

UNIVERSITE René DESCARTES
(PARIS V)
Président : Pr. J. F. DHAINAUT

MASTER D' ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE
Directeur : Pr. Christian HERVE
Année 2004-2005

*Le langage dans la relation médecin-patient :
Pour une interprétation de l'interhumain*

Présenté par :
Yves Bertrand Noël NDJANA

Directeur de mémoire : Pr. Christian HERVE
Pr. Simonne Plourde

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Professeur Christian Hervé pour ses nombreux conseils et encouragements et sans qui ce travail n'aurait certainement pas vu le jour.

Merci au Professeur Plourde qui a toujours manifesté sa disponibilité malgré ses nombreuses sollicitations.

A toute l'équipe ASDES de Nanterre, qu'elle trouve à travers ce travail, l'expression de ma profonde gratitude pour l'accueil et l'amitié qu'elle m'a témoigné.

A mes camarades et amis Laurent Bonnardot, Juliette Penloup, Annabelle Tenenbaum, Vanessa Demontoux et ainsi qu'à tous les autres... je dis merci pour la qualité de nos échanges et pour l'attention qu'ils m'ont accordé.

Merci à mon ami Jean Jacques Boujot pour sa contribution.

Un merci particulier à mes parents ainsi qu'à toute famille pour qui ma réussite et mon épanouissement sont une préoccupation.

A celle qui m'a quitté au cours de cette année et qui reste toujours présente dans mon cœur...

SOMMAIRE

Introduction générale.....	2
A- Définition de l'interhumain.....	3
1- Levinas.....	4
a- La vulnérabilité d'autrui.....	5
b- La responsabilité.....	6
2- Ricoeur.....	6
a- L'estime de soi.....	7
b- La sollicitude.....	8
c- La juste distance.....	9
3- Alain Touraine et le concept d'attitude.....	10
4- Edgar Morin et la reliance éthique.....	11
a- L'éthique de la reliance.....	12
b- L'éthique de la résistance.....	12
B- Population et méthode.....	13
1- Intérêt et problématique.....	13
2- Le cadre de la recherche.....	14
3- Méthode.....	15
C- Analyse des résultats.....	16
a- Les observations.....	16
b- Les entretiens semi directifs.....	20
1- Analyse des résultats.....	20
2-Interprétations des résultats.....	30
c- Questionnaire.....	34
D- Discussion	41
I- Critique de la méthodologie.....	41
II- Discussion des résultats aux différentes définitions.....	42
a- La prise en compte de la souffrance et de la vulnérabilité.....	42
b- La réciprocité et la mutualité.....	45
c- La responsabilité.....	48
d- La juste distance.....	50
CONCLUSION.....	54
ANNEXE.....	56
BIBLIOGRAPHIE.....	80

INTRODUCTION GENERALE

L'hôpital est toujours caractérisé comme un lieu de soins. Même si cette offre de soins a évolué en fonction des époques et des circonstances, l'hôpital reste perçu comme un établissement prenant en charge à travers la profession médicale des individus en situation de souffrance. Et c'est bien cette souffrance qui est traduite en termes de demande. Cette conception de l'hôpital met forcément à l'esprit l'idée d'un lieu où on peut retrouver un bien être perdu, un état de santé meilleur.

Toutefois, en tant que structure publique, c'est-à-dire supposant une organisation propre, l'hôpital, à travers la profession médicale qu'il incarne, peut se retrouver confronté à des difficultés qui ne favorisent pas toujours le respect de ses principes originels de bienfaisance. L'impact de plus en plus croissant de technisation de ces lieux peut notamment créer des distances entre ceux qui incarnent cette volonté de secourir et ceux qui souffrent.

On le sait, la maladie fragilise, elle crée une rupture, non seulement pour la personne souffrante avec elle-même, mais aussi entre cette personne et son environnement. Elle rend vulnérable et fragile. Elle engendre en plus de la douleur, une souffrance. Souffrance qui d'ailleurs peut se ressentir autour de l'environnement de la personne. Cette souffrance peut être d'ordre physique, psychique et même sociale. Ressentie comme telle, cette souffrance est traduite en plainte.

L'hôpital est également par nature, un lieu où la souffrance et la violence, tant physique que psychologique, sévissent en permanence. Une violence créée par la maladie sur les individus, et qui se traduit par une désorganisation immédiate du monde, par une douleur qui, non seulement affecte le malade, mais aussi ses proches. Cette violence est également perceptible pour le patient dans l'organisation administrative même de la structure, et elle se traduirait par une indifférence angoissante et insupportable pour les patients. La violence peut également être ressentie par les soignants, dans la mesure où ils sont témoins au quotidien de l'éternelle précarité de la condition humaine face aux différents assauts des maladies.

Devant cette violence, créée par la maladie d'une part, et encouragée parfois par le système d'autre part, il faut redonner la place à la profession médicale. Certes les aménagements matériels et une meilleure répartition de la charge du travail ont leur importance, mais c'est surtout par une réflexion sur les attitudes et les comportements, tout ce que nous désignons par le terme de langage, qu'il deviendra possible de progresser dans la relation entre le médecin et son patient, d'où le titre de notre travail : « *Le langage dans la relation médecin – patient, pour une interprétation de l'interhumain.* »

Le médecin apparaît en effet comme l'élément essentiel en face de la plainte contre la souffrance. C'est lui qui, dans un contexte hospitalier ou non, entreprend le contact décisif qui fait que le malade, en dépit de son état, peut déjà espérer une quelconque amélioration. En réalité l'importance que revêt la relation avec le médecin tient du fait qu'il s'agit à ce moment d'une rencontre entre deux êtres : un colloque singulier. Ce contact est primordial pour les deux acteurs certes, mais les attentes du patient nous semblent plus importantes en raison de sa souffrance. Le médecin est donc celui qui, en plus des stratégies thérapeutiques, va apporter une réponse à la plainte du patient, c'est cette réponse contenue dans son langage (paroles, comportements et attitudes), qui apporte le premier réconfort au patient, c'est elle qui réconcilie le patient avec le monde, avec lui-même, bref avec tout son environnement. Cette possibilité traduite dans la pratique du médecin à re-offrir le monde au malade, à lui manifester une fraternité, est traduite par le terme d'interhumain. Plusieurs auteurs, relevant des sciences humaines et sociales, ont essayé de caractériser cet interhumain, en lui reconnaissant des éléments essentiels dont le point commun est cette possibilité ou même cette exigence qu'il y a en tout homme de manifester à un autre une fraternité, une amitié, pour le dire simplement, de ne pas rester indifférent à l'autre. Si la pratique médicale illustre obligatoirement cette attitude à travers l'offre des soins, on devrait la lui reconnaître aussi dans les comportements et attitudes des médecins vis-à-vis de leurs patients. Leur pratique d'une manière comme d'une autre, illustre les éléments décrits par les auteurs des sciences humaines et sociales comme fondement même de l'interhumain. Y aurait-il un intérêt pour la pratique médicale à reconnaître ces éléments des sciences humaines et sociales sur l'interhumain ? Avant l'examen de cette question, il nous paraît intéressant de présenter au préalable quelques conceptions de l'interhumain décrites par Emmanuel Levinas, Paul Ricoeur, Alain Touraine et Edgar Morin, ensuite de voir comment ces différents éléments se retrouvent dans la pratique médicale.

A- Définition de l'interhumain

Il est difficile pour nous de trouver une définition générale de l'interhumain. Ce qui caractérise en réalité cette notion est plutôt sa polysémie. Toutefois, malgré les apparentes différences allant d'un auteur à un autre pour traduire ce qu'est l'interhumain, le plus important est dans la saisie du fait qu'il existe un socle commun qui fédère tous les éléments permettant de caractériser l'interhumain. Ce socle pourrait être traduit par la notion de fraternité. Fraternité parce qu'il y a quelque chose en commun qui est partagé par les

différents acteurs malgré les nombreuses différences qui peuvent exister entre eux. Cette chose commune qui fait l'objet d'un partage est sans doute l'humanité. D'une façon littérale, l'interhumain serait donc le fait de manifester à un autre cette reconnaissance de son humanité, à ce qu'il y a de part et d'autre, à ce qu'il y a en commun. Nous avons voulu revisiter à ce sujet les sciences humaines et sociales, et quelques auteurs significatifs de notre siècle ont retenu notre attention. Nous nous limiterons dans le cadre de ce travail à présenter quelques éléments de chacune de leur pensée permettant de traduire ou de caractériser ce que nous entendons par interhumain.

1- Emmanuel Levinas

S'il paraît intuitivement pertinent d'interroger la pensée de Levinas dans une relation de soins, c'est parce qu'elle peut à juste titre être définie comme une éthique du souci de l'autre ou de la responsabilité pour autrui. Levinas lui-même définit l'éthique comme relation à l'autre. Cette éthique se réalise dans la mise en question du moi qui se traduit par l'accueil de l'autre. Levinas écrit plus exactement ceci : « on appelle cette mise en question de ma spontanéité par la présence d'autrui, éthique. L'étrangeté d'Autrui – son irréductibilité à Moi – à mes pensées et à mes possessions, s'accomplit précisément comme une mise en question de ma spontanéité, comme éthique. »¹ La situation éthique paradigmatique est pour Levinas, ce moment de rencontre avec autrui, le face à face. Dans cette situation, autrui est toujours donné ou présenté sous les traits de la souffrance et en appelle à la générosité et à la responsabilité. La situation éthique fondamentale est celle d'une relation asymétrique où autrui apparaît dans sa singularité concrète et dans sa qualité d'homme souffrant.

Si le thème de la souffrance est central chez Levinas, c'est que c'est par elle, quand elle se devine en autrui, que le sujet est inquiété ; qu'il ne peut simplement passer son chemin sans mauvaise conscience ; qu'il est convoqué à une responsabilité pour un temps du souci qu'il a prioritairement pour soi. Etre inquiété, pour Levinas, revient spécifiquement à ne plus pouvoir jouir tranquillement de la vie quand un autre souffre sous nos yeux ou dans l'horizon de la conscience. La rencontre avec la souffrance de l'autre est en fait l'expérience par laquelle se révèle la conscience morale : la souffrance n'est pas inutile. C'est pour Levinas la seule manière de la justifier en dehors de toute théodicée, puisqu'elle donne l'occasion de se soucier de l'autre et de desceller la générosité de l'homme, son humanisme. Cette souffrance qui

¹ E. Levinas, *Totalité et Infini*, (le livre de poche), La flèche, 2000, p.33

caractérise fondamentalement autrui se traduit d'après Levinas par la vulnérabilité même d'autrui.

a- La vulnérabilité d'autrui

La vulnérabilité n'est pas la souffrance, mais c'est elle qui caractérise ce lieu, cette attitude du sujet où la souffrance d'autrui trouve résonance. Autrui chez Levinas est toujours défini par sa faiblesse, par sa fragilité, même si cette même fragilité justifie sa transcendance. La vulnérabilité traduit le fait que l'autre se présente toujours « nu » devant moi, c'est-à-dire sans défense et c'est d'ailleurs tout le sens du concept de visage cher à Levinas. L'autre se présente sous la forme d'un visage, ou mieux l'autre est visage. C'est donc dans sa dimension d'être incarné que l'autre, dans la relation éthique, m'affecte. Autrui affecte par la nudité de sa peau, le visage est toujours découvert, comme ce qui est exposé à la violence, à la blessure ou au vieillissement : « il y a d'abord la droiture même du visage, son exposition droite, sans défense. La peau du visage est celle qui reste la plus nue, la plus dénuée. La plus nue bien que décente... »² Accueillir l'autre reviendrait donc nécessairement à la prise en compte de la dimension de souffrance qui le caractérise et par laquelle il se manifeste. En effet, la souffrance est ce qui vient toucher l'individu au cœur de ses possibilités d'être et d'épanouissement. En cela, elle le prive également de futur comme lieu de projets et de potentiels développements, le réduisant ainsi dans l'enfermement d'un présent douloureux qui irait de pair avec le sentiment « d'être rivé à soi ». C'est l'expérience de la souffrance qui nous fait ressentir avec intensité, alors que nous aspirons tant à nous évader, le poids que nous sommes à nous même : la solitude d'exister.

Même si la souffrance est d'abord ressentie de façon intime et individuelle, il reste tout aussi vrai que les murmures de la douleur signifient des appels à l'aide et des demandes formulées à autrui. Et c'est bien dans ce sens que nous pouvons dire avec Levinas que le visage en tant qu'expression de la vulnérabilité est toujours une parole. Parole qui supplie à travers le regard, mais aussi parole qui exige du fait même de sa misère : « ce regard qui supplie et exige – qui ne peut supplier que parce qu'il exige – privé de tout parce que ayant droit à tout et qu'on reconnaît en donnant...Reconnaître, c'est reconnaître une faim. Reconnaître autrui, c'est donner »³.

² E. Levinas, *Ethique et infini*, (le livre de poche), Essais, P.80

³ E. Levinas, *Totalité et infini*, p.73

Le rapport au visage traduit donc une double exigence, d'abord une exigence de remise en question des pouvoirs du moi ou de sa liberté de pouvoir, ensuite une exigence de réponse à l'appel adressé par ce même visage. Cette réponse se traduit selon Levinas en terme de responsabilité pour autrui.

b- La responsabilité

Le concept de responsabilité traduit la prise en compte de l'autre comme visage, c'est-à-dire de l'autre comme cet être qui m'invite à lui répondre, à lui tendre la main en raison de la misère et la fragilité qui le caractérisent. La responsabilité chez Levinas commence donc par une non indifférence à l'endroit de l'autre et se poursuit dans un engagement qui est celui du pour- autrui. C'est tout le sens que comporte l'expression « me voici » qui est la réponse de responsabilité à l'appel du visage. L'éthique de Levinas tourne ainsi autour de l'idée d'un sujet affecté par la souffrance d'un autre, et appelé à dépasser le souci qu'il a de lui-même dans les actes de générosité allant jusqu'à la prise en charge d'autrui et le sacrifice de soi.

Dans la catégorie du médical, on dirait que la pensée de Levinas met sous le microscope ce premier moment où deux individus se rencontrent dans l'expérience, différemment vécue, de la souffrance. Elle met à jour à la fois le lien particulier qui se tisse au sein de cette expérience partagée, et son sens moral dans l'exigence que l'autre souffrant assigne au sujet soignant à se préoccuper de lui et à en prendre soin. L'éthique de Levinas est propre à éclairer les spécificités de la relation médecin malade dans la mesure où l'on envisage cette dernière comme une relation d'aide, par définition déséquilibrée. Elle met l'accent sur une notion de responsabilité qui fait appel aux concepts de convocation par l'autre et de réponse du sujet.

En somme, l'interhumain chez Levinas reviendrait à la prise en compte de l'autre comme être dont la vulnérabilité se traduit en souffrance. Et parce que souffrant, l'autre en appelle au sujet, dans l'attente d'une réponse d'accueil qui atteindrait son paroxysme dans la responsabilité pour autrui.

2- Ricœur

La référence à la pensée de Ricœur s'avère adéquate en ce qui concerne non seulement la relation à autrui mais aussi et même surtout la relation médecin patient. Chez Ricœur, la notion d'action acquiert une extension sans cesse croissante car l'agir demeure réellement la

catégorie « la plus remarquable de la condition personnelle ».⁴ Il existe donc chez l'auteur, une réelle préoccupation de penser l'agir comme mode d'être fondamental. Que veut donc dire agir ? Pour Ricœur, le but de toute action ou mieux encore, la finalité de toute action, c'est la visée éthique, c'est-à-dire la visée de la vie bonne.

Dans la pratique médicale, avec la vulnérabilité créée par la maladie, l'isolement et la souffrance, la « vie bonne » peut-être conçue (pour le médecin) à l'aune de la faculté de l'investir d'une présence bienveillante, attentive, attentionnée, témoignant d'une sollicitude dans notre conscience de l'autre. Ainsi, on peut penser que l'enjeu essentiel de l'éthique comme visée consiste à ouvrir et à rouvrir l'espace de la mutualité. La visée de la vie bonne est le projet réitéré, de jour en jour, au cœur même de l'aventure humaine, marquée par les espoirs et les ratages, d'une rencontre entre sujets et d'une sollicitude entre l'un et l'autre. Ainsi se détache cette catégorie essentielle de l'altérité en éthique, et qu'il convient d'entendre ici comme la considération de l'autre dont la présence me révèle à moi-même, nous introduisant dans une solidarité qui ne se réduit jamais à la pitié, encore moins à la condescendance. Dans la dynamique du soin, le médecin s'inscrit donc dans une visée de la vie bonne, autrement dit, dans une visée éthique qui respecte la logique triadique définie par Ricœur, c'est-à-dire que soigner s'accomplit dans une « estime de soi », « avec et pour autrui », et dans « des institutions justes ». Essayons de voir comment cela peut se traduire dans la pratique médicale.

a- L'estime de soi

Le premier niveau d'analyse de cette catégorie peut être centré sur le médecin en tant qu'il incarne le « je peux » donc parle Ricœur au niveau de l'estime de soi. Il s'agit de cette personne qui est animé par le désir aristotélicien d'une vie bonne par des actions bonnes. Toutefois, si le soi est digne d'estime chez Ricœur, ce n'est pas au titre de ses accomplissements mais fondamentalement de ses capacités. L'intérêt du « je peux » ne se limite pas au simple « je », mais acquiert la plénitude de son sens dans le verbe « peux », qui traduit l'action, le pouvoir faire auquel correspond le pouvoir juger sur le plan éthique. En ce sens, notre deuxième niveau d'analyse de l'estime de soi n'est plus centré sur le médecin mais sur le malade dont le médecin a la charge de raviver ou de préserver cette « estime de soi ». Une telle position touche à la reconnaissance de cette part intime, subtile dont relève un souci

⁴ P. Ricœur, « Approches de la personne », in Lectures 2, La contrée des philosophes, Paris, Seuil, 1999, p.209

de soi, un attachement à ce qui est constitutif d'une identité, d'une mémoire, d'une sensibilité mais également de choix d'existence. *Il convient de permettre à la personne de réinvestir son espace intérieur, sa sphère privée afin qu'elle puisse se reconnaître respectable, digne de respect.* Ce rapport complexe entre la personne malade et ce en quoi on lui reconnaît une inaliénable dignité touche aux réalités les plus délicates du soin. L'humanité même de la personne constitue l'indispensable repérage lorsque le mépris, l'arbitraire, l'indifférence ou tout simplement la routine menacent d'abolir la dimension humaine de la relation. Restaurer ou raviver « l'estime de soi » du malade consisterait nécessairement en plus des soins propres, à avoir pour le médecin, des attitudes et comportements tout à fait indiqués et qui relèveraient de ce que Ricœur nomme la sollicitude éthique.

b- La sollicitude (« avec et pour autrui... »)

La prise en compte de la souffrance va toujours impliquer dans l'agir médical une dimension de générosité et même de bonté en faveur des patients. Pour l'auteur, la souffrance est la contre partie négative du « je peux », elle traduit un « je ne peux pas », qui peut être un ne pas pouvoir parler, agir... impliquant par le fait même la sollicitation de quelqu'un d'autre. Face à cette sollicitation, le médecin va engager à la fois son savoir faire technique et sa propre personne en apportant à la personne malade toute l'aide attendue en vue de sa guérison. Il s'agit de donner à la sollicitude un statut plus fondamental que l'obéissance à un devoir. C'est à la vie d'une personne que chaque médecin consacre son action. Une existence souvent incertaine, équivoque, entamée, érodée et parfois même disqualifiée par l'état de maladie. Une vie à restituer, à reconquérir dans ses significations profondes. Ricœur évoque cette sollicitude qui peut nous renvoyer au quotidien des pratiques soignantes, au sourire, à la modestie, à l'humilité, aux actes concrets d'assistance, de soutien, de reconstruction. La sollicitude peut ainsi se comprendre comme un militantisme du bien commun qui nous convoque à l'audace du dépassement de soi, à la rencontre de l'autre.

Dans la pratique médicale, la notion de sollicitude traduit en outre l'idée d'une bonté, au sens de don de quelque chose à un autre. Ce serait la disposition d'un être en harmonie avec lui-même à pouvoir offrir et s'offrir. Cet aspect de la sollicitude définit la pratique médicale dans ses actions comme essentiellement tournée vers celui qui souffre, le patient.

Le fait d'être celui qui fait preuve de bonté va investir dès lors le médecin d'une responsabilité qui n'est plus simplement liée à l'accomplissement d'un devoir. Il s'agira d'une responsabilité un peu grande, relevant d'ailleurs pour Ricœur de la condition humaine : La

responsabilité est ce qui exclusivement m'incombe et que, humainement, je ne peux refuser. Cette incapacité de se refuser à l'autre peut être envisagée comme la faculté de s'accepter et de se reconnaître en obligation à son égard, en relation avec l'autre, dans la réciprocité d'un parcours, d'une histoire à partager. C'est ainsi, du reste, qu'il nous est donné de saisir notre part d'humanité, le sens de notre condition humaine.

Il convient toutefois de préciser que la sollicitude n'implique pas forcément un surinvestissement dans la relation. Elle prend en compte la personne dans tout ce qu'elle a de respectable et de digne, donc sa liberté. Cela se verrait bien dans la pratique médicale, même si ce n'est pas toujours facile, c'est-à-dire répondre à une sollicitation en essayant toujours de mesurer ou de délimiter son champ d'action en fonction des frontières propres à toute personnalité. C'est tout le sens de la « juste distance ».

c- La « juste distance »

Comment définir cette juste distance qui pourtant paraît indispensable dans les rapports interhumains ? Même l'amitié qui paraît le domaine par excellence où serait manifestée la sollicitude n'implique pas la fusion des amis, mais au contraire, c'est dans la différence et la prise en compte de l'exception de l'autre qu'on lui manifeste notre attachement ou notre affection. Dans la relation médecin patient, la notion de distance éviterait au médecin de tomber dans le risque d'inaccessibilité pour son malade d'une part si la distance était trop grande, et si elle était trop courte de tomber dans l'ingérence dans la vie du malade d'autre part, ce qui de chaque côté nuirait à la bonne conduite de la prise en charge. On pourrait définir cette juste distance avec les termes d'Alain Touraine comme, l'expression d'attitudes dont les pôles s'équilibrent. Il reste malgré tout difficile d'évaluer cette distance. Un moyen de l'approcher serait néanmoins de considérer cette distance à l'aune des bénéfices pour le malade.

Dans un de ses textes Ricœur situe cette juste distance à mi-chemin entre indifférence, condescendance ou mépris, suspicion, et fusion affective. Ce terme vient trouver son emploi à l'issue d'une réflexion sur les analogies entre le raisonnement juridique qui advient au cours d'un procès et le raisonnement médical intervenant au cours d'une consultation. Ce parcours aboutit à la constatation que l'acte de soins est un acte de justice, dans la mesure où il réalise cette juste distance qu'évoque le philosophe. Celui-ci justifie son analogie par le fait que l'acte de justice comme l'acte de soins sont recouverts par des normes juridiques et déontologiques, et partagent le même objet d'application : la personne.

3- Alain Touraine et le concept d'attitude

La relation entre le médecin et son patient est l'un des contrats les plus extraordinaires de la société. C'est un pacte entre deux personnes, l'une qui souffre, et qui expose sa plainte, qui demande le secours d'un maître de santé, l'autre qui sait faire, qui offre des soins. Un lien intense et remarquable y est forgé dans un but thérapeutique. En réalité, même la plus haute technologie d'un traitement somatique n'aurait de meilleure issue que la mesure où elle intègre la dimension humaine de l'échange et de la communication. Or dans cet échange, les positionnements des différents protagonistes relèveront de leur situation.

Pour Alain Touraine, « les attitudes sont toujours définies comme variables intermédiaires entre la personnalité et le comportement », poursuit-il « car l'accomplissement d'une tâche dépend des dispositions à son égard de celui qui l'exécute.⁵» Cette définition nous permet de saisir que chez Touraine, c'est la dimension relationnelle du pacte qui est première. Ce n'est ni le médecin, ni le malade, mais c'est le fait que les deux nouent une relation qui paraît dès lors comme capital. En effet, c'est dans cette relation qu'on peut caractériser les attitudes, qu'on peut identifier chacune par rapport au fait qu'elle relève de tel ou tel protagoniste. La notion d'attitude donne par le fait même la priorité à la relation entre l'acteur et l'objet de son action au lieu de les séparer.

