

RELATION MEDECIN - PATIENT

Un modèle pour la relation vétérinaire – client ?

La relation du médecin avec son patient fait l'objet de nombreuses réflexions et publications en médecine humaine ; elle fait même l'objet de cours dispensés aux futurs médecins. Transposée à l'activité vétérinaire, il s'agit de la relation vétérinaire – client, puisque le patient animal intervient peu à ce niveau. Malgré cette différence importante, de nombreux points communs se dégagent, notamment sur la psychologie du soignant et sur les modalités pratiques de la relation qui s'instaure. Et pourquoi pas un enseignement dédié dans nos écoles vétérinaires ?...

Nous allons voir ce qu'en dit le Professeur Charles Honnorat à ses étudiants, puis développer la réflexion (fortement psychanalytique) qui a conduit à la création des groupes Balint. La prescription dans les cas de maladies chroniques en dermatologie illustrera par une application concrète l'importance de la relation ; enfin quelques réflexions sur les rapports avec les éleveurs d'animaux de rente nous ramèneront dans notre champ d'action spécifique.

Ne vous arrêtez pas aux limitations de la transposition médecine humaine – médecine vétérinaire, l'activité de « soignant » est bien la nôtre, et ces réflexions sont à n'en pas douter à prolonger et développer dans le cadre de notre exercice.

I. APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL

La rencontre médecin – malade est une problématique qui touche toutes les pratiques médicales soignantes. L'art médical est un art de l'accompagnement avant d'être un art de soin.

I.1. Différents aspects de la rencontre médecin

Cette rencontre a évolué dans le temps, mais ces différents niveaux sont présents simultanément lors des consultations médicales :

- Relation hippocratique : « rencontre d'une confiance et d'une confiance », le malade demandeur est soumis au médecin.
- Relation contractuelle : le médecin est le conseiller de santé et l'avocat dans le système social de soins d'un patient responsable et informé (en médecine vétérinaire rurale, remplacez par les rapports avec l'administration...).
- Relation commerciale (fournisseur – client) : dérive consumériste.
- Relation asymétrique : moment exceptionnel pour le patient, acte répété pour le médecin.

Imaginez les malentendus quand les deux interlocuteurs se placent chacun à un niveau différent : nous vivons cela au quotidien !

I.2. La maladie doit être abordée sous plusieurs angles :

Définition de la santé par l'OMS en 1946 :

Santé = état complet de bien-être physique, mental et social.

La maladie est à la fois un état et une construction sociale, désignant **3 réalités distinctes**, et correspondant aux 3 termes utilisés en anglais :

- altérations biologiques (disease)
- vécu subjectif du malade (illness)
- processus de socialisation des épisodes pathologiques (sickness) – ensemble des comportements associés à l'état de malade.

Cela correspond aux 3 perspectives distinctes du médecin, du malade et de la société.

Pour le médecin la maladie est la réalité objective, pour le malade c'est une expérience vécue (il donne un sens à son état de malade, à partir de ses sensations, de son expérience vécue et de ses interactions sociales).

Chaque société édicte des normes de comportement du malade, qui est toujours plus ou moins un mode de communication.

Le médecin joue un rôle important dans le processus de socialisation de la maladie. **Lorsqu'il y a négociation puis accord entre le cadre de référence du patient et celui du médecin, c'est-à-dire que les grilles d'analyse du médecin et du patient se rejoignent, la maladie et les soins qui en découlent sont acceptés.**

I.3. Communication durant la consultation médicale

Concernant les règles de base de communication, **la consultation obéit à un rituel social**. Les filtres habituels de la communication s'y appliquent, entraînant la distorsion entre le message émis et le message perçu, rendant indispensable le contrôle par l'émetteur de ce qui a été reçu par la recherche de feedback. Le discours doit être simple et transparent. Les termes utilisés doivent être ceux du malade, pas ceux du médecin.

L'écoute a en soi une vertu thérapeutique : la façon dont la demande du patient est écoutée décide de la qualité de la relation entre le médecin et son patient. Entendre la demande du malade n'est pas y répondre, l'attitude de la médecine traditionnelle est volontiers infantilisante (« laissez penser ceux qui savent »).

I.4. De la maladie comme une pause nécessaire ?

