pour qu'il puisse continuer à travailler, il a besoin, certes de moyens financiers mais aussi de soutien social et d'une sécurité et d'une sérénité professionnelle de plus en plus remises en question en ces temps de *burn out* [7].

Le pire ou le meilleur ?

Michael Balint définit la « compagnie d'investissement mutuel » en ces termes : l'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et réciproquement, le patient acquiert un précieux capital qu'il dépose chez son praticien ; patient et médecin évoluent tous deux vers une connaissance mutuelle meilleure ; ils doivent apprendre tous deux identiquement à supporter une certaine dose de frustration. Il est extrêmement important que l'actif de ce double capital, résultat d'un travail laborieux et permanent des deux côtés, soit utilisé de manière que patient et médecin aient tous deux un bénéfice en retour. Cette constatation est vraie pour chaque médecin et chaque patient mais aussi pour la société et ses médecins. La relation entre patients, médecins et collectivité est évolutive, et c'est heureux. Cette évolution s'équilibre en fonction de facteurs multiples et de positionnements parfois délicats. Elle peut donner le pire comme le meilleur.

Le pire ? C'est avant tout les patients mal soignés ou, moins grave mais significatif, mécontents. C'est aussi l'argent dilapidé, non rentable et non disponible là où on en a besoin. Mais le pire, c'est aussi, le médecin malade. D'abord, parce qu'il ne le mérite pas. Ensuite, comment peut-il donc soigner, être à l'écoute, être compétent, pertinent, persuasif, persévérant s'il est lui-même en difficulté, et surtout si ces difficultés proviennent non pas de sa vie, qui finalement ne regarde que lui, mais bien de sa profession, de l'acte même de soigner ?

Le meilleur ? C'est un médecin accompagné par une collectivité consciente de l'importance et de la complexité des soins qu'il dispense. C'est aussi un médecin présent et à sa juste place. Et pour cela, c'est un médecin vivant, c'est-à-dire à la fois faillible et fiable, imparfait et perfectible, utilisable et respectable et enfin vulnérable et précieux.

Nous l'avons dit, la relation médecin-malade, comme d'ailleurs la médecine en général, est insérée dans la vie. Elle est évolutive et elle se travaille dans une interaction complexe et permanente entre les patients, les médecins et la société à laquelle ils participent les uns et les autres. Elle est le résultat d'une construction mutuelle et, nous le souhaitons, d'un enrichissement lui aussi mutuel.

Pour un partenariat lucide centré sur le patient et incluant le sujet médecin

Tant qu'elle comporte une activité clinique, la relation médecin-malade est universelle et incontournable. La relation d'un médecin à ses patients peut générer le pire comme le meilleur. C'est un peu comme un mariage de raison avec des investissements de natures différentes qui s'inscrivent toujours dans la durée et la négociation.

Alors quelles fonctions et quelles compétences pour un médecin, humain et à sa juste place, dans la gestion par le patient de ses problèmes de santé ? Notable universellement respecté ou vache à lait à qui on peut demander toujours plus ? Personnage épique au-dessus de tout soupçon ou « petit » fournisseur de soin ? Être humain admirable à qui ont peut tout dire ou technicien soumis à force normes, procédures et contrôles ? Nous plaçons pour une description et un partenariat lucides, fondés sur la « vraie » vie, qui n'est pas exempte de tentations, d'imperfections et de renoncements mais aussi d'aspirations, d'oscillations et d'opportunités. Pour le meilleur et pour le pire.

Références :

1. Galam E. L'émergence du sujet médecin. Rev Prat Med Gen. 2002;587:1383-4.
2. Galam E. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris: Autrement; 1996.
3. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1972.
4. Rogers C. Le développement de la personne. Paris: Payot; 1988.
5. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot; 1986.
6. Galam E. Comment mieux écouter nos patients. Rev Prat Med Gen. 2001;550:1783-5.
7. Galam E. Burn out des médecins libéraux – 1^{re} partie : une pathologie de la relation d'aide. Médecine. 2007;3(9):419-21.

En résumé : Relation médecin-malade, pour le meilleur et pour le pire

- ▶ La relation médecin-malade est le résultat d'un équilibre instable et d'une négociation permanente entre les différents intervenants.
- ▶ Elle peut générer le pire comme le meilleur.
- ▶ La prise en compte du sujet médecin est incontournable.