En outre, le concept d'attitude nous permettra de saisir le sens de l'interactivité qui caractérise la relation c'est-à-dire qu'on ne saurait comprendre isolément l'une ou l'autre attitude mais qu'elles étaient entre elles dépendantes les unes des autres. Ainsi, les attitudes du malade vont influencer celles du médecin même si elles ne sont pas identiques. On peut donc noter comme le souligne si bien Touraine que les attitudes traduisent en réalité la rencontre de deux démarches interdépendantes mais relevant de logiques différentes.

D'un côté, l'attitude se rapproche de l'opinion : l'acteur se trouve dans une situation de comparaison entre ce qu'il désire et ce que lui offre la situation dans laquelle il se trouve. De l'autre, l'attitude renvoie à quelque chose de plus subjectif : aux émotions. Ce qui justifie toutefois l'emploi de la notion d'attitude, et nous amène à reconnaître sa bipolarité, c'est son rôle de combinaisons de deux perspectives irréductibles l'une à l'autre autant qu'interdépendantes.

Dans le premier cas, l'acteur adapte son attitude à une situation qu'il perçoit, qu'il se représente : ici, c'est la situation qui produit des attitudes. Dans le suivant, il construit lui-

⁵ A. Touraine, « la notion d'attitude », in *Psychologie, cancers et société* », L. e. d, temps, Editor, Paris, p. 67

même cette situation en fonction de sa propre histoire, c'est la personnalité de l'individu qui produit les situations.

Il y a ainsi d'une part, ce que Touraine désigne par « pôle cognitif » pour traduire l'attitude professionnelle du médecin. Ici, c'est précisément l'attitude du malade qui va déterminer le comportement du médecin. L'harmonisation de son comportement, de ses gestes et paroles sera toujours en vue de rentrer en adéquation avec la situation dans laquelle se trouve son patient. Tandis que le patient lui reste d'autre part dans une dimension subjective ou pôle subjectif, caractérisé par les différentes émotions liées à la souffrance que crée la maladie.

4- Edgar Morin et la reliance éthique

Evoquer la pensée d'Edgar Morin, c'est percevoir dans la relation médecin malade tout le sens de la complexité de l'éthique et même par extension de la condition humaine. Sans prétendre à pouvoir expliquer toute la pensée de l'auteur, notre analyse consistera à montrer comment la complexité éthique dans la relation de soins peut donner un sens à l'humanisme.

L'éthique chez Morin part du fait même que l'anthropologie est elle-même complexe. L'homme doit toujours être saisi dans une dimension trinitaire, c'est-à-dire qu'il est un individu appartenant à une société et que cet individu se pérennise dans une espèce. Toute la conception de l'humanisme chez Morin est donc liée à la gestion d'une conception anthropologique dialectique partagée entre un principe d'inclusion et un principe d'exclusion. L'un commandant un égoïsme, pris essentiellement dans sa dimension égocentrique, « où nul autre que soi, pour utiliser les termes de Morin, ne peut occuper le site égocentrique où nous nous exprimons par le je »⁶ Mais le sujet a également en lui, un principe d'inclusion et d'ailleurs complémentaire qui permet d'inclure le je dans un nous. La fermeture égocentrique nous rend donc autrui comme étranger tandis que l'ouverture altruiste nous le rend fraternel. Mais le plus important à saisir c'est que chacune de ces catégories comporte potentiellement l'autre, c'est-à-dire par exemple que, en étant altruiste même, il y a permanemment le risque de tomber un jour dans l'égoïsme, et l'être humain vit dans cette tension, d'où le principe de la reliance.

⁶ E. Morin, La Méthode 6, éthique, Paris, Seuil, p.14

a- L'éthique de la reliance

Parler de la reliance, c'est admettre la bi dimensionnalité de l'être humain. Celle-ci se traduit d'une part dans le *démens* et d'autre part par la *ratio*, en sachant l'un peut produire l'autre. Mais dans la relation à autrui, cette reliance se traduit dans la recherche de tout ce qui fait que l'autre personne est toujours considéré comme un semblable et non comme un étranger. Plus précisément, la reliance éthique est le positionnement par rapport au principe d'inclusion évoqué plus haut, et qui fait que l'humanité est définie dans la reconnaissance d'autrui comme un semblable. Dans un univers où nous sommes engagés comme dans une aventure inconnue, « nous avons besoin d'être reliés à nos frères et sœurs en humanité »⁷. Etre relié aux autres, c'est reconnaître en chacun malgré les particularités ou les différences, le fait qu'il est un semblable en lui manifestant dès lors ce sentiment de partage d'une condition commune. En effet, remarquer en quelqu'un la couleur de la peau, le teint basané, les cheveux blonds ou les yeux en amande, revient à le dévisager, lui ôter ce qui l'inclut d'emblée dans l'humanité, dans la communauté des hommes, pour ne retenir que ce qui le met à part, et en fait « un type ».

Et pourtant, pour Morin, la reliance est un principe éthique primordial qui nous invite à prendre en compte autrui en dehors de toute tentation d'exclusion à son égard. L'exclusion pouvant être vécue sous différentes formes : mépris, haine, offense, intolérance, indifférence...L'éthique ici s'appuie sur la reconnaissance de chaque être humain en tant que sujet humain par un autre sujet humain. Autrement dit, le principe de reliance commence par la courtoisie, la sympathie et toutes les règles de politesse à travers lesquelles peut déjà être traduite cette considération de l'autre et dont l'intention ou la simple conséquence sont de désamorcer en amont l'hostilité potentielle d'autrui, de susciter sa bienveillance. Plus qu'une simple civilité, l'éthique de la reliance est une éthique altruiste qui demande de maintenir l'ouverture sur autrui, de sauvegarder le sentiment d'identité commune, de raffermir et de tonifier la compréhension d'autrui.

b- L'éthique de la résistance

Comme son nom l'indique, ce qui fonde cette éthique chez Morin, c'est la capacité à résister à nos penchants égoïstes qui font toujours de l'autre non plus un frère ou un ami mais

⁷ *Ibidem*, p.33

un étranger, un rival. C'est donc résister à toute réduction de l'autre à une simple dimension de sa personne, par exemple sa race, sa couleur, son rang social... Résister signifie avant tout comprendre l'autre, comprendre cette différence. Et bien plus qu'une simple compréhension, cette résistance implique une tolérance. Tolérance non pas de la différence mais au sens d'effort à fournir dans l'acceptation des limites, des défauts, de tout ce qui fait que l'autre m'apparaisse étranger et différent. Cela revient à une prise en compte de cette dimension qui rapproche davantage d'autrui qu'il en éloigne.

B- POPULATION ET METHODE

1- Intérêt et problématique

La médecine est essentiellement reconnue dans ses diverses applications comme une pratique humaniste. En effet, les principes hippocratiques de bienfaisance ou de non nuisance sont même au cœur de ses exigences originelles. L'acte de soigner traduit fondamentalement ce souci d'aider, de prêter l'oreille aux souffrances du monde et plus particulièrement de celui qui est malade dans le but d'améliorer son état de santé. Ce qui signifie que soigner ne consiste pas simplement à administrer des traitements ou à faire des gestes techniques, mais passe également par tout ce qui peut concourir au bien être du patient, de son état physique et même psychologique. L'acte du soin s'inscrit cependant dans un contexte, dans une relation entre celui qui soigne et celui qui est soigné. Et comme c'est le médecin qui soigne, son investissement est appelé à être plus important dans cette relation.

La consultation médicale est ce premier lieu d'échange entre le médecin et son patient. Cette étape peut d'ailleurs avoir des répercussions dans le suivi thérapeutique, en fonction de la qualité de la rencontre. Comment le médecin peut-il, en dehors du schéma déontologique, soulager le patient ? Nous pensons que la réponse à cette question est dans le langage, c'est-à-dire dans les paroles, les attitudes et comportements du médecin qui, pour le patient, peuvent traduire un rapprochement justifié par cette appartenance à la même humanité. Mais en quoi le langage peut participer au soin ? Et si le langage médical peut illustrer l'interhumain tel que défini même par les sciences humaines et sociales, y aurait-il un intérêt pour les médecins à le savoir ? C'est-à-dire qu'en dehors de toute prescription déontologique serait-il inutile pour le corps médical de savoir que certains de leurs attitudes et comportement relèvent de ce qui est défini par les « sciences de l'homme » comme humanisme ? Ces deux interrogations en traduisent une autre relative à la place qu'occupent les sciences humaines et sociales dans la

pratique médicale. Est-ce que les médecins, dans leur mission, intègrent cette convocation des autres dimensions du savoir qui peuvent permettre de donner une meilleure réponse à cette offre de soins qui fait l'essence même de leur profession ?

2- Le cadre de la recherche

Cette étude a été effectuée au sein d'un réseau de santé de santé publique et de prise en charge globale de la personne. Sa principale vocation étant de mettre en interaction plusieurs acteurs de santé dans le but de proposer une offre de soins plus complète aux patients. Les médecins du réseau ASDES proposent en effet des consultations de santé publique, exhaustives. Elles permettent de s'intéresser à toutes les dimensions de la vie du patient afin de déceler les facteurs à risque, et d'opter pour la prévention. Le choix du réseau pour cette étude est justifié par les liens de proximité qui se créent d'une part entre les médecins et leurs patients et d'autre part par le souci, à travers la consultation de santé publique, de s'intéresser de façon particulière à la vie toute entière de la personne malade sans pour autant briser cette distance essentielle exigée par la pratique médicale. Dans cette démarche, le médecin ne peut plus être un acteur solitaire. Il doit s'insérer dans une logique de suivi médical s'inscrivant dans la réalité quotidienne des individus. Il a donc besoin pour cela du soutien d'une structure professionnelle, qui, tout en restant souple et dans le respect de ses compétences, lui apportera les compléments médico-sociaux nécessaires à son action. C'est cette structure professionnelle qu'apportent les réseaux « ville- hôpital. » Ces réseaux reposent avant tout sur une organisation rationnelle de l'offre de soins, mise en place grâce à des intervenants dont les activités sont coordonnées en fonction d'objectifs communs de prise en charge du malade.

Le réseau ASDES (Accès aux Soins, aux Droits et Education à la Santé) a pour but de coordonner les compétences de différents intervenant en santé, sur le bassin de Nanterre et d'Issy-les-moulineaux, de manière à prendre en charge les personnes qui le désirent, dans un esprit d'accès aux soins de qualité et d'optimisation des moyens, couplé, systématiquement, à la prévention et à l'éducation à la santé. Cette structure, pour de rester à la hauteur de ses objectifs, propose aux médecins des formations mensuelles et variées pouvant leur permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et notamment les rapports avec les patients. Ainsi, des patients venant consulter pour un motif initial, pourront se voir proposer une prise en charge sur un autre plan dans un but de dépistage ou de prévention.

Dans le bassin de Nanterre, le réseau ASDES possède deux branches. L'une hospitalière œuvre au sein de l'hôpital de Nanterre et reconnu sous l'appellation de policlinique. Elle

s'occupe non seulement des consultations de médecine générale et de santé publique mais aussi des consultations de santé publiques sur convocation par des médecins des personnes résidant dans les centres d'accueil généralement pour des personnes en situation de précarité ou d'exclusion que sont le CADA⁸ et le CHRS⁹ de Nanterre. L'autre est constituée de médecins libéraux couvrant tout le bassin géographique de la localité. Précisons qu'à Nanterre, nous avons travaillé majoritairement avec les médecins hospitaliers pour la simple raison que la majeure partie des patients est issue d'une population précaire, qui cumule facilement des facteurs de risques médicaux et sociaux. Les objectifs du médecin qui le reçoit sont les suivants :

-Apporter une réponse au motif de consultation du patient.

-Proposer au patient d'y coupler systématiquement son consentement :

- Un repérage de ses facteurs de risques et comportements à risque
- Un repérage précoce des maladies dépistables
- Une prévention primaire ou secondaire ciblée

Une prise en compte des éléments sociaux qui concourent à son équilibre (emploi, logement, famille handicap, ressources, couverture sociale...)

Au total, il s'agit de conjuguer et de coordonner les prises en charges médicale et sociale.

C'est cette même organisation du réseau qui se trouve à Issy-les-moulineaux où cette fois-ci nous avons adressé des questionnaires à des médecins faisant également partie du réseau mais exerçant cette fois-ci en libéral.

3- Méthode

Pour évaluer la question du langage dans la relation médecin patient afin d'y voir comment pouvait être traduit l'interhumain, nous avons opté pour une démarche à trois étapes.

- Dans un premier temps, il nous a paru utile d'aller au cœur même de la pratique médicale par une observation non participante. Celle-ci a consisté essentiellement à nous mettre au cœur de la consultation médicale, pour la bonne et simple raison qu'on ne peut évaluer une chose que si cette dernière est connue. Nous avons ainsi réalisé 25 observations non participantes auprès de 5 médecins parmi lesquels 4

⁸ Centre d'accueil et de détention administrative

⁹ Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

hospitaliers de la polyclinique de Nanterre et 1 médecin libéral du réseau ASDES de Nanterre.

- A la suite des observations et sur la base des différents éléments relevés, (éléments décrits par les sciences humaines et sociales comme organe d'humanité), nous avons procédé avec les mêmes médecins à des entretiens semi directifs, dans le but de les entendre parler de leurs attitudes et comportements afin d'évaluer l'intérêt qu'ils accordaient à ces différents éléments et comment ils les intégraient ou pas dans leur pratique.
- La dernière étape de notre méthodologie a été présentée sous forme de questionnaire et celui-ci était particulièrement adressé certes aux médecins du même réseau, mais qui exercent en libéral et avec des patients issus majoritairement d'une couche sociale différente. L'objectif de ce questionnaire était de vérifier les résultats de nos entretiens. En d'autres termes, il fallait voir en dehors de toutes les particularités socio-économiques des patients, si les médecins avaient des comportements identiques au sujet de l'interhumain et surtout comment ils pouvaient les intégrer ou pas dans leur pratique.

La comparaison des résultats (entretiens et questionnaire) a été réalisée sur des bases statistiques qui nous permettent de vérifier la significativité. Nous avons utilisé le test X^2 de Pearson adapté aux petits échantillons (Yates), inférieur à 30

C – Analyse des résultats

a- Les observations

Nous aurons 5 tableaux correspondants aux 25 consultations par les 5 médecins. Chaque tableau est précédé d'une petite fiche du médecin. Ainsi nous désignons par la lettre M, le médecin et P le patient.

	Sexe	Mode d'exercice	expérience
M1	féminin	hospitalier	2 ans

	Origine	sexe	Durée	Age	Motif de la consult	1ere consult	Difficulté d'expression
P1	marocain	M	15min	36 ans	Patient ne se sent pas bien	oui	oui
P2	algérien	M	65 min	85 ans	Problème cardiaque	oui	non
P3	algérienne	F	10 min	32 ans	Suivi d'une grossesse	non	non
P4	algérien	M	14 min	63 ans	Patient diabétique Résultats d'examen	non	non
P5	Sénégal	M	38 min	34 ans	Abcès + fièvre	oui	oui

	Sexe	Mode d'exercice	expérience
M2	M	hospitalier	10 ans

	origine	sexe	durée	age	motif	Iere consult	Difficultés D'expression
P1	marocain	M	18 min	66ans	Pas défini	non	non
P2	malien	M	29 min	65ans	diabète	non	non
P3	français	M	34 min	50ans	Pas défini	non	non
P4	algérienne	F	21	50ans	Dépression +trbles psy	non	oui
P5	français	M	40 min	30ans	bronchite	non	oui

	sexe	Mode d'exercice	Expérience
M3	F	Hospitalier	13 ans

	origine	Sexe	Durée	Age	Motif	Iere consult	Difficultés d'expression
P1	Mauritanien	M	35 min	35 ans	Convocation csp	non	oui

P2	Ivoirien	M	39 min	36 ans	Résultats d'examen	non	non
P3	tunisien	M	29 min	34ans	Convocation csp	oui	non
P4	mauritanien	M	40 min	32 ans	Infection urinaire	non	non
P5	malien	M	36min	29 ans	convocation	oui	oui

	Sexe	Mode d'exercice	Expérience
M4	F	hospitalier	3 ans

	Origine	Sexe	Durée	Age	Motif	Iere consult	Difficultés d'expression
P1	française	F	13 min	16 ans	obésité	oui	non
P2	française	F	30 min	42 ans	Diabète+cholestérol	oui	non
P3	Yémen	M	17 min	38 ans	grippe	oui	oui
P4	marocain	M	21 min	35 ans	Patient ne se sent pas bien	oui	oui
P5	tunisienne	F	20 min	31 ans	Suivi de grossesse	non	oui

	Sexe	Mode d'exercice	Expérience
M5	M	libéral	24 ans

	Origine	Sexe	Durée	Age	Motif	Iere consult	Difficultés d'expression
P1	française	F	10 min	48 ans	Troubles psy	non	non
P2	marocaine	F	30 min	23ans	grippe	oui	non
P3	béninois	M	25 min	72 ans	jambe	non	non
P4	camerounaise	F	29 min	38 ans	Fatigue	oui	non
P5	française	F	20 min	48 ans	Mal de tête	non	non

Les tableaux sont juste un simple instrument qui nous permet d'avoir quelques données précises sur les consultations auxquelles nous avons assisté. Nous reconnaissons qu'ils ne traduisent pas tout ce que nous avons pu relever. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle

l'analyse des tableaux sera suivie d'une description d'éléments essentiels que nous avons noté et qui vont d'ailleurs constituer la base des entretiens semi directifs.

En ce qui concerne le tableau, nous constatons simplement que :

- La plupart des patients consultés sont d'origine étrangère. 20/25 Etrangers par rapport aux médecins qui sont tous de nationalité française.
- On constate également qu'il y a des patients qui ont des difficultés à parler français et certains arrivaient avec un interprète.
- La durée des consultations est relativement longue
- L'autre facteur, c'est qu'il n'y a qu'un médecin qui connaît tous ses patients pour les avoir déjà rencontrés au moins une fois.
- On constate que les motifs des consultations sont assez variables, tout comme l'âge et le sexe des patients.

Au-delà de ces différents critères relevés auprès des patients pendant les observations, nous avons fait un retour en arrière pour voir comment pouvaient être interprétés au cours de la consultation, les différents aspects définis préalablement par les sciences humaines et sociales comme pouvant traduire l'interhumain. Plus précisément, il a fallu saisir les comportements, les paroles et les attitudes des médecins pendant la consultation et de relever en quoi ils pouvaient illustrer ou corroborer les définitions de Levinas, de Ricoeur, de Touraine et de Morin sur l'interhumain.

Ainsi, nous avons relevé chez les médecins les éléments suivants :

- La prise en compte de la souffrance et de la vulnérabilité. C'est-à-dire que les médecins pendant leur consultation, avaient pour objectif premier d'identifier la souffrance et de la reconnaître. Cette recherche d'identification de la souffrance impliquait forcément des comportements, des attitudes et même des paroles proprement adaptés à la situation des patients.
- L'autre élément que nous avons relevé est la dimension de réciprocité dans la relation. C'est-à-dire que la faiblesse ou la fragilité engendrée par la souffrance ou de la maladie ne constituait pas pour autant une entrave au respect de la dignité du patient. Les médecins continuaient à garder pour leurs patients cette attitude de respect et de considération vis-à-vis des patients. Cela se traduisait notamment par le fait que l'avis des patients était toujours recherché dans les choix thérapeutiques d'une part et dans la recherche d'adapter le comportement pour les médecins en fonction des situations.

- Nous avons également noté qu'il y avait toujours dans le discours médical ce que Ricœur traduit par le terme de sollicitude, c'est-à-dire qu'au-delà du simple devoir, cette recherche de faire du bien à l'autre, à celui-là qui souffre. Ainsi en dehors du simple côté technique des connaissances, cette sollicitude pouvait également être traduite par des paroles, et des attitudes exprimant toutes ce désir profond de vouloir aider, soulager, en un mot, de faire du bien à autrui.
- Nous avons de plus constaté que la responsabilité était également un aspect important pour les médecins malgré la bi dimensionnalité avec laquelle elle se traduisait. Plus simplement, elle avait une justification d'une part déontologique et d'autre part une justification que nous pourrions qualifier d'ontologique.
- En fin de compte, nous avons constaté qu'il existait toujours dans la consultation médicale une distance. Non pas au sens élémentaire de barrière traduite par une indifférence, mais beaucoup plus dans un sens de respect lié à une sphère purement infranchissable que possède tout individu tout individu.

C'est donc ces différents éléments relevés dans les sciences humaines et observés dans les consultations qui ont constitués la base théorique des entretiens semi directifs réalisés auprès des cinq médecins sus mentionnés.

b- Les entretiens semi directifs

1- Analyse des résultats

1 La référence à la souffrance et à la vulnérabilité

a – Comment le discours médical à travers parole, gestes et attitudes peut-il traduire cette prise en compte de la souffrance et de la vulnérabilité ?

M1 - La première attitude dans le langage médicale, c'est d'écouter les gens pour les reconnaître comme vulnérable.

- Etre à l'écoute et rechercher ce qui cause la souffrance.
- Rechercher la souffrance parce qu'on est là pour.

- Identifier la nature de la souffrance et proposer des solutions
- Consacrer du temps, de la parole et de l'échange

M2 –Il y a le regard et les questions qu'on lui pose

- S'intéresser à ce que la personne nous dit, même s'il n'y a pas de rapport direct
- Lui donner des numéros de téléphone qui pourraient lui être utile
- Attitude d'écoute
- Faire parler la personne
- L'adresser au spécialiste en prenant pour la personne les rendez-vous

M3 - L'écoute est essentielle

- Laisser parler le patient au maximum
- Montrer des signes d'empathie pour que le patient puisse mieux s'exprimer
- Rester attentif à tout ce qu'il pourrait relancer même en fin de consultation
- Ne pas être agressive
- Etre douce ou parler doucement
- Ne jamais sourire s'il y a quelque chose d'anormal

M4 Avoir un langage clair pour qu'il comprenne

Ne pas d'emblée lui annoncer une maladie grave sans avoir jugé s'il est apte à recevoir l'information.

Accueillir chaleureusement

Les mettre à l'aise pour qu'ils s'expriment mieux.

M5 Evaluer la souffrance.

Avoir une attitude d'empathie en essayant de comprendre pourquoi il souffre

Prendre quelqu'un par la main. (Souvent)

b- Comment le médecin réagit-il en face de cette souffrance et de cette vulnérabilité ?

M1 C'est plus par la parole, à travers des mots et expressions : « J'ai compris qu'il y avait...Je sais que la situation est difficile...J'ai entendu derrière ce que vous dites... ».

- En donnant du temps, de l'écoute

- En orientant chez le spécialiste

M2 Je compatis et je cherche les solutions s'il le faut au niveau thérapeutique.

Une attitude d'écoute.

Discuter avec la personne

Reconnaître ses limites en l'adressant au spécialiste qui convient le mieux.

M3 La souffrance du patient nous renvoie notre propre souffrance.

La réaction est dans l'empathie.

Il faut garder une distance

Ecouter et essayer de comprendre au maximum

M4 Soulager la souffrance par le langage ou par la médication

Passer à une molécule plus efficace

Recommander à un confrère plus spécialisé

Lui apporter une certaine joie en s'arrangeant à le faire sourire voire rire.

M5 L'empathie

Evaluation du risque suicidaire

Adapter le traitement en restant dans le rôle de médecin

2 La réciprocité et la mutualité dans la relation

a – Comment le langage médical fait-il preuve de cette prise en compte de la réciprocité ou de la mutualité au cours d'une consultation médicale ?

M1 Pendant l'examen clinique, c'est très technique, je reste neutre. Je ne suis pas persuadé qu'on s'adresse à une personne dans sa dimension relationnelle ou spirituelle. Mais après, il peut arriver de :

-Rassurer les gens avec la main sur l'épaule

- le sourire

« Tout va bien...C'est parfait...Vous n'avez pas de problèmes... »

M2 Si j'arrive en retard, je m'excuse.