Lucien Israël : « une halte accordée par l'environnement : c'est l'une des fonctions inconscientes de la maladie dans la société contemporaine. Mais il semble que le médecin l'ignore. »

Du fait de notre position double (soignants et, à l'occasion, malades, **faut-il attendre que la maladie soit déclarée pour s'accorder cette 'halte' lorsque les conditions de vie, personnelle ou professionnelle, deviennent difficiles ?** Pensons au burn-out, à la dépression, aux professionnels submergés par le quotidien au point de ne plus avoir le recul nécessaire à un examen de leur propre condition ?

Il existe des approches psychanalytiques (Balint), sociologiques, anthropologiques, éthologiques de la relation médecin – malade. *Si toutes ces approches ont été développées, c'est bien que cette relation pose problème aux protagonistes !*

Dans les maladies chroniques, il y a construction d'un projet thérapeutique, véritable cadre qui influencera toute l'existence du malade. *NB : en médecine vétérinaire, c'est la vie du client avec son animal qui est conditionnée, mais l'engagement des personnes est aussi important en ce sens qu'il va bousculer toute leur vie, parfois révéler ou modifier la personnalité perçue, les représentations préétablies, les relations quotidiennes.*

II. L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE À L'ORIGINE DES GROUPES BALINT...

II.1. La demande du patient

Dans le cadre médical, il y a limitation du contact à un geste (ou à un entretien) technique, toute autre caractéristique relationnelle étant déniée ou au moins ignorée plus ou moins délibérément ; l'argument de cette limitation est l'objectivité scientifique, mais la demande du malade est plus complexe, il demande une prise en compte (sinon en charge) de tout son être, de son existence pendant et après la maladie

Le médecin formé en technicien de la biologie est confronté à ces 2 niveaux de demande, il ignore ou ne sait pas répondre au deuxième ; ce malentendu est générateur de frustrations et de déceptions chez les 2 protagonistes de la relation.

Le médecin est souvent obsédé par l'image qu'il va donner, par l'angoisse de son incompetence technique ; son comportement peut être plus marqué par les éléments de sa propre personnalité que par les besoins du patient.

II.2. La formation du médecin

La « psychologie médicale » a eu droit de cité dans les années soixante, puis elle a disparu de l'enseignement.

Chacun aborde la relation avec une représentation préalable, de la relation et du partenaire. La médecine n'échappe pas à l'influence culturelle qui efface l'incertitude, l'insécurité, l'aléa, et même la maladie et la mort, vécues comme des anomalies à supprimer et non comme des événements courants de la vie (pas d'image des situations de maladie, limitation des expressions du deuil, combattues à coup de psychotropes dès leurs manifestations les plus normales).

Il existe une relation ambivalente à la maladie : altération du corps, perte des performances, mais en même temps justification des imperfections de notre être.

La régression à des pensées infantiles d'absence de contrôle, de peur de l'inconnu (ce qui est différent, ou la mort et le néant) débouche sur une représentation « parentale » du médecin, protecteur et détenteur de pouvoir (sur l'inconnu) (représentation à l'origine de la vocation des soignants ?). Le médecin est perçu par les enfants comme commandant aux parents, mais aussi associé à la maladie et à son cortège de désagréments (souffrances, angoisses, douleurs).

Le médecin est autorisé à explorer le corps d'autrui, cela lui confère une image érotique encore présente (« jouer au médecin »).

II.3. L'image du médecin

L'image du médecin est à la fois **maternelle** (rassurante, protectrice) et **paternelle** (pouvoir, autorité).

Toute confrontation au médecin est une confrontation à ces représentations, qui doivent être connues du médecin afin de déceler les distorsions qui apparaissent inévitablement.

Ces nombreuses ambivalences influencent toute la relation patient – médecin. Ce dernier se réfugie derrière une technicité, une image scientifique, sensée limiter tous les autres facteurs de la relation. Connaître ces projections est nécessaire au médecin pour y échapper.

La formation et la perception de la médecine sont basées sur les services pratiquant une médecine de pointe, hautement technique, fort éloignée de la médecine générale quotidienne, où pas plus de la moitié des malades relèvent de cette formation très technique.

Se pose aussi la problématique de la vocation du médecin, des images associées à son choix d'activité, de la distorsion entre son activité quotidienne et ses représentations.

II.4. L'image du patient

Le malade est dépersonnalisé, ramené au niveau de sa maladie, afin de protéger le médecin, et d'éviter les résonances entre le patient et le soignant qui pourrait s'identifier à lui (le ramenant à un niveau non conforme à son image, et nuisant à l'objectivité de son approche).