Je le remercie d'avoir répondu à ma convocation

Je leur propose d'adhérer au réseau, donc je ne leur impose rien

Je les mets toujours en situation de choix que je respecte.

M3 C'est d'abord dans l'accueil, dire bonjour et se présenter.

Leur demander si c'est la première fois qu'on se voit

Si on s'est déjà vu, leur demander comment ça va donc montrer que je les reconnais.

Poser des questions sur leur environnement (familial, professionnel)

M4 J'essaie de les mettre en confiance

Me mettre à son niveau pour mieux le comprendre

J'essaie d'avoir une attitude qui lui permet de se sentir bien

M5 Je l'écoute, le patient arrive avec une demande médicale, mon rôle est de trouver le diagnostic et de le traiter. J'ai des critères scientifiques et décisionnels pour établir un diagnostic. J'essaie de comprendre pour mieux soigner. Pour moi, on est d'abord là pour une demande médicale.

b- Comment avec et malgré la maladie, le discours médical peut continuer à considérer le patient comme un être libre et digne de respect

M1 Moi j'ai souvent deux attitudes. Quand c'est une maladie brève, de leur dire que leur liberté ou leurs choix seront momentanément entravés et puis ça repartira. Quand c'est des maladies chroniques, il faut leur dire qu'on va continuer la vie en intégrant la maladie à tous les projets, au travail, à sa liberté. C'est de leur dire, vous allez continuer à rester la même personne durant votre vie, vous avez la même identité mais la vie est faite d'aléas et que la maladie fait partie du réel.

M2 Quelle que soit la maladie, l'autre est un alter ego, on lui doit du respect. Je fais attention à tout ce que je dis surtout quand on est en face des gens plus sensibles en raison de leur

précarité ou de leur exclusion. Il faut les vouvoyer, leur sourire, parce qu'exclus, de la société, ils sont sensibles qu'on leur dise « excusez moi, merci d'être venu », ou qu'on leur propose quelque chose sans les obliger.

M3 Il faut adapter le discours au niveau de compréhension du patient.

Les rassurer dans la maladie pour qu'ils puissent vivre avec si c'est une maladie chronique par exemple.

M4 Je considère déjà que s'il vient me voir c'est qu'il est malade.

Je vais lui donner des éléments qui lui permettront de gérer sa maladie.

Le discours sera toujours de l'inciter à se battre, se battre et se battre contre la maladie.

M5 Le langage médical doit s'adapter à la compréhension de la personne en face. S'exprimer dans un langage le plus approprié au patient afin de s'accorder sur le suivi thérapeutique. Il faut l'amener à adhérer au traitement.

a- Vos comportements sont-ils spécifiques ?

M1 Oui c'est-à-dire avoir un discours médical qui s'adapte à la réalité de la vie du patient. Ça dépend du temps et de la situation dans laquelle on se trouve. Je crois que la première consultation n'est jamais la même pour tout le monde et je crois que la dimension relationnelle est à inscrire dans la temporalité. La bonne relation médecin patient est dans la durée.

M2 Oui, tout ce que je vais faire, ça dépend de la personne. S'il faut avoir un standard, c'est que la personne arrive à ma consultation et qu'elle se sente pleinement humaine. Qu'elle soit accueillie, c'est ça mon standard, et puis ça varie en fonction des personnes.

M3 Mes comportements varient en fonction de l'image qu'ils me renvoient par rapport à notre propre vie. Les attitudes varient à la fois pour des motifs professionnels et pour d'autres motifs qui nous dépassent. Avec certains, on sera fermée, tandis qu'on sera plus souriante avec d'autres.

M4 Oui, à mon sens, selon le degré de son handicap, j'essayerai de l'aider davantage.

M5 Oui, il y a un schéma directif que j'ai dans ma tête et que j'essaie de reproduire. Après, l'ordre, le ton ou la voix peuvent être différents en fonction des patients.

3-La sollicitude

a- Comment la sollicitude se présente-t-elle dans le discours médical ?

M1 Il faut qu'il pense en entrant dans un bureau de médecin, qu'il ait l'impression que ce n'est pas le lieu du médecin, que c'est à lui. C'est-à-dire que qu'il vient dans un endroit qui est le sien. Je peux aller faire autre chose, en le laissant dans le bureau, je lui dis : « faites comme chez vous, installez-vous ». A la fin, il y a tout le formalisme de la prise des rendez-vous, mais je leur dis : « vous revenez quand vous voudrez, au moindre problème, revenez ! ». Après, j'aime bien savoir comment ça va à la maison, avec la famille, car il peut avoir un lien avec la maladie et aussi que la maladie peut rejaillir sur la famille et l'intérêt de la médecine est de savoir comment vous vivez et non pas comment va votre maladie.

M2 Il faudrait que le patient sache que vous l'écoutez. Rebondir sur les problèmes qu'il vous expose. S'il vous parle d'un problème, même si ce n'est pas la raison de la consultation, lui manifester un intérêt pour ce problème là. Prendre des rendez-vous pour lui si cela est nécessaire auprès d'autres médecins, montrer les signes d'intérêts possibles à tout ce qu'il expose.

M3 Toujours dans l'accueil, être poli et courtois envers les gens. Se présenter au maximum.

Appeler les gens par leur nom et répéter leur nom au cours de l'entretien afin de leur montrer qu'on les connaît. Les rassurer au maximum en leur disant si possible que « c'est pas grave ». A la fin leur dire que « si vous avez un problème n'hésitez pas à revenir, on est là pour vous ».

M4 Je ne vais pas prendre les gens de haut, je vais me mettre à leur portée avec un langage compréhensible. Si je connais sa langue, j'essayerai de lui parler quelques mots pour le détendre afin qu'il s'ouvre davantage. Je vais essayer de lui expliquer la maladie ou la démarche à effectuer auprès des spécialistes.

M5 Je ne crois pas que la sollicitude a une grande place pour le médecin pendant les consultations. Mais elle a une grande place dans les soins palliatifs où on a un pronostic fatal au bout, ou bien dans les maladies chroniques, faute d'arsenal thérapeutique à présenter au patient. Je peux faire preuve de sollicitude quand j'annonce une maladie grave en donnant par exemple des numéros d'autres médecins ou en leur proposant de me voir sans rendez-vous.

b- Comment la sollicitude se traduit-elle dans les attitudes de comportement ?

M1 Dans l'empathie, il y a des choses que je fais souvent, les gestes physiques, la main sur l'épaule, sur le genou, me rapprocher un peu, ça peut être volontaire ou pas. Il y a une deuxième chose que je fais, c'est parler un peu de moi, de ce qu'il y a eu dans ma famille et de montrer qu'il peut avoir un écho.

M2 Je ne vais pas le prendre dans mes bras parce que je ne suis pas là pour ça, mais en sortant, je vais lui serrer la main par exemple en lui disant au revoir !

M3 C'est difficile à dire.

M4 Je ne frappe pas. Il faut être proche des gens, il faut qu'on les comprenne, il ne faut pas avoir une attitude froide et hautaine. Il faut à la rigueur se rapprocher de lui, toucher l'épaule, si c'est un enfant leur caresser la joue ou les cheveux, avoir un langage calme, il faut être gentil.

M5 C'est difficile.

4 – La responsabilité

a – Est-on responsable les uns des autres ?

M1 Oui, on a une responsabilité vis-à-vis des autres.

M2 On est responsable des autres. On a une responsabilité en tant qu'humain. On ne doit pas être indifférente. La notion de responsabilité humaine est indépendante de la valeur de l'autre, du caractère de l'autre. On a une responsabilité parce que l'autre est humain, parce que nous

sommes humains. Forcément cette responsabilité humaine se ressent dans la pratique médicale. En tant que médecin, c'est ton boulot, mais avec la notion de responsabilité humaine, il y a des choses qu'on peut faire quand un autre s'arrête aux exigences de sa simple pratique, à son devoir professionnel. Cette responsabilité est une responsabilité d'amour, non pas l'amour passion, on a une responsabilité d'amour envers le prochain.

M3 Moi j'ai des limites dans la responsabilité, je fais le maximum. J'essaie de donner toujours des informations, de renseigner au maximum mais on ne peut pas courir après les gens. Il faut toujours montrer qu'on a fait ce qu'il fallait.

M4 Oui, on est responsable les uns des autres. Notre droit de vivre commence par le respect du droit de l'autre. On se doit d'aider de n'importe quelle manière, d'apporter à l'autre la facilité qui permet à l'autre d'avoir le même niveau que soi. Il y a des attitudes qu'on peut avoir : fournir à l'autre les droits sociaux auxquels il a droit et qu'il n'a pas, lui obtenir la possibilité d'effectuer des démarches afin d'améliorer sa vie de tous les jours, faire appel à une assistante sociale qui va résoudre son problème, dans la mesure où sa vie est en danger, de trouver une solution à sa maladie, lui apporter par la parole et les médicaments la possibilité de guérir. On se doit de conseiller, d'agir et de protéger si c'est un enfant. On se doit d'aider, de comprendre, on ne peut laisser l'individu face à lui-même.

M5 Je me sens responsable du schéma décisionnel qui conduit à ce que je prescris et aussi responsable de ceux dont j'encadre la formation

b- Comment le médecin vit-il cette responsabilité dans sa pratique ?

M1 Si c'est quelqu'un d'irresponsable, je n'ai pas trop d'états d'âme, je vais assez loin dans l'ingérence. Je demande à avoir quelqu'un de sa famille auprès de lui ou tout simplement un référent social. Je vais tout faire pour mettre autour de cette personne des éléments de responsabilité mais qui ne viendraient pas de lui. Je les mets en situation de responsabilité en les associant aux choix. Je leur demande toujours ce qu'ils préfèrent, quelque chose qui est de l'ordre de la négociation en vue d'une codécision. La responsabilité consiste aussi à dire nos limites quand nous n'avons pas de solutions face à la demande du patient. Quelqu'un peut venir chercher quelque chose auprès de la médecine alors que les solutions sont ailleurs, dans ces cas il faut l'aider en lui montrant la voie la meilleure pour son problème.

M2 Il ne faut pas rester indifférent au patient qui nous voit. Ce d'autant plus que c'est des gens exclus de la société, qui n'ont peut-être pas eu de chance. Il faut se montrer proche d'eux.

M3 En face d'un décès ou d'une grande souffrance, on le vit comme un échec. Echéec individuel parce qu'on n'a pas su apporter des solutions qu'il fallait. Mais quand on a fait le maximum, ce n'est plus une question de responsabilité.

M4 Je vais l'adresser vers un spécialiste, je peux faire ses lettres pour l'adresser à la mairie afin d'obtenir un droit, une possibilité d'aide, je vais aussi l'aider en lui demandant de ne pas payer si je vois qu'il a des problèmes financiers et si son état nécessite qu'il aille à l'hôpital, et s'il n'y a pas d'ambulance, je prends la responsabilité de l'amener aux urgences dans ma voiture.

M5 ...

c- Comment cette responsabilité peut-elle être manifestée dans les paroles, les gestes et les attitudes ?

M1 C'est difficile de voir la responsabilité dans les gestes et attitudes. On a le devoir de dire au patient qu'il doit faire des efforts pour respecter son traitement ou de creuser pourquoi il ne le suit pas, par la suite trouver ou adapter un traitement qui lui corresponde si c'est nécessaire. Il faut montrer au patient qu'on se préoccupe de lui.

M2 C'est dans le respect, la sollicitude. Redonner au patient le sentiment qu'on est égaux, qu'ils sont des humains comme les autres surtout quand il s'agit d'une population en situation d'exclusion sociale. Il faut leur montrer un regard qui les humanise, qui leur donne de la valeur à leurs propres yeux.

M3 Dans l'annonce, on peut se sentir responsable, parce qu'on peut ne pas avoir compris la psychologie du patient. Même si on n'est pas responsable de la maladie, on peut se sentir responsable de la souffrance du fait de notre appartenance à un système qui ne marche pas. Par exemple, ne pas traiter un patient parce qu'il n'a pas les moyens de payer...

M4 On peut avoir un embarras dans la mesure où on n'a pas de solution au problème que le malade nous expose. Il faut avoir l'humilité de se dire qu'on n'a pas toute la compétence requise et avoir le courage de le dire en adressant le malade à un autre confrère plus apte.

M5 D'abord par le traitement. Etre assez ferme. Si un patient n'est pas compliant à son traitement, j'ai tendance à le remettre face à ses responsabilités.

5 La juste distance

Comment le langage médical et le comportement du médecin tiennent-ils compte de cette notion de juste distance dans une consultation médicale ?

M1 La notion de distance est importante. Quand on est médecin, on n'a pas le droit d'être pris pour un ami. Il y a des moments où on est amenés à prendre des décisions d'autorité. S'il y a rupture avec ce lien d'autorité, il est nécessaire d'orienter le patient vers un autre médecin. Parce que si c'est le copain, il n'y a pas cette distance qui permet d'être professionnel. Donc malgré la sollicitude qu'on peut avoir, il faut garder une certaine distance qui éviterait les confusions de rôles.

M2 Il faut que les gens se sentent accueillis malgré les problèmes qu'ils ont. Donc pour cela, il faut rester neutre. Ne pas faire attention au problème de nationalité et considérer tout ce qu'il raconte. Il faut qu'il se sente libre sans pour autant céder aux familiarités. Il faut l'empathie en même temps cette distance.

M3 Il y a des patients au niveau du langage qui veulent instaurer un lien, briser la distance, mon attitude est de relever, mettre tout en rapport avec la thérapeutique, de manière à ce qu'ils comprennent que je suis le docteur et pas l'ami. Je ne les appelle jamais par leur prénom.

M4 Ne pas permettre au patient d'avoir une action sur vous. Eviter toute possibilité de lien affectif, sinon on n'a plus le pouvoir de décision. Dès que la distance disparaît, la personne ne vous fait plus confiance. S'il y a un contact physique avec la personne, il faut rester neutre, c'est-à-dire dans le cadre médical. Il faut expliquer ce qu'on fait et se limiter à l'acte médical.

Aller avec précaution sur les organes génitaux par exemple et expliquer les gestes qu'on fait. En fonction de la culture, on a un abord différent. Tenir compte des spécificités religieuses par exemple, la difficulté pour une musulmane de montrer certaines parties de son corps à un autre homme que son mari. Donc adapter le langage et le comportement en fonction de son patient. Montrer qu'on connaît le Coran, l'Ancien et le Nouveau Testament en fonction des appartenances religieuses du patient et éviter de prescrire des médicaments dont les éléments constitutifs sont interdits par la religion.

M5 D'abord le vouvoiement. Si je sens qu'il me considère comme autre chose que le médecin, j'utilise un langage technique pour qu'il comprenne que je suis là en tant que médecin. Déjà en les accueillant, je leur demande ce qui les amène, donc je suis là en tant que médecin.

2- Interprétation des entretiens

1- Par rapport au premier item, à savoir le comportement des médecins par rapport à la souffrance et à la vulnérabilité des patients, il est clair que pour la plupart des médecins, il y a une attitude essentielle qui prédomine : c'est l'écoute. Avant tout recours à une thérapeutique médicamenteuse, l'écoute sert d'une part pour le médecin à rechercher la souffrance et son origine mais aussi de faire parler le patient d'autre part. En effet, comme l'ont indiqué certains médecins, la maladie est souvent vécue comme une plainte d'où ce besoin qu'éprouvent les patients à être écoutés.

Ecouter le patient, c'est en outre lui manifester un intérêt. C'est lui témoigner malgré la fragilité à laquelle il fait face, une reconnaissance, et même une revalorisation de sa personne surtout quand il s'agit des populations en situation de précarité ou d'exclusion. Vue de cette manière, l'attitude d'écoute n'est donc pas une simple formalité de la démarche thérapeutique mais peut constituer un élément très important de l'offre de soins parce qu'elle permet au médecin de comprendre la plainte du patient.

Cette attitude d'écoute est généralement suivie d'un soutien à apporter au patient. Celui-ci peut se traduire à la suite du diagnostic par des propositions de soins clairement établies et adressées au patient au niveau purement médical. Mais en dehors de tous ces aspects strictement médicaux de la consultation, on peut noter toute une autre aide dont les médecins font preuve. Elle consiste à la simplification en faveur des patients, des démarches ultérieures au cas où il en existe, par exemple la prise des rendez-vous auprès des spécialistes,

des lettres adressées à la mairie ou à l'assistance sociale si cela est nécessaire, en fait toutes ces démarches qui ne rentrent pas forcément dans l'exigence de la profession médicale même si elles sont nécessaires pour le patient. C'est dire que rien n'oblige le médecin de manière fondamentale à remplir ces exigences car elles ne relèvent pas toujours de sa compétence. C'est dans un simple élan d'aide, et de sollicitude comme nous le verrons plus loin.

Par ailleurs, on constate aussi la plupart des médecins tiennent à une ambiance bien détendue de la consultation. C'est-à-dire que mettre le patient à l'aise, à travers un accueil chaleureux et parfois lui faire quelques blagues, apparaît comme un conditionnement nécessaire, et concourt de ce fait à témoigner au patient ce souci du « pour-autrui ».

2 – Par rapport à la dimension de la réciprocité, traduite par la prise en compte du patient comme un semblable, dans une certaine mesure, nous pourrions dire un « alter ego », les médecins ont traduit pour la plupart de nouveaux éléments. En réalité, en reconnaissant la faiblesse créée par la maladie, et peut-être dans un tout autre sens, en se reconnaissant détenteur d'un certain pouvoir, le pouvoir médical, les médecins en intégrant dans leur pratique la dimension de la réciprocité, restent proches de leurs patients. Cela s'explique d'ailleurs dans leur témoignage par des paroles comme « il ne faut pas être hautain, mais proche des gens »¹⁰. Etre donc proche des gens c'est avoir un discours simple. Un discours que le patient peut comprendre. S'approcher du patient c'est également le rassurer par des paroles telles que « ce n'est pas grave, ça va aller... » Ou encore comme l'ont dit certains médecins, poser la main sur l'épaule en le rassurant.

La réciprocité revient donc à éviter de façon systématique à bâtir la relation sur un rapport de force où le médecin serait perçu comme le plus fort et celui à qui tout serait permis. C'est d'ailleurs dans cette logique que pour les médecins, l'accueil des patients était le moment de les mettre en confiance en leur offrant à la fois l'espace et le temps nécessaire. C'est également tout le sens de la présentation individuelle du médecin, c'est-à-dire une manière de signifier au patient le respect qu'on lui accorde.

Deux autres éléments traduisent cette réciprocité. Il s'agit d'une part du vouvoiement à l'égard du patient, même si celui-ci se considère comme exclu de la société. Le vouvoiement est un élément qui les valorise, qui les humanise surtout si eux-mêmes se considèrent comme

¹⁰ Voir quatrième entretien

exclus. « Notre rôle est de leur rendre ce qu'ils croient avoir perdu, et cela commence par le vouvoiement »¹¹ disait un médecin.

3 – Manifester la sollicitude aux patients, pour les médecins a également paru comme une nécessité. En réalité, la demande de soins pouvait souvent comporter d'autres éléments qui, malgré le fait qu'ils traduisent toujours une souffrance ou une vulnérabilité, n'avaient pas toujours leur réponse dans la simple médecine. La réponse des médecins était dans ces cas-là, une réponse d'humain qui pouvait une fois de plus commencer par l'écoute, par le fait de manifester un certain intérêt à l'histoire du patient ou de sa maladie. En fait, parlant de sollicitude, l'attitude d'écoute a une fois de plus été évoquée comme capitale. Ainsi, il revient à penser que, face à la souffrance et à la vulnérabilité du patient, l'une des réponses que propose le médecin est sa sollicitude et celle-ci peut se traduire par exemple par l'écoute du patient, par des gestes, comme toucher le patient sur l'épaule, lui serrer la main ou lui caresser la joue ou les cheveux quand il s'agit des enfants. Tous ces comportements vont bien au-delà de la simple compassion, mais ils pourraient à juste titre traduire l'empathie. Ainsi, sachant dès lors que la réponse des médecins tant sur la prise en compte de la souffrance que sur la sollicitude était l'écoute, nous avons dans la suite de notre travail supprimé l'item relevant de la sollicitude pour vérifier si les résultats du questionnaire iraient dans le même sens.

4 – Par rapport à la responsabilité, nous avons rencontré deux niveaux d'analyse. Le premier, qui par delà la profession définit la responsabilité comme un devoir vis-à-vis des autres. Ici, pour certains médecins, cette responsabilité est inhérente à notre condition d'homme et on ne pourrait s'en détourner. Etre responsable dans ce cas précis reviendrait donc tout à fait à se sentir concerné par la souffrance de l'autre et se donner le devoir d'y répondre non seulement en tant que médecin, mais dans ce cas en tant qu'homme. Il s'agit d'une responsabilité qui mobilise plus que l'obéissance à un simple devoir et dont la simple justification est l'humanité. En d'autres termes, « si on ne peut pas laisser l'individu face à lui-même »¹² comme l'a dit un médecin, c'est précisément parce qu'on se sent interpellé par la souffrance de l'autre, par sa misère. Cela se traduit plus concrètement par toutes les formes d'aide supplémentaires qu'on peut lui apporter dans l'offre de soins. Cela peut également se traduire par le fait de se sentir coupable, non pas de la souffrance des autres, mais du fait

¹¹ Cf. deuxième entretien

¹² Voir quatrième entretien

d'appartenir à une société qui favorise l'exclusion et les inégalités et par conséquent la souffrance.

Le deuxième degré de responsabilité est qui se situe sur le plan déontologique. C'est-à-dire celui de la responsabilité médicale. Comme dans toutes les professions, les médecins ont reconnu leur responsabilité dans toutes les décisions relevant de leur pratique. Toutefois, tous les schémas décisionnels se prêtent de moins en moins à l'unilatéralité, c'est-à-dire que l'intégration des patients se présente toujours comme une nécessité dans toutes les orientations thérapeutiques. Ainsi, bien plus qu'une décision venant du médecin, on parle de plus en plus d'une codécision valorisant ainsi la participation du patient au choix thérapeutique qui lui est adressé.

En outre, la responsabilité médicale peut consister à la reconnaissance des limites même de la médecine. Cela consiste pour les médecins à savoir qu'ils peuvent avoir des limites sur le plan individuel d'une part et recourir à un confrère plus apte, et d'autre part à intégrer que le fait que la médecine n'a pas toujours les réponses aux différentes questions qui lui sont posées. Il s'agit d'une responsabilité qui se traduit dans l'aveu de son incapacité, de ses limites ou pour le dire autrement d'une responsabilité qui est synonyme d'humilité et d'honnêteté.

5 – La nécessité d'une juste distance a été relevée par tous les médecins. Celle-ci étant ressentie non comme un moyen de s'éloigner des préoccupations liées aux soins, mais comme un élément traduisant le respect de la personne soignée d'une part et d'autre part un moyen permettant de mieux exercer la profession.

Ainsi, pour le médecin par exemple, en ce qui concerne les contacts physiques qu'impose l'examen clinique, il est clair que l'explication des gestes et des attitudes auxquels on a recours est indispensable dans le but de heurter la moindre susceptibilité, ou de donner libre cours à des imaginations déplacées. Cela s'entend mieux lorsque l'on doit ausculter les parties intimes d'un patient. La distance se traduit ainsi par le caractère absolument neutre des contacts physiques. La distance peut égarer être ressentie dans le discours, à travers le vocabulaire et les questions posées. C'est-à-dire que les questions adressées au patient doivent rester dans l'unique intérêt du soin et dans le respect de son espace privé.

Il peut dans l'autre sens arriver que la distance soit plutôt mal appréhendée par le patient, voulant transformer la relation médicale à une simple relation affective. Dans cette situation, le rôle du médecin est de rester professionnel. D'où l'incessant vouvoiement dont la nature ou le but est le rappel du côté professionnel de la relation. Il existe sans cesse à ce niveau précis un équilibre à rechercher entre l'empathie suscitée devant la souffrance et l'exigence

professionnelle de la distance. Cela se ressent également, comme l'a souligné le quatrième entretien, dans la prise en compte des particularités culturelles et religieuses, c'est-à-dire que la compréhension et le respect de celles-ci témoignent de l'intérêt du médecin à l'endroit du patient. Eviter d'imposer une attitude qui irait contre les convictions du patient serait donc respecter cette distance qui, d'un côté comme de l'autre encadre la relation. Le respect des convictions religieuses et culturelles des patients est donc en d'autres termes l'expression du respect de l'autre, de singularité et traduite ainsi en termes de distance.

c- Questionnaire

Tous les différents éléments d'interhumain décrits par les différents auteurs susmentionnés, repérés dans nos observations et commentés dans les entretiens semi directifs ont fait l'objet d'un questionnaire proposé à une autre série de médecins. Ceux-ci bien qu'appartenant au réseau ASDES, sont essentiellement des libéraux. L'objectif de ce questionnaire était de voir si indépendamment du contexte géographique, du mode d'exercice de la profession et indépendamment du niveau social des patients, les valeurs caractérisant l'interhumain restaient invariables dans la profession médicale et de voir également comment les médecins les intégraient ou pas dans leur pratique. Nous avons donc bâti ce questionnaire sur la base des résultats obtenus au cours des entretiens, ce qui nous permettrait d'avoir une confirmation de nos résultats et de vérifier nos hypothèses.

1-Résultats du questionnaire

Sur les 30 questionnaires, nous avons obtenu 24 retour

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Compassion Aide Traitement efficace	Relation de compréhension dans la symptomatologie Participation du patient au schéma thérapeut	oui	non	Quelquefois	Ecoute+apporter les soins les plus adaptés	proche	Approche compassionnelle
2	Ecouter	Chaleur ds	oui	non	oui	Sourire	A la fois	Pas de

	Réconforter Soulager	les paroles+éc oute auditive et visuelle				Boe présentatio n Ecoute attentive Disponibil ité +gestes amicaux	proche dans l'écoute sans familiarité déplacée ni froideur malséante	tutoiement , toujours vouvoiemen t. Langage compréhen sible
3	Ecoute du patient	Sollicitude et écoute du patient	non	Non ça dépend de l'attente du patient	Non, on peut l'aider		Ne pas trop s'investir	Ecoute du patient
4	Essayer de rassurer Donner confiance	Savoir écouter Prendre du temps	probablem ent	Dans une certaine mesure mais il faut responsabil iser les gens				
5	Essayer de rechercher la cause Donner de médicaments	Rassurer et écouter	La maladie permet de cprendre la souffrance, de cprendre la plainte écoute	Non ça dépend du moment	Aider à soulager et non responsabl e des maux	Ecoute +traitemen ts	Pas claire comme question	
6	Ecoute+++ Conseils Orientation chez le spécialiste	Tonalité douce Elocution lente+touch er	Oui si je dois ou non le toucher	non	Obligatoir ement, il nous faut un sens du devoir et une certaine éthique	Explicatio n de la thérapie	Elle dépend de chaque patient, de sa maladie et de ma dispo personnell e	Utiliser une interruptio n par exemple le téléphone Termes médicaux S'asseoir derrière le bureau
7	Aide avec traitement Soutien psychologique Empathie	Ecoute Regard examen médical	Non, sauf s'il est malade de longue date	En fonction du contact et de l'histoire de la relation avec le patient	Non !je l'aide mais il est autonome d'agir en fonction des éléments que je lui apporte	Soutien et accompag nement en cas de douleur	Distance amicale et respectueu se	Répondre à ses question et à ses attentes
8	Empathie Ecoute Médicaments	Ecoute attentive Toucher Parole réconforta nte	Oui pour le patient ayant l sentiment de dégradatio n	Non. Tout dépend du contexte, du niveau socio culturel et du temps avec le patient	Non ! chacun assume sa propre responsabi lité	Conseils à tout niveau écoute	Relation à la fois proche et distante	Respect+v ouvoiem ent. Ton calme et pondéré. Pas d'arroganc e
9	Empathie Ecoute Encouragements	Ecoute Accrocher le regard	Oui volonté de protéger et aider le patient	Non besoin d'être plus directif pr certains patients, moins pour d'autres	oui	Suivi des patients Formation universitai re		Absence de regard, volonté d'imposer son pt de vue, voix autoritaire
10	Ecoute	Attitude d'écoute	Sûrement	Non	oui	Attention Compassio n	Selon les cas mais proche	Çà dépend

						Disponibilité		
11	Ecoute Distance Solidarité	Question trop difficile	Non	Non et oui mais une ligne directrice identique	Responsable de leur souffrance	Prendre le temps d'écouter Essayer de proposer des solutions	Personne de référence, distante mais appliquée	
12	Ecoute Compassion aide		non	non	Dans le cadre de mes compétences	Moyens diagnostics + thérapeutiques	Variable selon les patients	

13	Ecoute+conseils Aide ds les conseils Se rendre le + dispo possible	Question floue	oui	non	Oui si c'est mes patients Non si ce ne sont pas mes patients	Prendre en charge Orienter, conseiller Ecouter Faire les démarches	La barre de mon implication par rapport au degré de leur liberté personnelle	Ne pas empiéter sur leur liberté
14	Compassion Parfois sentiment d'impuissance	Ecoute attentive, empathique et réactive	Oui dans la mesure où il m'apparaît vulnérable et fragile	Non suivant leur personnalité et l'ancienneté de la relation	Oui de mes patients et d'une manière générale	En allant vers l'autre et en se rendant disponible et joignable	Neutre, empathique sans plus	Langage+vouvoiement en évitant toute expressivité moyenne
15	Ecoute active	Attitude peu interventionniste, neutre, ouverte, bienveillante, en répondant aux questions directes	Très certainement. mais chaque cas est unique. Variable d'un patient à un autre	non	Oui ou plutôt responsable de quelque chose chez les autres		Distance franchissable	
16		Accorder + de temps Contact physique	oui	non	oui	Tendance à vouloir tout contrôler sympathie	Celle qui permet le meilleur échange	Parler +doucement Passer + de temps +contact physique
17	Ecoute, évaluation, traitement+surveillance et tolérance	Ecoute++ Regarder le patient et non l'écran Reformuler la plainte	Compréhension différente Se mettre à la place du	Non discours différent. Approche différente dans le ton et l'explicati	Pas responsable mais en situation de devoir.	Attention, sourire, échange	Tutoiement pour les enfants, vouvoiement pour les adultes,	Référence au bureau qui sépare les acteurs Limites ds les plaisanteries Ne jamais oublier l'explication qui apporte l'aspect

			patient	on	devoir d'écoute		sincérité avoir poser les limites	scientifique et traduit la distance
18	compassion	Ecoute attentive	Non	non	non		Rester dans le rôle de médecin	S'abstenir des familiarités
19	Ecoute empathie compassion	Se pencher vers le patient Lui serrer la main Lui toucher l'épaule	forcément	non	On est responsable de nos actions avec les autres mais chaque individu garde sa liberté		Lors de l'examen clinique la distance est abolie mais pas de familiarités	Langage et comportement doivent demeurer compatible avec le respect de la pudeur du patient
20	Ecoute, empathie compréhension		Tout médecin tient compte de la maladie, elle est partie intégrante de l'individu	non	Responsable de mes actes et décisions. Mais le malade est responsable de lui-même	Je ne comprends pas		
21	Ecoute+empathie	Je ne comprends pas	Je ne comprends pas jamais	jamais	Responsables de nos actes pas des patients	Je ne suis pas responsable des patients	Je ne comprends pas	Je ne comprends pas
22	La prise en charge des patients Lui apporter les meilleurs conseils	Je ne comprends pas	oui	Non il faut s'adapter à chaque patient	Oui responsable de nos actes. Le patient est responsable de lui-même	Ecoute+ prise en charge+soutien	Respect mutuel même si on peut avoir des relations amicales avec certains	écoute
23	Assistance Compréhension Secours(propositions, suggestions)	Ecoute Patience	oui	oui	oui	écoute	Difficile à délimiter. En fonction des patients et de leur souffrance	Difficile à décrire, en fonction des patients avec une attitude globale d'écoute et de compréhension

24	Compassion Ecoute Distance malgré tout	Acquiescement Se souvenir des précédentes consultations	Oui Tolérance écoute	Non selon réelle détresse ou selon contexte	oui	Concentration Reconnaître ses limites	La voie du milieu Ni trop, ni trop peu	Blouse blanche Pas de rire
----	---	--	----------------------------	---	-----	---	--	-------------------------------

2-Analyse des résultats

Pour 30 questionnaires, on a obtenu 24 retour.

10 questionnaires sont intégralement remplis.

9 questionnaires ont une seule question sans réponse.

2 questionnaires ont 2 questions sans réponses.

3 questionnaires ont 4 questions sans réponse.

Soit 167 réponses obtenues sur 192 attendues dont un pourcentage de 87%

Par rapport à la question 1

On a 23/24 réponses Soit 95 % de réponses et 15 références à l'écoute, 6 à l'empathie, et 5 à la compassion.

10 références aux traitements (soulager la douleur) + aides diverses.

Question 2

19/23 réponses. 15 références à l'écoute mais avec des allusions aux paroles, au regard.

11 références à l'écoute + allusion au toucher et au regard.

4 non réponses :

1 = question trop difficile

1 = question un floue

3 = je ne comprends pas

Dans les 5 entretiens, la prise en compte de la souffrance était généralement traduite par l'attitude d'écoute. Tous les médecins ont quasiment caractérisé l'écoute comme la principale attitude à adopter en face du patient. D'autres éléments pouvaient s'ajouter ou même pouvaient varier d'un médecin à un autre, mais pour l'essentiel, l'écoute restait l'élément commun à toutes les réponses. Tandis que dans les questionnaires, sur 23 réponses obtenues, 22 font également référence à l'écoute comme principale attitude en face de la souffrance d'un patient. Des résultats de nos deux groupes, il apparaît que $p = ns$ c'est-à-dire que p est non significatif car les réponses du groupe A vont dans le même sens que les résultats du groupe B, A désignant le groupe des 5 et B celui des 23.

Question 3

23/24 réponses. Mais 3 catégories de réponses

16 oui avec ou sans explication dont 7 sans explication

6 non dont 4 sans explication

1 réponse qui n'est ni oui ni non

OUI pour la plupart parce que le patient traduit un état de souffrance et l'investissement du médecin dépend du degré de souffrance.

NON parce que la maladie fait partie intégrante de l'individu ou que c'est l'attitude du médecin qui doit s'adapter en fonction que le malade est ou pas un patient de longue date.

Question 4

24/24 réponses. 21 Non dont 11 sans explication

10 Non justifiés par le fait de s'adapter en fonction de la personnalité ou des circonstances.

1 Oui sans explication

1 oui et non. Oui pour la ligne directrice et non en fonction du patient.

1 dans une certaine mesure, il faut responsabiliser les gens

Question 5

23/24 réponses

6 Oui sans explication

2 Non dont 1 justifié par « on peut l'aider »

1 quelquefois

Plusieurs catégories de réponses :

- (7) responsables de nos actes et décisions et non pas des patients car chaque patient est responsable de lui-même. Responsabilité liée au simple devoir professionnel

(3) responsable de quelque chose chez les autres mais pas totalement. Responsabilité par rapport à la souffrance et à l'aide.

(2) Responsable uniquement de ses patients

Pas responsable de la souffrance et des maux des autres, on ne peut qu'aider.

Oui, on est responsable, il nous faut un sens du devoir.

Question 6

18/24. Soit 11 références à l'écoute et aux conseils + meilleures stratégies thérapeutiques

6 Se montrer proche dans l'attention, le soutien et la disponibilité

1 Reconnaître ses limites

Question 7

19/24 Réponses variables entre rester dans le rôle de médecin et se faire proche. Difficile d'évaluer la distance.

4 réponses = être proche

10 = rester neutre

2 = distance qui n'est évaluable

1 = pas de distance dans l'examen clinique mais pas de familiarités

1 = vouvoiement et savoir poser les limites

1 = implication par rapport à la liberté personnelle du patient.

Question 8

17/24

8 = distance dans le langage (expression, attitude) dont vouvoiement, usage des termes techniques, ton, rester derrière le bureau.

3 = écoute

3 = S'abstenir des familiarités

1 = Blouse blanche

1 = ça dépend

1 = approche compassionnelle

c- Discussion

I- Critique de la méthodologie

- La population

La première remarque que l'on peut soulever dans ce travail est relative au choix de notre population d'étude. En réalité, qu'il s'agisse des médecins hospitaliers ou des médecins libéraux, leur principale caractéristique est l'appartenance au réseau ASDES. Cependant, nous soulignons une hétérogénéité méthodologique. Il s'agit de prendre en compte le fait que les médecins du Nord (groupe A constitué des médecins de Nanterre) ont bénéficié d'une formation en éthique médicale leur permettant d'être ouvert aux valeurs caractérisant l'interhumain. Par contre, ceux du deuxième groupe B n'ont pas de telles formations. Ainsi les références statistiques concernent donc une population de médecins généralistes standard. De plus, que le groupe A ait « une capacité éthique » par la formation de ses membres semble renforcer l'intérêt méthodologique d'avoir pratiqué les entretiens non directif sur ce groupe pour tirer le maximum de ce que l'interhumain peut représenter pour des praticiens. Les formations mensuelles qui sont les mêmes dans les deux groupes n'ont par ailleurs aucun effet sur notre méthodologie, le sujet de « l'interhumain » n'ayant pas été abordé durant celles-ci.

Plus précisément, à la policlinique de Nanterre, dans le département de consultations de santé publique, les médecins étaient particulièrement formés ou préparés à la prise en charge des populations vulnérables. La nature ou mieux la vocation du réseau étant la facilitation de l'accès aux soins, de l'éducation à la santé à travers une prise en charge globale de la santé du patient. Le fait d'exercer dans un tel cadre prédisposerait clairement le médecin à être plus attentif, mieux formé aux valeurs caractérisant l'interhumain. L'organisation en réseau facilite donc clairement la pratique de cette dimension interhumaine dans la pratique médicale. C'est bien cette option fondamentale de prise en charge globale qui va impliquer la prise en compte d'une grande capacité d'écoute, de sollicitude, cette disponibilité à informer et à recommander au spécialiste ou à orienter auprès d'une assistante sociale. C'est donc une hypothèse confirmée par les résultats de ce travail. Mais cette hypothèse est infirmée en ce qui concerne la responsabilité qui apparaît dans nos résultats plus fondamentale dans le groupe A que dans le groupe B.

Une limite de ce travail aura certainement été le fait de n'avoir travaillé qu'avec les médecins et partant du fait que la relation médecin patient est une co-construction.

L'importance ou le rôle du patient dans cette relation est également très important et n'a pas été exploré dans ce travail. D'une façon générale, les entretiens avec les patients nous auraient permis de vérifier comment était perçue ou pas cette dimension de l'interhumain dans la pratique médicale. D'autant plus que dans le cadre d'un réseau, ce rôle peut être plus important. Une autre méthodologie nous aurait permis de mesurer auprès des patients la différence dans la prise en compte des facteurs interhumains en fonction de l'appartenance ou non dans un réseau

Toutefois, pour des limites de temps, nous avons centré tous nos intérêts sur les médecins pour la principale raison que la relation de soin paraît d'abord comme une relation déséquilibrée, comme une relation asymétrique au sens lévinassien le plus classique où l'autre apparaissant toujours dans sa fragilité, se présente en sollicitant, en interpellant dans l'attente d'une réponse, d'un accueil, bref d'une hospitalité.

II Discussion des résultats aux différentes approches des auteurs de sciences humaines, sociales et philosophiques ayant abordé ce thème de la relation médecin patient

Dans notre introduction, nous avons défini l'interhumain sur la base d'éléments bien précis et relevant des différents auteurs que sont Levinas, Ricœur, Touraine, et Morin. A la suite des observations, nous avons pu décrypter comment ces éléments pouvaient être articulés ou traduits dans la pratique médicale. Nous avons regroupé ces éléments en cinq items principaux à savoir : la prise en compte de la souffrance et de la vulnérabilité, la référence à la réciprocité dans la relation, la sollicitude, la responsabilité et la juste distance. Mais à la suite de nos entretiens, nous avons constaté que pour tous les médecins en général, la sollicitude se présentait comme une réponse à la prise en compte de la souffrance et de la vulnérabilité traduite majoritairement par l'attitude d'écoute. Cela nous a donc amené dans notre questionnaire à considérer l'écoute comme une dimension de la sollicitude et par conséquent, la question y référant a été supprimée dans le questionnaire. Ainsi, la discussion de nos résultats va se limiter aux quatre autres éléments mentionnés plus haut.

a- La prise en compte de la souffrance et de la vulnérabilité

Dans la pratique médicale, et à la suite de nos résultats, nous pouvons affirmer que l'écoute apparaît comme le premier élément caractérisant l'interhumain, car il ne s'agit pas

simplement d'une écoute passive. Il s'agit d'une écoute qui se veut sollicitude, disponibilité, en clair d'une écoute qui se veut don. Tous ces termes sont d'ailleurs utilisés par les médecins eux-mêmes pendant les entretiens. « Don du temps et de l'échange à l'autre » comme le souligne par exemple le médecin du premier entretien.

Or si la compréhension de l'interhumain en général s'appuie essentiellement sur cette catégorie du pour-autrui, on peut légitimement s'interroger sur la signification de l'écoute pour les médecins. Est-elle exactement la réponse du « me voici » allant jusqu'à la responsabilité d'otage dont parle Levinas ?¹³ Ou bien, reviendrait-elle essentiellement à cette sollicitude décrite dans la visée à la vie bonne dont parle Ricœur dans sa « petite éthique » comme « basée fondamentalement sur l'échange entre donner et recevoir »¹⁴ ? En effet, la prise en compte de la souffrance et de la vulnérabilité peut très bien être traduite par l'une ou l'autre façon de penser l'écoute et pourtant entre les deux, il existe une grande différence.

Quoiqu'il en soit, et même si la dimension du don est très fortement marquée par les médecins dans leur analyse de l'écoute, il reste tout de même des réserves sur le côté asymétrique de la relation dont parle Levinas¹⁵, les médecins ont d'ailleurs évoqué à plusieurs reprises la dimension de l'échange. Celle-ci traduit l'implication des deux acteurs au cours de l'échange. Ce qui montre que la conception de l'écoute pour les médecins semble plus proche des notions ricœuriennes du donner et du recevoir car même si les médecins offrent des soins partant de l'écoute, de la disponibilité, ils reçoivent en retour quelque chose des malades. C'est vrai que cela n'apparaît pas de prime abord quand les médecins parlent de la sollicitude. Ils évoquent en premier ce qu'ils donnent, ce dont ils font preuve. Ils ont majoritairement conscience de l'impact de la représentation du pouvoir médical auprès des patients. Toutefois, dans deux entretiens, il y en a qui ont relevé l'image que pouvait leur renvoyer la souffrance des patients : En face de la souffrance du patient, le médecin prend conscience de sa propre vulnérabilité. C'est toute la fragilité de la condition humaine qui lui est signifiée. Cette attitude est bien relevée par un médecin dans le troisième entretien : « la souffrance du patient nous ramène à notre propre souffrance, car nous aussi, nous sommes confrontés à la souffrance et à la mort. » C'est d'ailleurs ce qui permet à Ricœur de faire la différence entre la pitié et la sympathie en face de la souffrance. A notre avis cette citation de Ricœur illustre parfaitement l'attitude des médecins : « ...une sorte d'égalisation survient, dont l'autre souffrant est l'origine, grâce à quoi la sympathie est préservée de se confondre avec la simple

¹³ E. Levinas, *Ethique et infini*, dialogues avec Philippe Nemo, le livre de poche, Fayard, p.93

¹⁴ Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, p.220

¹⁵ E. Levinas, op. Cit.

pitié, où le soi jouit secrètement de se savoir épargné. Dans la sympathie vraie, le soi, dont la puissance d'agir est au départ plus grande que celle de son autre, se retrouve affecté par tout ce que l'autre souffrant lui offre en retour. »¹⁶

Ce qu'on peut dire d'une façon générale c'est que l'attitude d'écoute est à comprendre à travers deux principaux éléments. Le premier est que c'est l'écoute qui permet au médecin de dépister les éléments de souffrance, donc ce n'est qu'en écoutant le patient que le médecin parvient à dégager les origines de cette souffrance ou de la vulnérabilité. C'est d'ailleurs dans ce sens que tous les médecins ont souligné le fait de relever ou de revenir sur certains éléments soulevés par le patient. Le second élément est indissociablement lié au premier, car c'est en écoutant le malade que celui-ci peut commencer à se sentir d'une certaine manière soulagé. C'est à la fois une forme de compassion, d'attention, de respect accordé par le médecin au malade. Il peut d'ailleurs arriver que le patient évoque des éléments qui ne soient pas toujours en liaison avec sa maladie, mais le sens de l'écoute qu'on lui accorde est toujours de lui signifier cette attention évoquée plus haut. Cela est d'ailleurs bien relevé dans le premier entretien : « j'ai passé une heure avec un monsieur, il voulait qu'on parle de son histoire, et le simple fait de l'écouter lui a fait du bien... » Cela permet donc de mettre le patient en confiance et de mieux tirer de lui des éléments nécessaires pour le suivi des soins. C'est d'ailleurs dans ce sens que Maurice Tubiana relève l'importance de la confiance dans la relation entre un médecin et son patient. C'est à travers l'écoute que s'instaure cette relation de confiance.¹⁷ Celle-ci décrit une attitude qui permet au patient de sentir une présence réconfortante s'accompagnant quelques fois de gestes et de paroles, et le tout traduisant de la part du médecin « cette aptitude à se donner à ce qui se présente et à se lier par ce don ».

C'est dans le même sens que Gabriel Marcel définit la disponibilité en la qualifiant de principale caractéristique de la personne.¹⁸ L'écoute se présente donc sous la forme de la disponibilité. Disponibilité qui est l'expression du don, une marque d'intérêt et de considération pour le patient.

En définitive, on peut dire que l'écoute pour les médecins est le mode réponse le plus usuel face à la souffrance. Cette réponse obéit d'une part au principe déontologique consistant à repérer les éléments de souffrance d'une part mais d'autre part elle permet de manifester à la personne du patient cet intérêt soulevé dans le deuxième entretien. Ainsi, même si les médecins l'expriment chacun à sa manière ses deux dernières composantes sont toujours

¹⁶ P. Ricœur, op.cit

¹⁷ Maurice Tubiana, *histoire de la pensée médicale, les chemins d'esculape*, Paris, Flammarion, 1995, p.237 et 238

¹⁸ Gabriel Marcel, *la Dignité humaine et ses assises existentielles*. Paris, Aubier, 1964, p.171

présentes dans la compréhension du sens qu'ils donnent à l'écoute. C'est ce qui nous amène à penser que le médecin à travers l'écoute, s'auto dépasse dans un engagement qui s'achève dans l'affirmation d'une fraternité. Lorsqu'il répond à l'interpellation de la souffrance à travers l'écoute, il manifeste non seulement sa dignité mais aussi et surtout il témoigne de celle d'autrui, lui octroyant le respect qui lui est dû. L'écoute est donc un élément d'humanité qui permet au médecin de prendre conscience de la souffrance des autres. Ce point de vue est également partagé par trois grands médecins (Jean Bernard, Hamburger et Tubiana) d'après l'étude de Piednoir.¹⁹

b- La réciprocité et la mutualité

Dans la relation de soins, l'idée de réciprocité ne paraît pas toujours aussi clairement pour les médecins. En effet, l'autre c'est-à-dire le patient en en situation de demande, et souvent diminué. C'est d'ailleurs ce qui justifie le fait que les questions faisant allusion à ces deux notions dans le questionnaire ne trouvaient pas toujours d'écho très favorable auprès des médecins. Et même dans le premier entretien, le médecin déclare que « les gens viennent nous voir parce qu'ils sont malades », cette idée traduit la situation de demande qui caractérise en premier la relation médecin patient. On ne saurait nier cet aspect de la relation surtout quand le médecin est perçu comme détenteur d'un savoir et même d'un pouvoir. La plupart des médecins ont reconnu être souvent sollicité même pour des problèmes auxquels ils n'avaient pas de solutions immédiates.