Distinction maladie et souffrance, considérées comme synonymes par les médecins, alors que la première n'est qu'une des formes d'expression de la seconde. **La demande du patient se situe toujours au niveau de la souffrance, la réponse du médecin au niveau de la maladie seulement.** Le malade ressent l'attitude du soignant comme infantilisante, déresponsabilisante, fournissant des réponses au lieu d'aider le patient à trouver les siennes.

Les repères sociaux érigent des modèles, des manières d'être, conduisent à rechercher une identification à ces modèles au lieu de définir sa propre identité. Le statut de malade permet d'échapper à cette course vers une image sociale. Dans ce cadre, la reconnaissance du statut d'adulte responsable du patient par le médecin est indispensable pour échapper aux représentations parentales et pour sortir grandi de la confrontation. Le médecin doit en même temps rassurer la peur de la mort et confirmer le statut entier de vivant, d'individu.

II.5. De la difficulté de répondre à une demande complexe

Toutes ces demandes complexes conduisent les soignants à focaliser leur attention sur les organes et leur fonctionnement, en délaissant le psychisme. Face à un malade « bien portant », le médecin réagit comme face à un usurpateur, ou se sent mis en échec dans sa recherche de signes cliniques physiques. La multiplication des examens complémentaires répond à l'argument du dépistage précoce des maladies graves, mais quelles sont les conséquences du résultat négatif sur le malade : ne risque-t-il pas de se sentir incompris, méprisé, perçu comme un usurpateur justement ? Ou bien est-il déçu de ne pas occuper justement ce statut de malade, socialement source de considération ou de mesures de protection ? Mais le médecin peut également fixer en dépit de l'absence de signes cliniques un diagnostic « forcé », c'est la « **maladie iatrogène** », i.e. générée par une médecine qui ne peut s'occuper que de maladies organiques, et en est conduite à les inventer ou à les provoquer. Elle conduit à la surconsommation médicale et à la dépendance au médecin.

« Sortir de cette impasse exige de la part du médecin une connaissance de la personnalité humaine et de sa structure, pour qu'advienne une médecine véritablement psychosomatique, c'est-à-dire faite pour l'homme dans son ensemble. »

On peut considérer la maladie, les symptômes, comme autant de messages permettant à l'être de s'exprimer, conduit à une médecine psychosomatique, s'occupant de l'individu dans son entier, corps et esprit, conscient et inconscient. Mais il y a danger de générer une spécialité de la médecine psychosomatique au rang des autres spécialités, alors qu'il s'agit d'une manière différente d'aborder le malade, et qu'elle s'applique à tous les champs d'action de la médecine. Cette approche vient déstabiliser le confort du soignant, perturber des certitudes, des repères appris et confirmés par leur expérience ; la réaction de rejet est souvent violente, méprisante.

« L'erreur est de croire qu'il y a un clivage entre le corps et l'âme, ou plus exactement que le clivage, la coupure se situent en ce lieu désigné par la pensée classique. »

« On pourrait résumer en une phrase ce qui permettrait l'avènement d'une médecine nouvelle : remettre à sa place l'inconscient du malade, et du médecin »

II.6. Une tentative d'aide au médecin : les groupes Balint

Michael Balint (1896-1970), psychanalyste anglais, s'intéressa le premier à ce problème de la formation psychologique du médecin en proposant une solution originale : **les groupes Balint**, groupes de rencontres où les médecins se réunissent pour confronter leurs difficultés, identifier leur propre manière personnelle de réagir, de percevoir les constantes de leurs attitudes ou de leurs émotions. Les animateurs des groupes Balint sont des psychanalystes, formés à l'animation de groupe. Les participants investissent beaucoup de temps (plusieurs années) avant d'en retirer l'expérience qui les aidera dans leur pratique quotidienne. Le succès de ces groupes a conduit à en simplifier la structure, à les étendre à toutes les professions ayant à établir professionnellement des relations humaines, de l'instituteur au prêtre. Depuis leur création dans les années '50, les groupes Balint ont évolué, sans parvenir à un modèle totalement satisfaisant. La motivation de « sensibilisation aux aspects psychologiques de la relation malade - médecin » reste utile.

III. L'ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE EN DERMATOLOGIE

Du fait des difficultés d'observance et de la durée des traitements (à vie), le point de vue du malade est particulièrement important. « La relation médecin – malade est faite d'attentes et d'espérance : soulagement et si possible guérison pour le malade, reconnaissance et vérification de son pouvoir soignant pour le médecin. » **Base de l'étude de cette relation : psychanalyse, psychologie sociale, théories de la communication.**

Les médecins savent écouter le malade et son entourage affectif, il apprennent aussi à découvrir l'importance de s'écouter eux-mêmes, de reconnaître les sentiments induits par le malade, et leurs répercussions sur les démarches diagnostiques et thérapeutiques (mais aussi sur leur propre vie...).