Toutefois, il appartenait au médecin de cadrer la relation. Même si d'un côté, il y avait cette demande, le comportement du médecin devait par la suite mettre en valeur ces aspects de réciprocité et de mutualité caractérisant une rencontre entre deux êtres. Dans le quatrième entretien, le médecin précisait « qu'il fallait rester simple dans le langage, en utilisant les mots et les expressions qui étaient à la hauteur du patient, c'est-à-dire en évitant de mettre en avant toute la dimension savante qui caractérise la profession médicale. C'est de cette manière qu'on se rapproche du patient en lui montrant que malgré la maladie, il reste la même personne et si c'était une maladie chronique par exemple, il lui reviendrait de l'intégrer désormais dans tous ses choix (cf. premier entretien). La maladie faisant partie des aléas de la vie.

¹⁹ P. Piednoir, « la relation médecin malade et le métier de médecin », www.inserm.fr/éthique

Mais d'un autre point de vue, on peut dire que la référence à la mutualité et à la réciprocité nous a paru être comprise de deux manières par les médecins. Premièrement, prise au sens de respect dû aux personnes dans le prolongement de la sollicitude, c'est bien ce que reflète la question 2 du questionnaire. Ce respect dont il est question passe aussi bien par les paroles que par les gestes. C'est ainsi par exemple que dans le deuxième entretien, le médecin insiste sur l'importance du vouvoiement pour les patients précaires résidant au centre d'accueil. Pour ces personnes qui se considèrent elles-mêmes comme les exclus de la société, le fait de vouvoyer ou de les appeler « monsieur » n'était pas banal. Cela traduisait tout un sentiment de revalorisation et de considération à leurs yeux de la part du médecin. Ils se sentaient dès lors au même niveau que le reste de la société. D'une autre manière, et dans notre troisième entretien, le médecin insiste sur le fait de toujours se présenter au patient. Ce qui traduit une autre manière se rapprocher de lui. La phrase « je suis le docteur X et je suis là pour vous...met le patient non face d'un inconnu mais de quelqu'un qui témoigne des égards à la personne du patient. Et deuxièmement, cette réciprocité et cette mutualité peuvent s'entendre comme le fait de considérer l'autre tel qu'il est, en évitant d'exercer sur sa volonté une contre volonté. C'est d'ailleurs tout le sens et l'intérêt du consentement qui associe l'adhésion du patient aux schémas décisionnels que lui propose le médecin. Tous les médecins ont précisé lors des entretiens ne jamais imposer ni l'adhésion au réseau, ni imposer un traitement aux patients. Prendre toujours en compte le choix du patient mais en leur montrant le bien fondé du choix qui leur était proposé. D'ailleurs dans le deuxième entretien, le médecin précise qu'il respecte leur choix même quand ils refusent ce qu'on leur propose. Et cette attitude ne modifie en rien la relation. Le patient en tout simplement mis en face de ses responsabilités.

A la question de savoir comment la réciprocité ou la mutualité pouvait être présentes dans le comportement médical, les médecins du second groupe, donc celui du questionnaire ont une fois de plus fait référence à l'écoute. Nous ne voulons pas une fois de plus revenir sur ce qui a été dit plus haut concernant l'écoute, mais c'est dans le prolongement de cette question à savoir la question 4 du questionnaire que les réponses du questionnaire vont dans le même sens que les réponses des entretiens. Ici, pour chacun des groupes, la réciprocité et la mutualité semblent perçues comme un réel principe d'humanité, c'est-à-dire en lien avec la deuxième formulation de l'impératif catégorique de Kant : « agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen »²⁰. L'humanité de l'autre c'est le fait

²⁰ E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Delagrave, 1969, p.114

qu'il ne soit jamais traité comme moyen, c'est-à-dire qu'il est considéré en tant que ce qu'il est. En d'autres termes, toutes les allusions à l'accueil, à la présentation, traduisant le respect dû au patient du fait de sa dignité originelle par le médecin, trouvent leur justification comme le souligne Ricœur dans la formulation de la Règle d'Or : « Ne fais pas à autrui ce que tu détesterais qu'il te soit fait », en d'autres termes, « ce que vous voulez qu'on vous fasse, faites le aux autres », d'ailleurs comme le note le philosophe, c'est tout le sens du commandement biblique d'après lequel il est dit que « tu aimeras ton prochain comme toi-même »²¹.

Dans notre travail, il apparaît que les médecins perçoivent plus la dimension de réciprocité ou de mutualité dans l'adaptation des comportements et attitudes en fonction des patients. C'est ce qui leur a paru le plus évident bien qu'il y ait à la base les éléments de respect évoqués dans les entretiens. Du moins, dans chacun des groupes, adapter le comportement en fonction du patient restait très important dans la pratique médicale, la spécificité de chaque patient étant évoquée. Si nous avons une fois de plus les mêmes résultats de chaque côté, aucune significativité n'est relevée car sur dans les entretiens, tous les médecins ont déclaré adapter leurs comportements en fonction des patients et à la question 4 du questionnaire, sur 24 réponses, 23 pensent également adapter leur comportement.

La prise en compte de ces éléments est l'une des voies permettant d'éviter tout ce que Ricœur traduit par les termes « figures du mal »²² c'est-à-dire, le pouvoir-sur, greffé sur la dissymétrie initiale entre ce que l'un fait et ce qui est fait à l'autre autrement dit, ce que cet autre subit, peut être tenu pour l'occasion par excellence du mal de violence. La pente descendante est aisée à jalonner depuis l'influence, sous forme douce de pouvoir-sur, jusqu'à la torture, forme extrême de l'abus. On pourrait d'ailleurs faire une allusion significative ici à la loi du 4 mars 2002, dite loi de démocratie sanitaire qui reprend à son compte ses éléments de réciprocité et de mutualité en les traduisant sous formes de droits. Le patient est désormais convoqué aux multiples choix qui engagent sa santé. Tout cela témoigne d'une vision nouvelle de la médecine et même de la personne comme définie par son autonomie, par sa liberté. La question du consentement permet clairement de définir la relation médecin patient dans un contexte de partenariat, Emmanuel Grand le notait déjà dans son travail : « imposer le consentement comme condition du début des soins correspond à la volonté de maintenir la personne au sein de la relation. Le recueil du consentement permet au patient de se positionner en face d'un processus de soin dans une attitude qui est la sienne et qu'il a choisi

²¹ P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, p.255

²² Ibidem, p.256

en connaissance de cause.»²³ A travers cette citation, on rejoint bien le point de vue des médecins qui, à chaque étape du parcours thérapeutique sollicite l'adhésion du patient. On voit bien que l'idée de consentement s'appuie sur ces éléments de réciprocité et de mutualité qui, malgré le contexte particulièrement délicat engendré par la maladie, traduisent cette considération du patient comme demeurant digne de respect.

Ces notions de réciprocité et de mutualité ne se limitent pas qu'à la simple dimension partenariale de la relation médecin patient. Elles se situent dans une certaine mesure dans le prolongement de la sollicitude, présentant ainsi des traits de l'amitié, non pas au sens d'intimité avec l'ami mais au sens de la *philia* aristotélicienne telle qu'elle est saisie par Ricoeur dans *Soi-même comme un autre*.²⁴ C'est d'ailleurs dans ce sens qu'il faudrait toujours saisir les allusions au respect, au devoir d'aider, qu'évoquent la plupart des médecins dans les entretiens. En réalité, l'idée de réciprocité ou de mutualité telle qu'elle se présente chez les médecins se comprend par opposition à tout ce qui renvoie à l'indifférence par rapport à autrui. Cette non indifférence devient progressivement une norme. Norme par rapport à la prise en compte du caractère irremplaçable de chaque personne pour le soi. Car il n'y aurait de soi sans un autre qui le convoque à la responsabilité.

c La responsabilité

La notion de responsabilité mérite une attention particulière à la suite des résultats obtenus dans notre travail. En effet il existe une différence significative dans l'interprétation de cette notion. En effet, on a obtenu $p < 0,05$, ce qui traduit une différence significative d'après le test X^2 de Pearson. En effet, les médecins n'expriment pas la même chose quand à l'intégration de la notion de responsabilité.

D'une façon générale, et à la suite des résultats obtenus, ce qui se dégage est que les médecins perçoivent la notion de responsabilité sous deux principaux aspects : Le premier est relatif à une notion de la responsabilité pris dans un sens strictement déontologique tandis que le deuxième présente une notion de responsabilité plus large débordant le simple cadre déontologique.

Ainsi, nous avons constaté que pour les médecins libéraux, plus des $\frac{3}{4}$ de ceux qui ont répondu au questionnaire évoquent en premier en parlant de leur responsabilité, les actes

²³ Emmanuel Grand, « la relation médecin patient ou le problème de la juste distance. Evaluation dans un réseau de soins », mémoire de DEA, 2003-2004. www.inserm.fr/éthique

²⁴ P. Ricoeur, op.cit., p. 220

qu'ils prescrivent. La responsabilité qu'ils auraient d'autrui ou du patient n'est qu'une responsabilité professionnelle. D'ailleurs la question « vous sentez-vous responsables des autres ? » n'avait pas de sens pour certains quand elle n'obtenait pas la réponse suivant pour d'autres, « responsables de mes actes et pas du patient ». Cette tendance à limiter la responsabilité à sa simple dimension déontologique traduit d'une certaine manière ce souci de se protéger en premier qui anime les médecins. D'ailleurs, un médecin l'a clairement dit. La judiciarisation de l'exercice de la profession médicale constitue un élément important dans cette crainte qu'éprouvent dès lors les médecins à s'investir un peu plus dans la relation et se limitant dès lors au minimum exigé.

Ici, la loi constitue en quelque sorte une épée de Damoclès qui limite tout l'esprit d'initiative. La responsabilité est clairement ressentie en premier sur un plan individuel. On ne veut pas être responsable du patient mais l'important est de savoir si on est en harmonie avec la loi. Une telle façon, certes justifiée de vivre la responsabilité pourrait à bien d'égards susciter quelques réflexions dans l'exercice même de la médecine. On pourrait à bon droit s'interroger sur ce qui est recherché en premier. Est-ce le souci de bienfaisance due au patient ou tout simplement le fait de se protéger en cas de faute pour le médecin ?

Par contre, avec les médecins hospitaliers de Nanterre, une autre notion plus large de la responsabilité a été évoquée. Celle-ci est d'abord une responsabilité qu'on qualifierait d'humaine. Sur 5 médecins, 4 ont répondu sans hésiter se sentir responsable des autres avant toute référence au devoir lié à l'exercice de la profession. D'ailleurs, dans le troisième entretien et au sujet de la responsabilité, un médecin se déclare responsable du fait de l'appartenance par exemple à une société qui est à l'origine de certains de ses membres. Il s'agit donc ici d'une responsabilité collective due à l'appartenance à une institution commune. C'est de cette responsabilité que parle Edgar Morin. Une responsabilité qui se fonde sur l'idée de solidarité : « la responsabilité a toutefois besoin d'être irriguée par le sentiment de solidarité, c'est -à- dire d'appartenance à une communauté. »²⁵. Dans ce sens, non pas qu'on ignore la responsabilité professionnelle, mais on prend en compte le fait qu'on se doit d'aider l'autre. On est sensible à sa souffrance et on doit y répondre non seulement en tant que professionnel de santé mais d'abord en tant qu'homme. C'est de cette responsabilité que parle le médecin au deuxième entretien quand il dit « si on a cette notion de responsabilité humaine, il y a des choses qu'on ferait quand un autre s'arrête à son simple devoir. » Non pas qu'on se sente directement responsable de la souffrance des autres mais on n'y reste pas indifférent, on

²⁵ Edgar Morin, *La méthode 6, Ethique*, Paris, Seuil, p.109

agit positivement pour l'aider. C'est également cette attitude qui est décrite dans le quatrième entretien quand le médecin précise qu'il lui arrivé de porter un patient dans sa propre voiture parce qu'il n' y avait pas d'ambulance, il est allé au-delà de son devoir professionnel...

En réalité, cette façon de concevoir la responsabilité est très proche de la notion ricoeurienne de justice. Celle-ci contient l'idée de solidarité justifiée par les institutions. D'ailleurs, l'auteur la définit comme « la première vertu des institutions sociales... »²⁶ En plus, il y a bien dans cette idée de justice les deux aspects caractérisant la responsabilité. Il y d'une part le côté du bon, et de l'autre le côté du légal, et c'est bien les deux qui constituent ce que Ricœur désigne par le juste. Ainsi, la notion de responsabilité peut donc être aussi bien traduite d'un côté comme de l'autre, sauf qu'en conséquence les attitudes ou les comportements ne seront pas pareils en fonction qu'on soit plus dans le bon ou dans le légal. Ce qui est sûr est que l'interhumain se rapporte plus facilement du côté de cette responsabilité humaine, laquelle se fonde sur les notions de solidarité, de bonté. Nous n'affirmons pas que les médecins du groupe A sont meilleurs que leurs confrères du groupe B mais, en ce qui concerne la formation à ces valeurs, il est clair les médecins hospitaliers dans notre étude et à travers les entretiens se sont montrés plus ouvert à cette notion de responsabilité. Ils ont mis en avant l'aspect humain de la responsabilité et n'ont presque jamais évoqué le coté légal de celle-ci.

d- La juste distance

S'il y a une notion qui fait l'unanimité dans la pratique médicale, c'est bien la notion de juste distance. Dans notre travail, tous les médecins ont souligné son importance dans la relation avec le patient. Toutefois, il n'y a pas de référence standard pouvant caractériser ce que peut être la bonne distance dans une relations de soins. S'il est clair comme l'ont souligné les médecins que la distance est ce qui permet de rester professionnel, elle peut également être différemment appréhendé par les médecins. C'est chacun qui la conçoit ou qui l'impose à sa manière. Certains la manifeste dans les paroles et le vouvoiement tandis que d'autres la traduisent dans les comportements, par exemple à travers l'explication de tout ce qu'on fait comme gestes médicaux, ou tout simplement en évitant d'adopter des attitudes qui pourraient briser cette distance. C'est ainsi par exemple qu'il y a des médecins qui ont dit ne pas jamais soigner leurs amis.

²⁶ P. Ricœur, op. cit. 230

Quoiqu'il en soit, la notion de distance traduit certes ce recul permettant de mieux exercer la médecine mais elle comporte en elle toute une connotation positive au sens où elle traduit également la prise en compte du patient comme un être singulier, qui a son histoire, avec ses droits. C'est ainsi par exemple que certains médecins soulignaient le fait de prendre en compte les différences religieuses et culturelles de leurs patients. Dans le quatrième entretien par exemple, le médecin évoque par exemple le cas des femmes musulmanes pour qui montrer certaines parties de son corps à un autre homme que son mari est un tabou. La prise en compte et le respect de tels éléments permet non seulement de se montrer proche du patient mais également de le mettre en confiance dans la démarche de soins. Ici, la distance est comprise dans l'intégration des différences dans le rôle de chacun. On reconnaît toutefois que cela n'est pas toujours facile.

En réalité, la question de la distance est une question d'équilibre. Equilibre entre le rôle de médecin et l'empathie qu'on peut manifester au patient, surtout lorsqu'on a des patients qui se situent plus du côté affectif et qui veulent faire du médecin un frère ou un ami.

Toutefois, si la notion de distance fait l'unanimité auprès des médecins, avouons qu'elle pose également quelques problèmes dans son application ou tout simplement qu'elle soulève plusieurs problèmes.

D'abord, si la distance doit être adaptée en fonction des patients, on peut légitimement se poser la question de l'égalité des soins. La référence à la notion de distance évoque la non uniformité de la pratique médicale par rapport aux soins, c'est-à-dire que la médecine doit être adaptée en fonction des particularités individuelles ou ethniques... Nous pensons notamment aux travaux de Georges Devereux sur l'ethnomédecine Et pourtant aujourd'hui plus que jamais, on parle de l'égalité aux soins pour tous les patients. Sur quelles bases doit-on concevoir cette égalité ?

Ensuite, si le concept de distance n'a de sens que par rapport à son adaptabilité, comment pouvons nous dès lors concevoir la dignité « universelle » qu'on attribue à l'homme ? Peut-on dès lors imaginer qu'il existe différentes sortes de dignité ? Pourtant Emmanuel Kant dans toute son œuvre a tenu à montrer le caractère universel de cette valeur qui caractérise fondamentalement l'humain.²⁷

La référence à la pensée d'Alain Touraine nous semble fortement indiquée pour mieux cerner la notion de distance à partir du concept même d'attitude. En effet, Touraine essaie de relativiser cette conception de la médecine qui place d'un côté le médecin avec son savoir

²⁷ E. Kant, op.cit.

médical et de l'autre le patient avec ses émotions, sinon au niveau de la subjectivité. Cette vision à laquelle s'oppose l'auteur faisait de la relation médecin patient, une simple relation de soumission. Cette vision est réductrice car Touraine essaie de montrer qu'il y a de part et d'autre du subjectif et du cognitif²⁸. Le médecin peut lui aussi ressentir une angoisse, vivre une émotion, ce qui est important c'est de savoir comment le médecin envisage sa mission par rapport à sa nature d'homme et vis-à-vis d'un autre homme.

Cette réflexion de Touraine permet de saisir la pratique médicale comme résultant de l'interaction entre différentes composantes. Même si chacun y a un rôle bien défini.

On a également tendance à toujours mettre en avant les devoirs des médecins vis-à-vis des patients, comme si la relation médecin patient était une simple relation de devoir. Certes le patient se présente dans la relation comme fragile, est-ce pour autant que sa condition lui éviterait tout devoir ? Et si oui comme la médecine serait elle encore possible dans ces conditions ? On se rapprocherait de plus en plus de cette responsabilité d'otage dont parle Levinas où pour l'autre, on n'a que des devoirs et non jamais de droits²⁹, un tel sens de la responsabilité est-il applicable dans la pratique médicale ? Ce devoir d'une responsabilité infinie pour l'autre ne va-t-il pas éteindre ou supprimer le sens de collaboration ou de coopération qu'exigent de plus en plus nos sociétés dites démocratiques ?

En définitive, il importe de retenir prioritairement que la notion de distance s'appuie sur un principe fondamental qui est la prise en compte du patient comme une personne, et que la relation médecin patient est une construction résultant d'une rencontre entre deux personnes, chacune ayant son histoire. Au-delà du concept d'attitude dans la relation, se pose le problème de l'environnement et des structures sociales à favoriser cette construction. Dans cette relation particulière qu'est la rencontre médecin patient, ce qui doit être mis avant, c'est l'individu en tant que celui-ci est une personne c'est-à-dire comme le dit Simone Plourde, « non seulement ce que la biologie constate, à savoir le plus haut stade neuropsychique de l'ontogenèse, mais bien davantage, l'aspect intégrateur de tous les éléments de sa nature, l'ipséité du soi, en devenir de lui-même avec et par autrui, en bref, la réalisation de l'humain en sa dimension de visage, la quintessence de l'humanité. On comprend alors que la

²⁸ A. Touraine, « La notion d'attitude », in *Psychologie, cancers et société*, L.e.d, temps, Editor, 1995, Paris, p.65-72

²⁹ E. Levinas, *Autrement qu'être , ou au-delà de l'essence*, Paris, le livre de poche, 2001, p.24

personne ne soit pas donnée, au départ qu'elle représente un enjeu ontologique et principalement éthique, que ses droits suscitent des débats et motivent tous les combats »³⁰

³⁰ Simonne Plourde, « *La notion de personne : une clef qui ouvre la dimension éthique des possibilités technoscientifiques* », in *Visions éthiques de la personne*, Paris, l'harmattan, 2001, p.112

CONCLUSION GENERALE

A l'issue de ce travail, nous pouvons dire que la relation médecin patient est une réalité indispensable dans la pratique médicale. En tant que telle, cette relation laisse une place de choix au langage, entendu comme paroles, gestes et comportements pouvant traduire une prise en compte de l'autre comme une personne. Nous l'avons vu dans les différentes étapes de notre travail, l'art de soigner ne consiste pas tout simplement aux prescriptions techniques relevant des connaissances théoriques des médecins. Mais il suppose ou mieux il intègre toute une autre dimension que nous qualifions d'humaine permettant au médecin de vivre en premier cette fraternité dont parle Gabriel Marcel ou Emmanuel Levinas avec le patient. C'est donc cette fraternité que nous avons appelé l'interhumain tout au long de notre travail.

Nous avons compris à la base que la médecine par son principe de bienfaisance est un exercice où l'interhumain est fortement présent. Mais bien au-delà du devoir, la pratique médicale à travers le langage tel que nous l'entendons, pouvait à juste titre décrire cet interhumain surtout dans le sens où il nous a été présenté par les différents auteurs des sciences humaines et philosophiques auxquels nous avons fait recours. Nous avons constaté que les paroles, les gestes et les comportements des médecins, de façon volontaire ou pas adhéraient aux définitions des auteurs à propos de l'interhumain et surtout pouvaient avoir des conséquences heureuses au niveau thérapeutique. La pratique médicale peut dès lors être aisément définie comme un lieu privilégié où sont matérialisés quelques éléments des différentes conceptions de ce que nous avons appelé interhumain.

En conséquence, on est dès lors amené à penser que la prise en compte du côté humain dans une relation de soins est indispensable, car c'est bien de l'homme qu'il s'agit et l'homme pris dans sa dimension la plus totale, en intégrant tous les aspects du corps, de la relation, de la communauté... qui dès lors ne vont plus limiter le soin à son simple aspect biologique ou somatique.

Dans la pratique quotidienne, certains éléments comme l'organisation administrative, ou comme le développement technologique peuvent occulter cette prise en compte de la dimension humaine dans la pratique médicale, mais le fait pour les médecins d'intégrer ces valeurs décrites par les philosophes et les auteurs des sciences humaines et sociales pourraient malgré tout faciliter la mise en avant de ces éléments qui peuvent aller au-delà du simple devoir, redonner à celui qui souffre dans sa maladie un espoir ou même une espérance. Espoir de ne pas se sentir seul dans sa souffrance, de se savoir faire l'objet d'une attention particulière, bref l'espoir d'une vie meilleure dont la guérison en est le gage.

Si le soin passe dès lors par ce côté humain tel que nous le défendons, il va sans dire que nous tenons à reconsidérer la médecine comme une activité complexe au sens même qu'Edgar Morin entend donner à ce terme. La complexité ici ne revenant ni à une activité difficile, ni à quelque chose d'insurmontable mais dans le fait d'intégrer en son sein toutes les différentes composantes qui permettent d'accéder au vivre bien et en résistant à tout ce qui peut l'empêcher, car, « résister, c'est résister au mal, résister à la cruauté, c'est résister à ce qui sépare, à ce qui éloigne en sachant qu'ils gagneront finalement la partie, c'est résister à toutes les barbaries issues de l'esprit humain, c'est défendre le fragile, le périssable, c'est sourire au sourire, consoler les larmes...c'est résister à nous-mêmes, à notre mesquinerie, notre indifférence, notre lassitude et notre découragement ». ³¹

Revisiter les valeurs qui caractérisent l'interhumain permettrait dès lors de ne plus concevoir la médecine sous le simple aspect technique voire technologique mais de ne pas perdre de vue cette dimension relationnelle qui est au centre du pacte de soins. Même si l'exercice de la médecine fait de celle-ci une pratique organisée à l'intérieur de tout un système social, avec des lois et des droits, ce qui nous paraît fondamental demeure qu'il s'agit bien et en premier de l'homme en tant que personne, et c'est bien celle-ci qui est l'objet de la médecine et non pas la maladie.

³¹ E. Morin, *la Méthode 6, Ethique*, Paris, Seuil, 2004, p. 230

ANNEXES

ANNEXE 1

PREMIER ENTRETIEN

M1

1 Comment le langage médical (à travers paroles, gestes et attitudes) peut-il traduire cette référence à la souffrance ou la vulnérabilité ?

Rép. En situation pratique dans la consultation, donc comment le langage médical fait référence à la souffrance ou à la vulnérabilité, cela veut dire que tu ne fais pas de différence entre les deux ? Moi j'en fais une. Euh...enfin bon...on va essayer de t'aider...Moi ce que je pense c'est que dans la pratique médicale, on a forcément une attention particulière à la question de la vulnérabilité chez une personne qui évoque une souffrance ...la première attitude dans le langage médicale, même pas le langage mais dans l'attitude déjà c'est d'écouter les gens pour savoir s'il y a souffrance et après leur dire s'il y a souffrance, leur verbaliser la question de la souffrance pour les reconnaître comme vulnérable. Je crois que...c'est ma pratique hein...je m'attache à faire comprendre à la personne que parce que j'ai senti une souffrance qu'elle est reconnue comme vulnérable. La souffrance pour moi ce serait euh...être à l'écoute et rechercher d'accord, on arrive dans la relation à l'autre, on va dire je vais y rechercher ce qui ne va pas au niveau souffrance physique, psychique, social, donc que...dans le langage médical de dire aux gens je recherche dans ta souffrance parce que a priori parce que je suis là pour...y répondre. Une fois que j'ai dépisté les éléments de la souffrance, je leur dis c'est un élément de vulnérabilité parce que ça les fragilise. Et donc partant de ce principe là, je pense que c'est...d'une manière...je reconnais la vulnérabilité comme un élément devant être intégré à la pratique du médecin. Les gens viennent des fois pour un problème de maladie, d'organe, de diabète et tout sans qu'on donne concrètement une réponse facile mais ils attendent cette réponse là. Je pense qu'en plus il faut leur dire que la vulnérabilité ça fait aussi partie de notre métier donc qu'on peut en parler donc ça peut rentrer dans le langage, alors est-ce qu'on le fait tout les jours comme ça je ne sais pas. C'est la réponse que je peux donner. Ça te va ou pas ?

Comment dans vos attitudes vous manifestez cette prise en compte de la souffrance ?

Rép. Dans l'attitude, je suis pas enfin... moi personnellement c'est plus par la parole, tout ce que j'ai dit c'est plus par la parole c'est-à-dire je reconnais je... c'est pas comme ça que je le dis mais à travers des mots, j'ai compris qu'il y avait...je sais que la situation est difficile...je...j'ai entendu derrière ce repérage qu'il y avait la souffrance... que vous étiez plus fragile ou qu'il y avait une fragilité et qu'il fallait intégrer à la démarche. Dans les gestes et attitudes je ne sais pas trop si ça se traduit. Euh...ça se traduit peut-être mais en tout cas il n'y a pas d'intention. Pour moi il y a une intention dans la parole, dans la parole j'ai une intention, plus ou moins l'intention dans les gestes et attitudes, il y a certainement quelque chose, tu me diras...

b- Et comment réagissez-vous en face de cette souffrance ?

Rép. Comment on réagit à ces souffrances... Parce que je pense incontestablement qu'il y a des souffrances auxquelles on est mieux préparé que d'autres. C'est-à-dire que je pense qu'en tant que médecin je suis très bien

préparé historiquement par ma formation à la souffrance physique d'accord, souffrance physique ça va, on réagit positivement...on se fait des armes...soit des méthodes médicamenteuses soit des relaxations que ce soit l'accompagnement psychique sur la douleur physique, la souffrance physique. Puis quand on va rentrer dans le domaine d'une souffrance que j'appellerai plus morale, plus sociale, je pense que pour être très honnête euh...on s'y intéresse, on a envie de réagir mais qu'on n'est moins bien formé, ça prend plus de temps. Je pense qu'il y a des fois où on aurait tendance à ne pas y répondre, ne pas la relever, des problèmes de manque de temps, des problèmes de disponibilités psychiques du moment, personnelles ou autres... Je pense que si on est très honnête la souffrance ou cette vulnérabilité, il y a des moments où on aurait tendance à...à la gommer. Je crois que c'est mon parcours personnel si on exercerait dans le médico-social, c'est aussi qu'il y a des petits moments où on s'y attarde, on la prend en face et on réagit positivement et on ne prend pas des distances. Je pense que euh quand on l'intègre, on la décortique, on essaie de la comprendre et après on propose des réponses qui vont être de trois ordres. Je pense que un premier type de réponse va être un peu plus technique de dire qu'il y a une souffrance qui a un volet social, de droit, de logement, de quoi que ce soit donc à voir avec l'assistante sociale. Il y a un deuxième volet qui est un domaine de souffrance, lié je dirai à une pathologie vraiment quelque chose, une souffrance psychique et qui est du ressort de la psychologue. Et puis il y a un troisième domaine, on sent qu'il y a une souffrance, on nous a dit, un peu dans l'empathie dans le partage réel avec la personne c'est-à-dire qu'elle a confié sa souffrance, elle m'a confié sa souffrance et il n'y a que moi qui peux y répondre. J'ai encore vu ça en consultation ce matin, j'ai passé une heure avec un monsieur uniquement pour qu'on parle de son histoire de ce qui s'est passé, pourquoi il a du mal et le simple fait de lui consacrer du temps, de la parole et l'échange, j'ai l'impression que ça lui fait du bien donc si on reste sérieux en se disant que c'est un mode thérapeutique. Donc je crois qu'il y a ces trois modes de réponses : une technique donnée à l'assistante sociale, une technique donnée à la psychologue, puis il reste un troisième volet où à un moment on se dit non que c'est pas en donnant à un autre que ça va être géré mais c'est en donnant du temps à l'autre, en donnant de l'écoute, je trouve que c'est assez rassurant et on s'aperçoit que...pas toujours hein...que très souvent la parole est reconfortante parce que c'est des gens qui sont en situation de souffrance et qui n'en ont jamais parlé parce qu'ils sont seuls ou isolés. D'accord ?

2 Comment le langage médical traduit-il la prise en compte de la réciprocité ou de la mutualité dans la relation médecin patient ?

Rép. Je pense qu'il y a un moment dans la consultation où on n'est pas dans l'échange de personne à personne...il y a même deux moments dans la consultation. On n'est moins... tout dépend comment on considère la personne, le corps sans l'esprit, la dimension relationnelle et je pense que c'est là que la question est posée. Toute la partie où on est sur l'examen clinique du patient, je pense qu'on est assez technique et je ne suis pas persuadé qu'on s'adresse à une personne dans sa dimension spirituelle, relationnelle, c'est le corps quoi...là c'est...on pourrait débattre de ça mais en tout cas moi personnellement je ne fais pas partie de ceux que...quand je fais l'examen clinique, je suis assez neutre pour des raisons je dirais objectives pour voir ce qui se passe quoi...Le deuxième examen où il n'y a pas de rapport à la personne c'est le temps de l'analyse des examens biologiques, les radios...tout ce qui revient à la technique. Euh...et après il y a un temps relationnel qui vient dans le rapport à l'autre c'est-à-dire un temps de...il y a un interhumain que je qualifierai d'assez fort c'est qu'à

partir du moment où je fais face d'une manière impersonnelle au corps et les examens biologiques et la technique je me dis il faut expliquer un peu. C'est assez bref mais quitte à ce que...au lieu de penser que tout va bien, tout est normal, je pense que ce temps de silence n'a pas totalement été moins pour le patient...ce n'est pas assez bref hein...et là je pense que l'attitude physique qui apparaît c'est-à-dire que, je pense que rassurer les gens avec la main sur l'épaule, le sourire et tout, quand tout va bien c'est plus important que de tout reexpliquer en détails, l'examen clinique, le foie, le cœur...Tout va bien c'est parfait, vous n'avez pas de problème et les examens c'est bien... Et puis il y a le troisième temps qui réapparaît après euh...un peu ce qu'on a dit avant quoi...ça réapparaît après, c'est-à-dire de leur dire bah qu'il y a plein de choses qui ne dépendent pas du corps, des examens biologiques, ce que vous avez dans la tête, ce que vous vivez...

b- Comment malgré ou avec la maladie, votre discours peut continuer à considérer le patient comme libre et digne de respect ?

Rép. Moi je dirai que c'est avec la maladie, c'est-à-dire de dire, vous avez une liberté qui existe, vous avez des choix qui vous sont personnels et arrive une maladie organique, psychique ou psychosociale au niveau de la vulnérabilité sociale, vous avez des maladies qui viennent quelque part bouleverser les projets et les aptitudes que vous aviez envie de réaliser. Moi j'ai souvent deux attitudes de leur dire, soit c'est une maladie brève, de leur dire ça va momentanément entraver votre liberté ou vos choix et après ça repartira comme avant. Quand on est dans les maladies chroniques c'est de dire vous avez toujours cette dimension, il faut continuer à entretenir les projets de liberté, d'autonomie, c'est peut-être pas verbaliser comme ça mais c'est comme ça que j'essaie...on va continuer le chemin en intégrant la maladie à tout ça, c'est-à-dire que les problèmes, mon travail doit être que les problèmes, n'entravent pas votre liberté et votre vie, c'est-à-dire que finalement, une des vraies questions c'est de leur dire que vous allez continuer à rester la même personne durant toute votre vie, vous avez une identité qui reste la même chose mais la vie est faite d'aléas, vous étiez petit, vous êtes devenu grand, vous avez vieilli et vous êtes devenu malade, quelque part on doit continuer à parler de vacances, de la famille voilà...C'est un peu ça ...de dire que il n'y a pas de changement de personne et surtout pas qu'il y en ait mais il y a un continuum, on est dans un continuum où la maladie fait partie du réel et il ne faut pas se mentir on ne la supprimera pas....Des fois il y a quelque chose qui est de l'ordre, on va dire on rentre dans une construction sociale qui fait que beaucoup de gens aimeraient changer de statut et de personnalité par exemple administration...dans la relation médicale non ! De fois c'est un peu utopique

c- Vos comportements sont-ils spécifiques ?

Je pense que oui, très sincèrement oui par contre par rapport au patient, je crois que la grande difficulté c'est d'être spécifique au patient c'est-à-dire d'avoir un discours médical qui s'adapte à la réalité de la vie du patient donc le discours médical n'est pas standardisé. Par rapport à mon discours ça dépend du temps et de la situation dans laquelle on se trouve. J'aime bien parlé de la standardisation sur le long terme, sur le long terme après plusieurs consultations, quand tu vois les gens deux ou trois consults...moi je dirai qu'au bout de trois quatre, cinq fois avec un patient, au bout de la cinquième, on a fait à peu près tout ce que je dis là. Si tu viens une fois, je crois que la première consultation n'est jamais la même pour tout le monde, une fois ça peut être plus biologique,

une fois ça peut être plus le corps, une fois ça va être plus relationnel donc l'attitude va être standardisé sur le long terme. Sur le long terme, j'essaie de me dire sur une période de trois mois avoir une vision du patient qui est en rapport avec lui. Globalement je ne standardise jamais en me disant qu'à la première consultation il faut avoir fait tout ça, la première raison c'est que la dimension relationnelle pour moi c'est une dimension à inscrire dans la temporalité qui est celle du même ordre d'une amitié sans pour autant dire qu'on est amis... on acquiert des affects de son patient, moi je crois que la bonne relation médecin patient c'est dans la durée. A six mois, on peut dire qu'on commence à connaître une personne, ce serait très présomptueux.

3 La sollicitude

a - comment la sollicitude se présente-elle dans le discours médical

Moi je pense que déjà l'entrée dans un cabinet médical, dans un bureau de médecin, il faut que, qu'il est l'impression que ce n'est pas le lieu du médecin, que c'est à lui. Je crois que c'est autant chez lui que chez moi. Il y a un bureau certes mais des fois, je change de bureau. C'est important c'est-à-dire qu'il vient dans un endroit qui est le sien, bien sûr il y a des gestes de politesse habituels : bonjour...entrez...commencez comme si on était chez soi, mais ça c'est l'habitude ça. Souvent je peux aller faire autre chose et je laisse le patient en lui disant faites comme chez vous, installez vous. Je trouve que c'est bien même si les infirmières me disent que tu le laisses seul dans un bureau, il pourrait voler quelque chose, c'est vrai parce que tout le monde n'est pas honnête, mais c'est rare, c'est tellement rare que je m'en fous...je dis entrez, faites comme chez vous... installez vous, c'est-à-dire que le lieu, c'est le sien. Là c'est une chose. Euh...le déroulement de la consultation, nous en avons déjà parlé, sur la fin, la question de est-ce qu'on se revoit, il faut pas qu'il y ait une rupture, une continuité, il y a le formalisme de on prend rendez-vous et tout mais il y a aussi vous revenez quand vous voulez, au moindre problème vous revenez. Je pense que je le fait assez systématiquement...je suis toujours ouvert. Toujours ouvert même si je ne suis pas toujours disponible mais il y a quelqu'un de l'équipe qui sera là ou qu'on prévient. Je crois que le fait de dire qu'on est toujours ouvert, c'est un peu comme cette relation, comme l'amitié c'est-à-dire que les personnes qui ont réellement un besoin...comme à un ami on dit passe quand tu veux, d'abord parce que les amis ça te fait plaisir, il y a des patients qu'on a envie de revoir, mais pour des amis qui ont des problèmes on leur dit de passer quand il veut parce que c'est le meilleur moyen qu'il passe quand ça n'ira pas. L'idée c'est de passer ce message là venez quand ça n'ira pas. Puisque la venue programmée sera imposée par les rendez-vous, par le système administratif, elle n'est pas forcément adaptée au besoin de la personne mais il faut bien prendre les rendez-vous. Mais venez quand ça ne va pas c'est une attitude médicale qu'il faudrait donner à certains patients parce qu'il en ont besoin. C'est vrai que du point de vue organisationnel, on ne peut pas le faire à tous. Je crois que ce serait l'attitude la plus ouverte mais après il y a la question de la limite. Après j'aime bien savoir comment ça va à la maison, la famille pour des raisons médicales parce que la maladie va rejaillir sur la famille ou l'inverse et aussi parce que ça concourt de cette réalité de dire je l'intérêt de la médecine c'est de savoir comment vous vivez et non pas comment va votre maladie, là c'est la technique du médecin. C'est évident que c'est ça qu'il faut avoir dans son bagage de formation quand on sort de la faculté mais un petit mot sur la famille, le travail, la recherche d'emploi si c'est un chercheur d'emploi

b- Comment la sollicitude peut-elle être manifestée dans les attitudes de comportement ?

Je pense que dans les moments où je sens que les gens ne vont pas bien, je suis un peu plus dans l'empathie, il y a deux choses que je fais, les gestes physiques, la main sur l'épaule, sur le genou, se rapprocher un peu, volontaire ou pas d'accord, et puis il y a une deuxième chose qui m'arrive un peu plus souvent c'est parler de moi, de ce qu'il y a eu dans ma famille, montrer qu'il peut avoir un écho. Des fois, je peux dire que j'ai eu une telle situation avec mon père, ou j'ai même eu si ...parce que ça met un peu une réalité dans ce qu'il veut entendre.

4- La responsabilité

a- Est-on toujours responsable les uns des autres ?

S'il faut répondre par oui ou par non je dirai oui.

b- Comment le médecin vit-il cette responsabilité dans sa pratique ?

Il y a deux problèmes de fond. Un comment on agit en face des gens irresponsables, deuxièmement quelles limites se mettre y compris chez des gens responsables par rapport à l'ingérence. La vraie question de cette responsabilité vis-à-vis d'autrui, c'est si on a en face quelqu'un de réellement irresponsable, euh...une vraie position de principes, est-ce qu'on doit tout mettre soi-même en œuvre à les exercer à plus de responsabilité, si c'est quelqu'un d'irresponsable, j'ai pas trop d'états d'âmes comme de les protéger, je vais assez loin dans l'ingérence, très facilement je suis capable de leur dire... je voudrais avoir quelqu'un de votre famille auprès de vous parce que ce serait mieux pour vous, s'il y a un référent social, je pense qu'il faut prévenir votre référent social. Je ne sais pas comment on rentre dans la responsabilité de l'autre dont je sais qu'elle est objectivement inaccessible. Je serai plus en me disant que cette responsabilité devient unilatérale, je vais tout faire pour mettre autour de cette personne des éléments de responsabilité mais qui ne viendraient pas de lui. Je construirai une responsabilité qui ne vient pas de moi mais avec d'autres acteurs. Je pense que je les mets bien en situation de responsabilité parce que je les associe au choix, de leur dire, il y a telle et telle possibilités, qu'est-ce que vous préférez?... qu'est-ce que vous pensez qui est mieux ? Qu'est-ce qui est le plus facile à gérer ? Quelque chose qui est de l'ordre de la négociation, on négocie. Quitte après à ce que si la personne ne sache pas, je réinvestis sur une responsabilité que je qualifierai de supérieure par rapport au patient. Puis après il y a le deuxième niveau, c'est-à-dire que c'est eux qui nous rapporte tout ce qui va nous permettre de moduler le traitement, de les mettre en situation de responsabilité, de parler, c'est pas évident que ça de leur dire dans une dimension de partage, vous avez...une vie...on dirait quelque part une responsabilité qui est...même si on est peut juridique, on dirait dans un contrat il y a des personnes, elle ont la même force, vous ne pouvez pas me demander à moi de vous améliorer si vous ne me donnez pas les outils pour, je ne le dis pas comme ça mais c'est un peu ça, pour qu'il y ait cette fameuse codécision en un mot j'essaie de pas faire...jamais tu ne m'entendras parler du mot paternalisme mais c'est ça quelque part, j'essaie de pas faire que la décision médicale soit le fait de mon examen clinique, de ma biologie, certes la biologie va donner des indicateurs qu'on en discute par rapport à comment

faire, comment ça peut s'élaborer. Après il y a la question de mise en responsabilité de l'individu par rapport à des choses qu'il va demander à la médecine, alors que c'est pas du ressort de la médecine, alors c'est la responsabilité aussi de lui dire nos propres limites. De temps en temps la médecine n'a pas la solution, l'individu non plus. C'est difficile de le renvoyer vers sa responsabilité. Il faut lui dire soyons responsable ensemble et disons nous qu'il y a pas de solution. C'est un peu dur mais vaut mieux que ce soit dit. La deuxième situation qui est vraie c'est que la personne vient chercher quelque chose auprès de la médecine alors qu'elle a des solutions ailleurs et qu'il n'a pas fait, il n'a pas le courage éventuellement de le faire, et on l'aide à avoir le courage de la faire, c'est tout le problème de l'assistance à outrance, à outrance ça arrive, les gens qui viennent tout demander au système médical ... Les gens qui viennent nous demander des médicaments gratuits alors qu'il n'a pas fait les démarches auprès de l'assistance sociale, je suis le premier à reconnaître cela quand il n'y a pas d'autres solutions mais quand il y a d'autres solutions, je fais un rappel à ça quoi, à la citoyenneté, à la responsabilité

c- Comment le médecin peut-il se sentir responsable de la souffrance de son patient ?

Je pense que la façon d'écouter est essentielle...l'écoute. Aussi, avoir le courage dans la réponse d'intégrer autrement l'honnêteté dire que je ne peux rien faire. Le plus important c'est la relation. Les gens veulent souvent parler, il faut les laisser parler, ils veulent parler de leurs souffrances, il faut les laisser en parler. Comme dans la question du suicide par exemple, le problème c'est la reconnaissance de la souffrance. Il faut reconnaître qu'il y a souffrance. Et le patient veut être reconnu comme quelqu'un qui vit une souffrance, le pire c'est d'ignorer cette souffrance. Je crois que c'est important...il faut reconnaître et comprendre la souffrance. La responsabilité peut être d'ordre thérapeutique, apprendre aux gens à faire ce qu'on leur demande. C'est tout le lien fort avec les infirmières par exemple. La dimension de faire avec les autres. Il ne faut pas toujours dire ce qu'il faut faire mais faire avec. Le patient est souvent comme l'enfant, se dire je vais lui prendre la main et...

d- Comment cette responsabilité peut-elle être manifestée dans les paroles, les gestes et attitudes ?

Euh...C'est difficile de voir la responsabilité dans les gestes ou attitudes mais quand on a un patient qui ne prend pas son traitement, on a le devoir de lui dire qu'il doit faire des efforts pour respecter son traitement, que c'est pas pour nous qu'il le fait et que sa santé en dépend, c'est des petites choses comme ça. Ou encore creuser pourquoi il ne le prend pas et trouver comment adapter un traitement qui lui corresponde si c'est nécessaire. De toutes les façons, montrer au patient qu'on se préoccupe de lui, de son état est peut-être la meilleure façon d'exprimer notre responsabilité.

Comment le langage médical et le comportement du médecin tiennent-ils compte de cette notion de distance dans une consultation médicale ?

Rép. La notion de distance est importante dans notre pratique. Quand on est médecin, on n'a pas le droit d'être pris pour un ami, un copain ou un frère malgré la responsabilité, la sollicitude. Le patient vient voir un médecin, cela veut dire qu'il a des attentes précises en raison de ses représentations. Cela veut dire qu'en raison de cette distance, il y a des moments où on est amenés à prendre des décisions d'autorité. S'il y a une rupture avec ce lien d'autorité, il est nécessaire d'orienter le patient vers un autre médecin. C'est toutes ces raisons qui font qu'il faut une distance. Il est arrivé dans certains cas que le médecin qui prend le patient pour un copain ou qui consulte son copain oublie de faire ce qu'il fallait parce que c'est le copain. Et quand il arrive un autre médecin, on se rend compte qu'il y a des choses qui auraient dû être faites et qui ne sont pas faites parce que c'était le copain. Parce qu'avec le copain, il n'y a pas cette distance qui permet d'être objectif, d'être professionnel. En clair, la distance exprime ou permet de rester compétent, pour qu'il n'y ait pas de confusion de rôles. Il faut rester professionnel. Il faut un équilibre.

Deuxième entretien

M2

1 Comment le langage médicale peut traduire la référence à la souffrance et à la vulnérabilité ?

Rép. Alors je ne sais quoi dire ? Alors, il y a le regard, les questions qu'on lui pose...et les réponses. Je ne sais pas... S'il te parle d'un problème, tu parais, tu réagis à ce qu'il te dit, s'il te parle d'une souffrance particulière ou d'une douleur, tu réponds voilà...Comme par exemple j'ai eu une dame pour un vaccin, comment ça va ? Ça va mais j'ai eu mal là, on l'a vue trois jours avant donc même si elle n'est pas venue pour ça, il faut poser des questions, répondre à cette remarque, elle dit qu'elle a eu mal, elle est tombée sur son téléphone, donc même si ce n'est pas l'objet de la consultation, je m'intéresse, je m'arrête, j'oublie un peu pourquoi je l'ai convoquée et je m'intéresse à cette douleur. Je m'intéresse à ce qu'elle vient de me dire. Si quelqu'un me dit mon enfant, ma fille a fait ça, même si ça pas de rapport direct avec ce pourquoi elle est là, je m'intéresse à cette douleur. Je ne sais pas si je réponds à ta question....Je pose des questions, s'il me dit ma fille ne va pas bien, Je vais dire elle ne va pas bien pourquoi...qu'est-ce qu'elle a...est-ce qu'elle a déjà vu quelqu'un ? Ce n'est pas pourtant l'objet de la consultation puisqu'elle venait pour elle mais elle m'apprend que sa fille a des problèmes d'obésité très important, donc du coup, je vais lui donner le numéro de quelqu'un à l'hôpital Bichat tu vois ? Donc d'abord l'écoute, une attitude d'écoute et puis après dans la parole et ensuite dans la pratique. Elle me parle de sa fille qui a des problèmes donc elle en souffre donc moi je connais quelqu'un qui fait ça donc je prends le téléphone et je prends un rendez-vous pour sa fille, voilà...En tant que médecin, il faut écouter. Il y a une attitude d'écoute, et puis la parole, moi je n'examine pas beaucoup parce que c'est le but de ma consultation mais ça peut arriver un peu et puis la conduite à tenir, médicale soit je...Il faut l'adresser à quelqu'un de particulier donc je le fais, je vais prendre rendez-vous devant cette personne, donc immédiatement là... je ne lui dis pas on va prendre rendez-

vous, non. J'appelle parce que j'exprimerai mieux ce que je veux, quand t'es médecin, tu peux plus facilement avoir un médecin ou avoir un autre médecin... Voilà

b- Comment le médecin réagit en face de la souffrance, en face de la vulnérabilité ?