4 dimensions de la qualité de vie :

- **état physique** du sujet (autonomie, capacités physiques)
- **sensations somatiques** (symptômes, douleurs, conséquences des procédures thérapeutiques)
- **état psychologique** (émotivité, anxiété, dépression)
- **relations sociales** et rapport à l'environnement familial, amical et professionnel

Annonce du diagnostic : les expériences émotionnelles passées vont conditionner le comportement du malade face à sa maladie, et donner naissance à une représentation symbolique qui peut prendre le pas sur la réalité. Il en résulte une confusion entre la réalité et la 'réalité psychique' du patient. *Deux conséquences : il faut explorer les représentations du patient, et agir sur ces représentations pour les rendre fonctionnelles.*

Il apparaît un décalage entre la parole du médecin et ce que peut ou veut entendre le malade.

Il convient d'**éviter toute attitude de confrontation**, liée au fait que le refus ou le déni de la maladie par le patient est interprété par le médecin comme une remise en cause de son travail ou de sa personne. La volonté (légitime) d'aider le patient conduit le médecin à 'forcer' ce dernier à se soigner comme il pense que c'est le mieux pour lui.

L'accompagnement d'un malade au long terme exige un engagement total du thérapeute.

IV. MILIEU AGRICOLE

Il s'agit de relations entre vétérinaire et éleveurs, bien souvent maintenant tous deux dirigeants de petites entreprises...

Si les éléments précédents ne sont plus applicables directement, en revanche les tentatives de solutions proposées en médecine sont techniquement transposables. C'est le cas des groupes de rencontre, mais les listes internet et véto-entraide lui-même ne rentrent-ils pas dans ce cadre ?

L'animal est devenu progressivement simple objet de production, élément économique plus que partenaire d'une relation interspécifique, assimilable à une machine nécessitant des apports pour fournir des produits, le tout devant obéir à des règles de rationalisation et de planification. Les temps de contacts non productifs sont réduits ou supprimés. *Mais cette image simplificatrice est souvent battue en brèche, y compris par de jeunes éleveurs, qui ont réellement deux niveaux d'approche ; par exemple une quantité non négligeable de vaches ont encore un nom, même en stabulation libre !*

Difficulté à cerner une image « moyenne » de l'éleveur : trop de disparité entre les contextes rencontrés, paramètres de génération, de culture locale... Tous les discours généralistes ou statistiques ne sont pas transposables à une rencontre spécifique.

Multiplication des intervenants en élevage : des discours parfois divergents, des approches économiques conduisant à classer le vétérinaire parmi les dépenses et non parmi les investissements ou les frais d'entretien de « l'outil de travail », ou simplement comme un spécialiste de l'animal capable de conseiller utilement l'éleveur

Modification de l'image de l'éleveur dans la société – interprétations publiques des maladies (ESB, fièvre aphteuse...) et médiatisations de solutions radicales avec destruction des cheptels, conduisant à s'interroger sur la valeur accordée à ces animaux (semblant interchangeable)

Comment des éleveurs en quête d'identité et confrontés à des pressions économiques importantes pourraient-ils renvoyer au vétérinaire une image gratifiante ? Comment le vétérinaire lui-même pourrait-il participer à une définition positive de l'éleveur, envahi qu'il est lui-même par la lassitude et les incertitudes quant à l'avenir de sa propre activité ?

Quelles sont les spécificités de l'activité rurale ? Y a-t-il beaucoup de points communs aux vétérinaires et aux éleveurs ? Voici quelques pistes de réflexion, à vous de les prolonger... Avec pour idée de réfléchir sur les éléments communs à modifier, et non à des spécificités (à défendre) susceptibles de conduire à une impasse.

- Le partage de lieux de vie hors des villes, lieux dévalorisés dans la société actuelle qui privilégie le modernisme
- L'abandon de rencontres traditionnelles et obligées (mise en commun lors des travaux des champs qui n'existent plus)
- Isolement plus grand pour un grand nombre d'éleveurs
- Célibat de plus en plus important
- Disparition des petites structures – Pression économique de rentabilité
- Sanction des éleveurs ne respectant pas les normes de production
- Difficultés économiques synchrones, même si elles ont des motifs différents

Résumé réalisé par Nicolas Massal.