En face de la maladie, de la souffrance de quelqu'un... que veux-tu que je dise... S'il est venu pour ça d'abord, ils viennent rarement pour ça, c'est moi qui les convoque, c'est moi qui leur découvre des trucs. Je réagis d'une part en tant que simple personne quand ils me parlent de quelque chose, je dis ah oui, je compatis, c'est triste... soit je me rends compte que il y a un problème qu'il faut résoudre donc une attitude à avoir au niveau thérapeutique que la personne n'a pas peut-être pas eu depuis plusieurs années parce que elle ne savait pas, parce que ci parce que ça, je regarde comment médicalement, il faut la prise en charge. Toujours je regarde s'il faut compléter un bilan, s'il faut l'adresser à un autre médecin, ou une attitude d'écoute. Comme quelqu'un qui me raconte qu'il a perdu sa femme il y a deux ans, je suis triste, je dis c'est triste etc... on peut pas faire grand-chose. On discute, je lui demande elle était comment ... Je crois qu'il a besoin qu'on parle de la personne, Je lui demande s'il est seul ou s'il ne l'est pas puis je regarde sur le plan médical même psychologique, s'il a besoin d'un suivi, s'il veut voir un psychologue ou ... en fonction du type de souffrance. Il y a des souffrances où je ne peux pas faire grand' chose, il y a des souffrances qui s'adressent au psychologue, puis je leur fait une lettre pour le psychologue, puis il y a des souffrances physiques, qu'il a mal là ...

2 La réciprocité dans la relation médecin – patient

a- Comment le langage médical traduit cette prise en compte de la réciprocité ou de la mutualité au cours d'une consultation médicale ?

D'abord, si j'arrive en retard je m'excuse, c'est la première chose. Deuxièmement je le remercie d'être venu à ma convocation car comme je te l'ai dit mes consultations c'est des convocations, ce n'est pas eux qui sont venus... donc je les remercie déjà. Je leur parle, je leur explique ce que c'est que ce bilan et en suite je leur propose d'adhérer au réseau ASDES. Donc déjà le fait... je ne leur impose pas ça. Je leur précise qu'ils sont libres. Pareils pour les différents bilans, il y a des gens... Je leur propose des bilans, je ne leur dis jamais que c'est obligatoire, s'ils doivent faire le sevrage, je leur propose le sevrage alcoolique ou tabagique, je leur dis que peut-être maintenant vous êtes pas dans l'état où vous ne voulez pas mais sachez qu'il y a des gens qui peuvent vous aider si vous le voulez. Je les mets toujours... ce n'est jamais une obligation, leur montrant même parfois quand ils refusent un sevrage ou un bilan qu'ils font un choix et je respecte ce choix là et que je n'allais pas mal les traiter ou mal les recevoir plus tard parce qu'ils avaient refusé le... Je leur dis monsieur, madame, vous avez un choix, le choix est liberté, merci... au revoir... voilà !

b- Comment avec ou malgré la maladie, le discours médical peut continuer à considérer le patient comme un être libre et digne de respect

Quelque soit la maladie, l'autre est un alter ego humain, donc on lui doit du respect même si on est position supérieure ou presque de connaissances, de guérison...et même surtout ici où je reçois les gens qui vivent au CHRS³², donc qui sont déjà des gens au niveau de la société qui sont plus ou moins exclus. D'autant plus, je dois faire attention à tout ce que je dis parce qu'ils sont peut-être plus sensibles puisque dehors quand ils ont leur bouteilles, ils sont les exclus de la société donc ils sont plus sensibles qu'on leur disent vous, qu'on leur sourit, qu'on leur dise excusez-moi, qu'on leur dise merci d'être venu, qu'on leur propose quelque chose sans les obliger, voilà on les ramène au niveau normal humain de n'importe qui.

c- Est-ce que vos comportements sont spécifiques

Oui, tout ce que je vais faire : bonjour, sourire, puis ça dépend de la personne. Il faut que la personne se sente accueillie, surtout que mes consultations concernent des gens qui ont l'impression d'être rejetés, donc que la personne ne sente pas jugée mais accueillie telle qu'elle est. S'il faut avoir un standard pour moi c'est ça que la personne arrive à ma consultation, qu'elle se sente pleinement humaine, qu'elle soit alcoolique, sale pas sale, parce qu'aussi elles sont souvent très sales, qu'elle se sente accueillie, respectée en tant qu'humain maintenant qu'elle fasse ce que je lui demande de faire ou non, qu'elle sache qu'indépendamment de ce qu'elle va faire, elle est accueillie, ça c'est mon standard et puis ça varie en fonction des personnes.

3 La sollicitude

a- Comment la sollicitude se présente-elle dans votre discours médical

C'est pareil, d'abord il faudrait l'écoute, que le patient sache que vous l'écoutez quand il parle d'un problème que vous rebondissiez, que ça ne passe pas comme ça dans les...il faut rebondir sur les problèmes qu'il vous expose mais s'il l'expose de façon anodine et puis s'il y a lieu d'agir il faut le faire. S'il parle même des problèmes qui ne sont pas forcément le problème pour lequel il est venu, il faut manifester un intérêt dans l'écoute et puis par la suite faire quelque chose à ça. Il n'a pas compris quelque chose...appeler le service dont il parle, le médecin dont il parle, montrer qu'on s'intéresse à ce qu'il dit, montrer les signes d'intérêt possibles.

b- Comment cette sollicitude peut-elle être traduite par les attitudes de comportement ?

Comportement...Je ne vais pas le prendre dans mes bras parce que je ne suis pas là pour ça. Mais en sortant je vais lui dire au revoir en lui serrant la main par exemple c'est tout mais bon il ne faut pas aussi qu'il y ait des confusions

4 La responsabilité

a- Vous sentez-vous toujours responsable des autres ?

³² Centre d'hébergement et de réinsertion social

Çà dépend de ce qu'on entend par responsabilité. De mon point de vue, au niveau de l'être humain, on est responsable de fait. Maintenant, on en est conscient ou non, on naît avec cette responsabilité. Et parfois si on ne l'a pas peut-être des gens peuvent nous l'expliquer ou peut-être des gens peuvent nous aider à la réaliser. Je me sens responsable dans le sens que je ne suis pas responsable des maux de la terre mais j'ai une responsabilité en tant qu'humain. Si quelqu'un a quelque chose et que je peux l'aider, j'ai une responsabilité, je ne dois pas être indifférente, pour moi c'est clair, on est responsable des autres. Deuxièmement on a une responsabilité en tant que... moi je suis chrétienne...en tant que chrétien, on a une responsabilité de fait de l'expérience qu'on a par rapport à Dieu, du vécu qu'on a avec Dieu, la relation qu'on a avec Dieu nous donne une responsabilité. Une responsabilité indépendante de l'autre. La notion de la responsabilité humaine est indépendante de la valeur de l'autre, du caractère de l'autre, on a une responsabilité parce qu'il est humain et parce que nous sommes humains. Et cette responsabilité est d'autant plus importante en tant que chrétien et n'a rien avoir avec l'autre, l'autre peut être un con, on a une responsabilité, un minimum à lui accorder, pour moi à ce niveau c'est clair. Et forcément dans la pratique médicale, elle se ressent, j'ai une responsabilité humaine...si je n'étais pas médecin j'aurais toujours une responsabilité vis-à-vis de l'autre. En tant que médecin, c'est ton boulot, tu es là pour ça, tu dois le faire. Mais c'est sûr que si tu as une notion de la responsabilité, il y a des choses que tu feras un peu plus que quelqu'un d'autre qui s'arrêtera à sa pratique, à son devoir professionnel. Moi j'ai une notion de la responsabilité humaine et chrétienne...on ne peut pas... Dieu s'est senti responsable de nous puisqu'il est venu à nous par Jésus, il n'a pas attendu qu'on soit gentil, il s'est manifesté à l'homme d'abord par amour pour l'homme et la notion de responsabilité qu'on a en tant que chrétien c'est une responsabilité d'amour, c'est pas l'amour passion, mais on a une responsabilité d'amour envers notre prochain.

b- Comment le médecin se sent-il responsable de la souffrance de son patient ?

Je suis responsable, c'est-à-dire, si je peux, j'ai les moyens, il ne m'est pas indifférent, le type ne m'est pas indifférent. La responsabilité c'est ça. Vous n'avez pas de liens, vous n'avez rien en commun. Mais il y a cette valeur intrinsèque, chrétienne, qui est créé à l'image de Dieu et Jésus est mort pour nous. Donc forcément l'autre a de la valeur, je ne peux pas être indifférente à cette personne et d'autant plus que c'est des gens qui ont des parcours, ils n'ont pas fait exprès d'avoir ces parcours. Donc moi qui suis...Il y a un monsieur que j'ai rencontré, il est né la même année que moi à quelques dix jours près, j'ai écouté son histoire, il n'a pas fait exprès de tomber dans une histoire pareille, moi j'ai la chance que...je suis d'autant plus responsable... Que j'ai une histoire paradisiaque à côté de ce monsieur là, avoir des parents aimants qui ne sont pas dans le besoin, être médecin tôt, n'avoir aucune maladie, j'ai une responsabilité vis-à-vis de ce monsieur qui n'a pas quarante ans qui vit au CHRS, qui a une fragilité psychologique évidente et vu son parcours qui a vécu des choses et moi je n'ai pas fait un concours pour avoir ces antécédents familiaux que j'ai eu et qui m'ont portée dans tout ce que je suis, je le vois maintenant, je suis le produit de mes parents. Du coup on est beaucoup plus responsable d'avoir cette chance quand je me compare à mes patients, de voir que j'ai eu une chance qu'ils n'ont pas eu, que ce soit ceux du CHRS ou du CADA³³.

³³ Centre d'accueil et de détention administrative.

c- Comment cette responsabilité peut-elle être manifestée dans les paroles et attitudes ?

C'est pareil, c'est le respect, la sollicitude parce que leur redonner le sentiment qu'on est égaux, qu'ils sont des humains comme les autres, parce que ce sentiment dans la situation où ils sont...ils se sentent exclus de la société...Moi je vais leur redonner le regard, et le regard de l'autre te redonne ta notion humaine de soi, voilà. Il faut que j'aie un regard qui les humanise, qui leur redonne une valeur à leurs propres yeux

5- La juste distance

Comment le langage médical et le comportement du médecin tiennent-ils compte de cette notion de distance ?

C'est clair, souvent chez des personnes africaines, je ne leur dis pas ma nationalité, si elle me demande de quelle nationalité, je suis, car je suis camerounaise d'origine et française, rarement ils sauront d'où je suis car j'ai un trait neutre parce que pour les gens du CADA, il faut qu'elles se sentent accueillies, souvent parce que les personnes qui sont là ont des problèmes...par exemple, j'ai rencontré un camerounais qui ne savait pas que je suis camerounaise, il était honteux d'être là c'est quelqu'un qui a des pathologies, qui n'a pas de papiers, qui a eu un accident vasculaire cérébral et qui s'est retrouvé là, il aurait vécu chez un parent qui l'a maltraité, qui n'a pas été gentil envers lui, il n'a pas de papiers, les gens de chez lui ne savent pas qu'il habite ici, donc lui camerounais, de l'âge de mon grand frère, il aurait été gêné s'il découvrait que j'étais camerounaise. Il pouvait imaginer que je peux connaître quelqu'un dans son entourage. Donc pour qu'il se sente accueilli, il faut rester neutre et ne pas faire attention au problème de nationalité. D'autres viennent ici, ils disent qu'ils sont persécutés dans leur pays et certains disent qu'ils sont persécutés au Cameroun. Ce qui est sûr c'est qu'au Cameroun, il n'y a aucune ethnie qui peut dire qu'elle est particulièrement persécutée comme en Mauritanie mais il y a quelqu'un du CADA qui m'a dit qu'il a été persécuté au Cameroun, s'il avait su que je connaissais le Cameroun, il aurait eu le moral cassé, il serait pas venu devant moi pour son bien, il faut qu'il se sente libre et qu'il ne se sente pas des familiarités qui peuvent parfois, donc je garde une distance. J'ai vu un autre gars du CADA, il fait une demande d'asile je ne te dis pas dans quel pays, il est camerounais, il a un nom camerounais, ce qu'il me disait c'était du mensonge mais je reste le plus neutre possible. Il y a un autre qui me dit je suis fier de vous...il voulait me faire une bise, je lui ai dit non. Il faut de l'empathie mais en même temps, il faut de la distance

TROISIEME ENTRETIEN

M3

1 La souffrance et la vulnérabilité d'autrui

a- Comment le discours médical peut-il traduire la référence à la souffrance et à la vulnérabilité ?

Euh...déjà, l'écoute est essentielle, il faut avoir une attitude d'écoute. Laisser le patient parler au maximum même si à un moment, il faut investiguer dans l'autre sens, recadrer le discours. Je pense accorder beaucoup

d'importance à l'écoute du patient. Il est aussi important de montrer des signes d'empathie pour que le patient puisse s'exprimer jusqu'au bout, exprimer son problème. Toujours essayer de marquer un intérêt à ce qu'il dit même si on ne prend pas toujours tout en compte. Ensuite, même si on a réglé un problème, il faut rester attentif à ce qu'il pourrait relancer même enfin de consultation ; toujours tendre une perche pour une éventuelle nouvelle consultation, s'il y a un problème qui ne va pas.

Au niveau des gestes...bah...C'est assez difficile parce que moi j'essaie d'être douce, de ne pas être agressive, de parler doucement, j'essaie de sourire, de le mettre en confiance même si c'est difficile parce qu'on doit aussi se protéger. Si la souffrance se traduit par une agressivité, j'essaie de ne pas y répondre, de passer outre, souvent, on est obligé de recadrer un peu. Euh...Voilà, et puis, il faut les laisser exprimer leur souffrance au maximum, j'essaie de relancer, je ne sais pas si tu l'as vu ainsi pendant les consultations, je reprends toujours les éléments de leur discours pour essayer de relancer pour qu'ils expliquent encore plus.

Au niveau de la fragilité, j'essaie de...afin...comment dire, c'est difficile à exprimer, en leur disant que je suis là pour les aider et pas pour les juger, encore une fois, une attitude d'écoute, de ne jamais sourire s'il y a quelque chose...

b- Comment le médecin, réagit-il en face de cette souffrance et de cette vulnérabilité qui caractérise son patient ?

Est-ce qu'il y a une manière particulière de réagir en face de la souffrance ? La souffrance du patient nous amène à notre propre souffrance, parce que nous aussi, on est confronté à la mort, à la souffrance. Euh...la réaction sera toujours dans l'empathie. Mais c'est clair que quand on est touché parce que ça nous renvoie à nos propres souffrances, on peut être déstabilisé et donc on peut être à ce moment plus dans la sympathie que dans l'empathie. La il y a le problème de la distance, c'est un combat permanent dans les consultations, souvent cette distance est difficile à maintenir, il faut rester neutre. Sinon, la réaction Bah...c'est empathie, écoute, essayer de comprendre au maximum.

2 La réciprocité et la mutualité dans la relation

a- Comment le langage médical fait-il preuve de cette prise en compte de la réciprocité ou de la mutualité au cours d'une consultation médicale ?

Dans l'échange, déjà pour moi ce qui est primordial, c'est l'accueil, dire bonjour, se présenter. Dans l'échange aussi, ce qu'on essaie de faire même si ce n'est toujours facile parce que je n'ai pas une très bonne mémoire pour retenir les noms, c'est de...quand je vois les gens et quand je ne les ai pas vus, d'essayer toujours de...quand c'est la première fois qu'on se voit, je demande si c'est la première fois qu'on se voit etc. et si on s'est déjà vu, je demande comment ça va ?même s'il ne me rappelle rien mais en sachant qu'on s'est déjà vu , j'essaie toujours de montrer que je le reconnais même si c'est pas forcément le cas, ensuite j'essaie toujours de poser des questions à côté, sur l'environnement familial et voilà...

b- Comment avec et malgré la maladie, le discours médical peut continuer à considérer le patient comme un être libre et digne de respect ?

Il faut adapter le discours au niveau de compréhension du patient, il ne faut également simplifier à l'extrême sinon...Bah...il faut avoir un niveau de discours juste au niveau des termes techniques etc. Euh...Essayer de recadrer la maladie dans leur quotidien, puis les rassurer dans la maladie pour qu'ils puissent vivre avec si c'est une maladie grave...Voilà...

c- Les comportements du médecin sont-ils spécifiques ?

Ils varient effectivement parce que euh...Ils varient...enfin...Il y a des gens qui nous sont sympathiques, d'autres qui peuvent être antipathiques, toujours l'image qu'ils nous renvoient par rapport à notre propre vie, c'est sûr que je peux être plus gentille avec certains patients et un peu moins avec d'autres pour des motifs subjectifs, plus froide avec certains patients, plus chaleureuse avec d'autres, ça va à la fois lié à leur attitude, à la fois à ce qu'ils me renvoient, intérieurement. Ce n'est pas prévisible à l'avance. Les attitudes varient, oui elles varient à la fois pour des motifs professionnels parce que avec des gens parfois il faut être dur, plus cadrant, puis on doit voir d'autres gens, on se permet d'être...enfin, à la fois pour des motifs qui nous dépassent finalement. Donc pour revenir à la question, je peux être très fermée ou au contraire très souriante.

3 La sollicitude

a- Comment la sollicitude se présente-elle dans le discours médical ?

Toujours l'accueil, il faut être poli, courtois etc. Donc essayer de se présenter au maximum, c'est pas facile de se présenter à chaque fois, mais il faut le faire, appeler les gens par leur nom, moi ce que j'essaie de faire souvent, c'est...Je...je répète, je dis jamais, j'essaie de répéter souvent le nom de la personne au cours de l'entretien, monsieur x, monsieur x, afin de lui montrer c'est une personne etc. et que je connais son nom, c'est assez dur mais je fais assez attention à ça. Et quand il y a un problème, j'essaie de les rassurer au maximum, en leur disant même quand ils ont un problème de santé, c'est pas grave, il n'y aura pas de souci etc. et si vous avez un problème, n'hésitez pas à reprendre rendez-vous, on est là pour ça, je le dit assez souvent pour les dépressifs, je dis beaucoup n'hésitez pas, on est là pour ça...

b- Comment est-elle traduite dans les attitudes de comportement ?

Bah...euh...ça c'est difficile de dire, je...Concernant...Il y a des choses que je fais...euh, c'est difficile à dire.

4- La responsabilité

a- Est-on toujours responsable les uns des autres ?

Moi j'ai mes limites dans la responsabilité, je fais le maximum. Il y a des moments où j'estime qu'en dehors de ma responsabilité...J'essaie de donner toujours des informations, je renseigne toujours, tout ça, mais il y a un moment où j'estime ne plus être responsable si des gens font manifestement n'importe quoi. J'essaie de donner toutes les possibilités euh...On ne va pas toujours courir après les gens, on n'appelle les gens, on laisse les messages. Il y a des moments où c'est une responsabilité plus pénale qu'autre chose, c'est de montrer qu'on a fait ce qu'il fallait, qu'on a fait des courriers, qu'on a donné l'information qu'il fallait, mais parfois il y a des limites.

c- Comment le médecin vit-il une telle responsabilité dans sa pratique ?

Parfois...ça dépend, En face d'un décès d'une grande souffrance, on le vit comme un échec. Echec individuel, collectif parce qu'on peut être conscient de pas avoir eu...euh...ça arrive malheureusement, puis parfois on peut se dire, j'ai tout fait. Parfois, on ne se trouve pas d'excuse, ni au niveau du patient, ni au niveau de la société, le souci ça sera de se couvrir au niveau légal qu'il y a des gens qui n'ont pas suivi le traitement par exemple. Maintenant quand il y a un échec thérapeutique, quand on a fait le maximum, de plus en plus, j'ai tendance à me dire c'est comme ça quoi. Quand on a fait le maximum c'est plus une question de responsabilité.

c- Comment le médecin peut-il se sentir responsable de la souffrance du patient ?

...Se sentir responsable de la souffrance du patient...Bah...dans l'annonce, on peut se sentir responsable encore une fois parce qu'on n'a pas les données, on rate quelque chose dans l'annonce. Ça arrive pour des tas de raisons. Parce que je peux ne pas avoir compris la psychologie du patient. Ça peut nous renvoyer à des choses qui nous déstabiliser et à ce moment là ne pas être très bon et à ce moment là, on peut se sentir responsable de la souffrance qui en découle, ça peut être un cas de figure, euh...mais on n'est pas responsable de la maladie, je crois que ça c'est sûr. On peut se sentir responsable de la souffrance qui est là du fait qu'on appartienne à un système qui ne marche pas. J'imagine quand on est dans une clinique, et qu'il faut percevoir des honoraires, et qu'on ne peut pas traiter un patient parce qu'il n'a pas les moyens de payer, dans ce sens on est un peu responsable parce qu'on est dans ce système là...

d- Comment cette responsabilité est manifestée dans les gestes, les paroles et les attitudes

....Euh...Mes attitudes dépendent du patient justement, rien ne sert donc de manifester cette responsabilité.

5- La juste distance

Comment le langage médical et le comportement du médecin tiennent-ils compte de cette notion de distance ?

Au niveau du comportement, on reste assez formel, même au niveau, de l'examen clinique, on reste dans le cadre de l'exercice. Au niveau du langage, parfois des patients essaient d'instaurer un lien, de briser un peu la distance, moi mon attitude c'est de ne pas relever, souvent ça marche bien et quand il faut relever ça m'arrive, je

mets ça en rapport avec la thérapeutique. Il faut rappeler que je suis le docteur, je ne suis pas l'ami et c'est tant mieux, il faut bien que ce soit comme ça, aussi je ne les appelle jamais par leur prénom, bon avec les adolescents parfois c'est difficile, on ne sait pas toujours comment se comporter.

QUATRIEME ENTRETIEN

M4

1 Comment le langage médical peut-il traduire cette référence à la souffrance et à la vulnérabilité ?

J'essaie d'avoir un langage qui soit clair c'est-à-dire que lorsque un patient vient me voir, j'essaie d'avoir un langage simple pour qu'il puisse comprendre. Quand c'est des compte rendus d'examen, j'essaie d'avoir un langage simple pour lui expliquer, au lieu de d'avoir un langage spécifique qui le maintiendrait dans l'ignorance et qui ne verrait pas la gravité ou autre de son cas. En parlant de sa fragilité, je ne vais pas lui annoncer une maladie grave d'emblée mais après avoir jugé s'il est apte à recevoir l'information. De cela va découler mon comportement, s'il est capable en ce moment là, j'essaierai de lui expliquer, si je juge qu'il est très fragile, j'éviterai de lui annoncer des éléments qui sont très durs à accepter.

A travers gestes et attitudes, il ne s'agit pas de prendre des gens pour des idiots, donc il faut être sage, il faut les accueillir chaleureusement, ne pas rester dans sa grandeur de connaissances liées à... J'essaie de les mettre à l'aise, quand ils sont à l'aise, ils plus enclin à se dévoiler et là ça permet de voir s'il y a des éléments qui rentrent dans la pathologie. J'essaie toujours par un langage simple de mettre en confiance, de parler plus facilement des mots qu'ils perçoivent.

b- Comment réagissez-vous en face de cette souffrance qui caractérise le patient ?

Là euh...ça dépend de la souffrance, si c'est une souffrance importante, je vais néanmoins essayer soit par un langage soit par une médication de soulager euh...et je prépare euh...je vais le convoquer ultérieurement pour voir la progression de sa thérapie, si elle s'avère insuffisante, je passe à une molécule plus puissante ou à un confrère qui est plus spécialisé en la matière. Si toutefois ce n'est pas très important, je vais essayer de mon possible peut-être pour qu'il se sente mieux en ayant une image moins terrifiante de la douleur et j'essaie même comment dire de lui apporter une certaine joie, j'essaie de m'arranger pour qu'il sorte en souriant voire même en riant, c'est déjà une façon même de le traiter, il sera moins obnubilé par sa maladie et sentira moins l'intensité de sa douleur. C'est un point de vue personnel.

2 La réciprocité et la mutualité dans la relation

a- Comment le langage médical fait-il preuve de cette prise en compte de la réciprocité ou de la mutualité au cours d'une consultation médicale.

J'essaie de... Par mon langage, j'essaie de le mettre en confiance, j'essaie aussi de me mettre à son niveau pour mieux le comprendre, et dans la mesure où je le comprends mieux, il y a des choses qui vont se faire plus facilement, lui va m'apporter des éléments qui permettront de voir ses capacités de compréhension, ses capacités intellectuelles pour gérer un élément qui peut être délicat pour sa santé et ainsi agir pour que cet élément disparaisse en quelque sorte. Ça je pense dans le cadre de la douleur. Ensuite...il va nous apprendre des choses sur lui-même, je vais lui apprendre des choses non pas sur moi mais sur les moyens de lutter...C'est un peu comme j'essaie d'avoir une attitude qui lui permet de se sentir bien, qu'il puisse ainsi dévoiler son état d'âme éventuellement, son état physique et moi à ce moment là, je lui demande ce qu'il en pense, ce que c'est, lui expliquer les raisons pour lesquelles je vais passer la main, je cesserai vraiment d'être indifférent.

b- Comment avec ou malgré la maladie, votre discours peut continuer à considérer le patient comme un être libre et digne de respect ?

Bon, Je considère déjà que s'il vient me voir c'est qu'il est malade, j'ai dit malade mais fragilisé, et donc c'est pas parce qu'il est fragile qu'il y aurait d'être affaibli, ce n'est pas facile mais il est capable d'opérations, il est capable...je veux dire par là que...ce n'est pas facile comme question... Je vais commencer par lui donner les éléments qui lui permettront de gérer sa maladie. Il va être aussi sur le plan psychologique de ne pas donner libre cours à des éléments négatifs qui auraient...agir sur la maladie, le discours sera toujours de l'inciter à se battre, constamment se battre, se battre, se battre contre la maladie en lui faisant comprendre que sa maladie le fragilise, et je vais lui donner des éléments soit par médicaments, soit par un discours plus spécifique, de combattre cette maladie, et donc de sortir vainqueur de ce combat.

c- Vos comportements sont-ils toujours spécifiques ?

A mon sens oui. Selon les degrés de son handicap, j'essayerai de l'aider davantage, si je juge facilement que sa maladie l'handicape énormément. De cette manière, je vais l'aider de façon plus spécifique plus que quelqu'un d'autre.

3 – La sollicitude

a- Comment la sollicitude se présente-elle dans votre discours ?

Euh...Déjà la première des choses c'est que je ne vais pas être quelqu'un qui va prendre les gens de haut, je vais me mettre à leur portée avec un langage qui sera facilement compréhensible. Selon les difficultés liées à son ethnie ou sa culture, j'essayerai d'utiliser le moyen à ma disposition c'est-à-dire si je connais sa langue, j'essayerai de lui parler quelques mots en sa langue pour qu'il puisse se détendre et s'ouvrir davantage et je vais essayer de lui expliquer le cas qui se présente, d'expliquer la maladie, expliquer ce qu'on attend du médicament si on doit en prescrire un, expliquer la démarche auprès des spécialistes notamment des psy par exemple si on a ressenti... expliquer en fonction de sa culture, de son ethnie de son esprit de lui expliquer la façon de voir du

médecin européen que je suis. Ça peut être un asiatique, un africain, j'essayerai de comprendre, de l'aider d'être ouvert, d'essayer...

b- Comment est-elle traduite dans les attitudes de comportement ?

Je ne frappe jamais... (Rires). Il faut être très proche, des gens viennent vers nous avec tout l'espoir qu'ils peuvent mettre dans une telle démarche, il faut qu'on les guérisse absolument, il faut qu'on les comprenne, qu'on comprenne ce qui leur arrive, il faut pas avoir une attitude froide et hautaine, il faut même à la rigueur se rapprocher de lui, toucher l'épaule, si c'est des enfants leur caresser la joue, les cheveux ou essayer d'avoir un langage calme et non pas avec une voix haute, avec une voix douce et calme et plus qu' en ayant un langage ferme. Il faut bien être gentil.

4- La responsabilité

a - Est-on toujours responsable les uns des autres ?

Oui on est responsable les uns des autres. Mais ça dépend aussi, enfin...ça sera plus...Nous-mêmes nous avons acquis par l'intermédiaire de nos parents certaines valeurs morales et autres et donc on est responsable. Notre droit de vivre commence par le respect du droit de l'autre et on se doit d'aider de n'importe quelle manière, on se doit d'apporter à l'autre la facilité de permettre à l'autre d'avoir le même niveau que soi. Je veux dire par là qu'il y a des attitudes qu'on peut avoir, fournir à l'autre les droits sociaux auxquels il a droit et qu'il n'a pas, on peut lui obtenir la possibilité d'effectuer des démarches afin d'améliorer sa vie de tous les jours, faire appel à une assistante sociale qui va résoudre son problème, on va essayer comment dire de résoudre ses problèmes en adressant s'il s'agit des problèmes psychologiques à un spécialiste, on se doit comment dire dans la mesure où sa vie est en danger de trouver une solution à sa maladie de lui apporter par la parole ou par les médicaments la possibilité de guérir donc de retrouver une vie normale, on se doit de ne pas laisser à un individu des éléments qui soient susceptibles de porter atteinte à son intégrité, afin de l'aider à recouvrer cette intégrité, on se devrait de le conseiller lorsqu'il est face à des...on se doit de le conseiller d'agir et de le protéger s'il s'agit d'un enfant, on se doit dans la limite de ses moyens l'aider à revenir à lui-même, ça on le retrouve dans notre serment d'Hippocrate, on se doit d'aider, comprendre, on ne peut pas laisser l'individu face à lui-même.

b- Comment le médecin vit-il cette responsabilité dans sa pratique ?

Dans ma pratique, s'il y a un problème, je l'adresse à l'assistante sociale, s'il y a un problème d'ordre paramédical, ou bien je l'adresse à on va lui soulager sa douleur même temporairement mais je vais lui prescrire ce qu'il faut pour qu'il puisse à nouveau avoir ses facultés. Dans mes attitudes, je vais aussi l'adresser vers un spécialiste soit un dermatologue, soit un cardiologue, après je peux faire des lettres pour l'adresser à la mairie afin d'obtenir un droit, une possibilité d'aide, je vais aussi l'aider en lui demandant de ne pas payer si je vois qu'il a

des problèmes financiers, c'est une manière aussi d'aider les gens de ne pas être dans l'obligation de...s'ils n'ont pas des moyens qui ne sont pas énormes donc si c'est possible, je ne les fais pas payer c'est aussi une manière d'aider ça correspond aussi au serment d'Hippocrate, si son état nécessite que je l'amène à l'hôpital et qu'il n'y a pas d'ambulance, je prends la responsabilité de l'amener moi-même à l'hôpital, je le dépose aux urgences, ça m'est déjà arrivé, quand c'est un enfant, lui montrer que le monde des adultes n'est pas si horrible que ça.

c- Comment le médecin peut se sentir responsable de la souffrance de son patient ?

Je serais responsable de la souffrance dans la mesure où c'est moi qui la provoque, on n'est responsable dans la mesure où on n'apporte pas de solutions à son problème, à sa douleur, je me sens responsable aussi dans la mesure où...tout dépend aussi si la douleur demande un traitement long ou un traitement court, si c'est un traitement immédiat pour une souffrance qui va demander du temps avant de disparaître, là je serais responsable dans la mesure où je n'apporte pas les éléments pour que sa souffrance disparaisse.

d- Comment cette responsabilité peut être manifestée dans les gestes, paroles et attitudes ?

Ça peut être le tremblement en se disant « mon Dieu, je n'arrive pas à traiter... » Mais on peut avoir un embarras dans la mesure où on n'a pas de solution au problème que le malade nous expose, euh...il faut avoir l'humilité de se dire qu'on n'a pas toute la compétence requise et avoir le courage de le dire et l'adresser à un confrère qui aurait les capacités de résoudre son problème, en disant qu'on se sent responsable dans la mesure où il y a échec. On peut ne pas avoir fait les gestes qu'il fallait pour soulager la personne, après une luxation, ne pas savoir remettre en place, mal suturer ou un pansement incorrect, laisser les pinces dans l'abdomen d'un individu ou une compresse, dans la mesure où le geste n'est pas approprié, il va augmenter la douleur, un geste, je ne prends pas ça au premier degré.

5-La juste distance.

Comment le langage et le comportement traduisent-ils la prise en compte de la distance ?

Au point de vue langage, au point de vue geste, il faut justement ne pas permettre au patient d'avoir la possibilité d'une action sur vous. Donc il faut cette distance. Parce qu'en suite, la relation médecin malade serait faussée, sinon ce ne serait plus relation médecin malade, mais relation amicale et non médicale et sauf s'il y a des atomes crochus et à ce moment là, il faut cesser d'être le médecin et refuser de traiter qui vous laisse la possibilité après à titre amical de continuer une relation simple mais en tant que médecin ça implique une certaine distance, il doit certes se rapprocher de son malade pour lui faire comprendre son langage les différents éléments qu'il n'a pas compris par exemple, mais il ne doit pas avoir la possibilité de lien affectif. On se doit d'être neutre, on doit impérativement dessiner cette distance entre le patient et nous-mêmes tant physique que psychologique. Sinon nous n'avons plus le pouvoir de décision, bien qu'on ne l'ait pas, on n'a plus ce pouvoir vis-à-vis du malade, en plus dès que la distance disparaît la personne ne nous fait plus confiance puisque on en restera partial. On se doit d'être impartial en imposant une distance tant dans le langage que dans les gestes. Soit on peut avoir un contact

physique avec la personne mais on se doit d'être neutre, c'est-à-dire dans le cadre médical. Il ne s'agit pas de caresser les seins à une femme pour le plaisir de lui caresser les seins, on va lui palper les seins en vue de voir si la crotte mammaire qu'on a sous les doigts a une morphologie qui n'est pas normale, dans la mesure où ce geste devient caresse, c'est inconcevable et pareil pour l'abdomen, pour les organes génitaux, sur les zones tabous, il faut aller avec beaucoup de précaution expliquer ce qu'on va faire et se limiter à l'acte médical, c'est tout. Donc il faut expliquer le geste qu'on va avoir. C'est également valable pour le langage qu'on peut avoir. Pour le comportement qu'on peut avoir. Il faut expliquer le pourquoi de ce geste, ce qu'on attend de ce geste... Il faut surtout pas permettre qu'une quelconque attitude ambiguë puisse s'instaurer dans la relation médecin malade, si toutefois on sent qu'il y a quelque chose que la personne veut un contact physique, il faut immédiatement rouspéter, il faut immédiatement lui faire comprendre que non ! Ça n'ira pas plus loin, on cessera d'être médecin. En fonction de l'ethnie, on a un abord différent, il faudra tenir compte de... Si c'est une femme musulmane, il sera difficile d'aborder différents sujets avec elle et il s'agira de tenir compte des difficultés de dévoiler une partie de son corps au corps médical alors que la religion va lui interdire de montrer certaines parties de son corps à un autre homme que son mari par exemple, on est obligé d'adapter son langage et son comportement en fonction de la religion de son patient, c'est une pratique que j'essaie, je fais très attention à ça et donc d'abord j'essaie de lui montrer que je connais sa religion que je connais le coran, l'Ancien Testament ou le Nouveau Testament, ça va faire qu'il y ait confiance et je ne vais pas m'amuser à faire ou à dire n'importe quoi ni leur faire prendre des médicaments qui sont contraires à leur religion, je ne vais pas faire prendre un médicament en sachant que dans sa constitution il y a des éléments interdits par la religion, je vais essayer de choisir la molécule qui lui convient qui peut lui apporter la solution à son problème

CINQUIEME ENTRETIEN

M5

1 La souffrance et la vulnérabilité

- a- Comment le langage médical peut-il traduire cette référence à la souffrance et à la vulnérabilité ?

Déjà il faut connaître, voir s'il y a vraiment souffrance parce que toute personne qui rencontre un médecin n'a pas forcément une souffrance particulière, il faut déjà évaluer s'il existe une souffrance morale et physique sous-jacente soit en posant directement la question soit au fil de la conversation notamment sur la souffrance psychique de voir comment le patient exprime qu'il ressent une certaine souffrance psychique et après dans les attitudes si c'est une souffrance psychique, ça va être une attitude d'empathie, d'essayer de comprendre déjà pourquoi le patient souffre puisque souvent à Nanterre, ils sont souvent d'une autre culture, notamment par exemple les demandeurs d'asile, donc il faut qu'on comprenne qu'ils ont déjà une souffrance. Les demandeurs d'asile c'est un peu caricatural puisqu'il a été battu dans son pays, on comprend qu'il y a une souffrance mais des fois, il y a une souffrance que nous culturellement on a du mal à appréhender, donc la souffrance verbale, je

la gère par une attitude d'empathie et par des mots alors que dans la souffrance psychique, il y a empathie mais aussi un examen clinique avec le rapport au corps, il m'est déjà arrivé de prendre la main de quelqu'un qui pleurait. Globalement c'est une attitude d'empathie que je résume et par laquelle je vais essayer de répondre à cette souffrance.

b- Comment réagissez-vous en face de cette souffrance et de cette vulnérabilité

Le mot souffrance est quand même vaste donc que si c'est une souffrance psychique, c'est l'empathie puis il faut inclure la distance médicale je ne suis pas là pour. Au niveau médical de la souffrance psychique, il faut évaluer le risque suicidaire, c'est une donnée médicale importante qui présente une dangerosité pour la personne et évaluer si cette souffrance psychique a trait à un évènement comme par exemple une rupture sentimentale, il faut évaluer au niveau des consultations, voir si ça perdure, s'il y a nécessité d'un traitement psychotrope, une psychothérapie, pareil si c'est une souffrance physique si c'est dangereux, l'étiologie et ensuite adapter un traitement. Je reste dans mon rôle de médecin.

2 La réciprocité et la mutualité dans la relation.

b- Comment le langage médical tient –il en compte cette dimension de réciprocité et de mutualité dans la relation médecin patient ?

Il y a un rapport entre deux êtres humains mais il y a surtout le fait qu'on doit établir un diagnostic et que...En fait mon rôle est d'établir un diagnostic, je suis là pour soigner et la personne, je l'écoute, le patient arrive avec une demande médicale, mon rôle est de trouver le diagnostic, d'assurer les éléments de gravité, de traiter et il ne faut pas que j'aie une certaine nature...j'ai des critères scientifiques et décisionnels pour établir un diagnostic. Puis après que dans ma consultation qu'il ait de l'empathie avec la personne, que j'essaie de la comprendre pour mieux la soigner ça c'est un fait mais absolument il ne faut pas non plus que cela prenne une place. C'est différent pour les maladies chroniques, où on connaît le diagnostic, où on connaît le traitement e après plusieurs années de suivi, on a une relation qui est...on le connaît bien Mais de toute façon la relation pour moi...puisqu'on n'est pas là...on est quand même là pour une demande médicale quoi.

c- Comment avec ou malgré la maladie, le discours médical peut continuer à considérer le patient comme un être libre et digne de respect ?

Evidemment...Euh...déjà le langage médical doit s'adapter à la compréhension de la personne en face, donc que j'ai pas le même discours caricaturalement entre un intellectuel qui a regardé sur Internet et qui connaît sa pathologie et qui va me demander une très grande interprétation fine et quelqu'un de déraciné qui connaît à peine le français, et dont je vais adapter le vocabulaire et dans les deux cas, mon but est que la personne...j'ai un schéma thérapeutique dans la tête selon ce que j'ai appris, ou selon ce qui est dans les conférences de consensus et le but de la consultation c'est de l'exprimer dans un langage le plus approprié au patient en face afin qu'on se mette d'accord sur le suivi thérapeutique qui s'approche le plus de ce qui serait le mieux pour lui. Mais le

patient il décide aussi mais de fois en fin de consultation, on ne fait pas ce que j'ai décidé, qu'il y a des paliers dans l'adhésion au traitement.

c- Les comportements du médecin sont-ils spécifiques ?

Oui, il y a un schéma directif que j'ai dans la tête, qui est dans le dossier qu'on a à l'hôpital que j'essaie de reproduire et qu'on apprend au cours des études médicales mais le but est de recenser tous les éléments d'ordre médicaux. Donc j'ai un schéma directif à la fois pour l'interrogatoire et pour l'examen clinique qui permet justement d'être exhaustif et après l'ordre ou le ton, la voix peuvent être différents. Il peut arriver qu'un patient m'énerve...ça varie selon les patients.

3 La sollicitude

c- Comment la sollicitude se présente dans le discours médical

Euh...Je ne suis pas sûr que le rôle du médecin dans une consultation, ça dépend du stade du traitement, je crois que la sollicitude a une place importante dans les soins palliatifs où on a un pronostic fatal au bout, dans le travail qu'on a dans les consultations...Je mettrai plus la sollicitude dans les maladies chroniques où je n'ai pas d'arsenal thérapeutique à présenter à mes patients mais dans une consultation où je vois pour la première fois un patient qui a une pathologie qu'il faut traiter, je lui explique un schéma thérapeutique pour qu'il y adhère, je ne vois pas une grande place pour la sollicitude. La sollicitude, je l'ai quand j'annonce une séropositivité, pour les pronostics graves donc à ce moment là, je...je peux donner des numéros d'autres médecins, en leur proposant de me voir sans rendez-vous, en me montrant disponible, en leur disant qu'il peuvent appeler, venir aux consultations quand ils veulent et...

5 La responsabilité

a- Est-on toujours responsable les uns des autres ?

C'est une grande phrase ça, c'est près de Levinas ça, euh...être responsable les uns des autres, en tant que médecin, je me sens responsable du schéma décisionnel qui conduit à ce que je prescris et aussi je suis responsable de la formation des internes, et c'est ce que je leur dis, c'est-à-dire un médecin qui a un raisonnement inexact qui conduit à une erreur de diagnostic est à mon sens plus pardonnable que quelqu'un qui prescrit et qui n'arrive pas à le justifier, donc je suis responsable des prescriptions auprès des patients après ça ne s'arrête pas, je suis responsable d'avoir tenté de leur expliquer leur maladie, à Nanterre, on a des populations très précaires, je ne suis pas responsable du fait qu'il y a des conflits armés dans leur pays, qu'ils arrivent et qu'ils ne sont pas bien psychologiquement, je vais les aider dans la mesure du possible mais en restant dans mon cadre.

b – Comment le médecin vit-il cette responsabilité dans sa pratique ?

Quand j'étais jeune, j'étais pédiatre de formation, quand j'étais plus jeune, j'ai déjà été confronté peut-être à tous les cas de figure médicaux possibles, il y a des parties de la médecine comme tout ce qui est médico légal où je ne suis pas encore très confortable parce que c'est un domaine que je connais moins bien et donc j'ai du mal à...

c – Dans quelle mesure pouvez-vous vous sentir responsable de la souffrance d'un patient ?

Je peux être triste à ce qui arrive, dernièrement j'ai eu un cas où je devais annoncer une séropositivité à une dame que je ne connaissait pas du tout c'est pas moi qui lui ai prescrit l'examen, je ne sens pas responsable de sa séropositivité mais j'étais très triste d'apprendre qu'elle était séropositive, j'ai pas à me sentir responsable sinon je ne suis plus médecin, on est là pour...c'est pareil, l'empathie on doit l'avoir pendant la consultation, mais il faut également que sortie de la consultation qu'on puisse passer d'une consultation à une autre sinon c'est difficile. Si un médecin se sent responsable de la souffrance des autres...on est là pour annoncer des pathologies qu'on a découvert donc que on se protège de la souffrance, on annonce des diagnostics.

d – Comment cette responsabilité peut-elle être manifestée dans les gestes, les paroles et les attitudes ?

Dans la majorité des cas ça se passe très bien. Le patient vient, il a un problème, j'apporte une solution, d'abord un traitement, il adhère au traitement. Quand on me demande des papiers comme des arrêts de travail qui ne sont pas fondés, je suis assez ferme et que la sécurité sociale me dit quelque chose, j'arrête ma responsabilité ou s'il y a quelqu'un ou chez les populations vraiment précaires avec des pathologies graves...Là si un patient n'est pas compliant à son traitement, j'ai plutôt tendance à le remettre face à sa responsabilité en lui expliquant que si vous ne prenez pas tel ou tel traitement, vous risquez même de mourir, ça m'est arrivé de dire au patient que c'est votre vie et que vous risquez...

6 – La juste distance

Comment le langage médical et le comportement du médecin tiennent-ils compte de cette notion de distance ?

Déjà dans le vouvoiement, parce que moi je fais attention notamment à toute la forte population des demandeurs d'asile, je fais attention à ne pas avoir un langage corporel. Ça dépend aussi des patients, il y a des patients, si je sens qu'ils ne me considèrent pas comme le médecin, en fait qui me considèrent comme une grande copine, et dans ce cas, je vais vouvoyer, avoir un langage hyper technique qu'il sache que je suis là en tant que médecin. Dans la majorité des cas, la distance, je la positionne en leur demandant d'emblée qu'est-ce qui les amène, qu'est-ce qu'ils ont au niveau de leur santé, donc déjà, je me positionne en tant que médecin. Ça m'est déjà arrivé quand on m'explique tous les malheurs sociaux, de leur dire que je suis médecin, je peux comprendre... Mais je ne peux pas y répondre, pareil, pour les patients un peu plus âgés car comme je suis jeune, je parle souvent avec un langage plus médical, c'est pour m'affirmer en tant que médecin.

ANNEXE 2

Questionnaire

1 Quelles sont vos principales attitudes face à la souffrance ou à la vulnérabilité de vos patients d'une manière générale ?

-
-
-

...

2 Comment votre comportement à travers paroles, gestes et attitudes peut-il traduire la prise en compte de la réciprocité et de la mutualité vis-à-vis du patient ?

-
-
-

...

3 La maladie modifie-t-elle votre perception de l'individu (malade) ?

-
-
-

....

4- Adoptez-vous le même comportement pour chacun de vos patients?

-
-
-

...

5- En tant que médecin vous sentez-vous responsable des autres ?

-
-
-

...

6-Comment cette responsabilité se traduit-elle dans les gestes et attitudes ?

-
-
-

...

7- Pour vous quelle est la meilleure distance vis-à-vis des patients ?

-
-
-

...

8 – Comment votre langage et votre comportement peuvent-ils traduire cette distance ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1 GRAND Emmanuel, « *La relation médecin-patient ou le problème de la juste distance. Evaluation dans un réseau de soins.* », mémoire de DEA d'éthique médicale, 2003-2004
- 2 HERVE Christian, D.T., David, Weisstub, *Visions éthiques de la personne*, Paris, Harmattan, 2001
- 3 KANT Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Delagrave, 1969
- 4 LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini, essai sur l'extériorité*, Paris, La flèche, 2000
Ethique et infini, dialogues avec P. Nemo, le livre de poche, Paris, Fayard, 2000
Autrement qu'être ou au-delà de l'essence, Paris, le livre de poche, 2001
- 5 MARCEL Gabriel, *La dignité humaine et ses assises existentielles*, Paris Aubier, 1964
- 6 MORIN Edgar, *La méthode 6, éthique*, Paris, éditions du Seuil, 2004
- 7 PIEDNOIR Pascal, « *La relation médecin malade et le métier de médecin* », mémoire de Maîtrise d'éthique médicale, 2000
- 8 PLOURDE Simonne, « *La notion de personne : une clef qui ouvre la dimension éthique des possibilités techno-scientifiques* », in **Visions éthique de la personne**, p 101-117
- 9 RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, éditions du Seuil, 1990
« *Approches de la personne* » in **Lectures 2 la contrée des philosophes**, Paris, éditions du Seuil, 1999
- 10 TOURAINE Alain, « *La notion d'attitude* », in **psychologie, cancers et société**, Paris, 1995, p.65-72
- 11 TUBIANA Maurice, *Histoire de la pensée médicale, les chemins d'esculape*, Paris, Flammarion, 1995