

## La relation médecin/malade dans tous ses états

*The physician/patient relationship in all its states*

**L**e mode de relation entre médecin et malade historiquement dominant fut celui du paternalisme plus ou moins autoritaire ou bienveillant. Ce modèle relationnel, infantilisant le patient, est issu de la maladie aiguë grave mettant en jeu le pronostic vital où souvent le malade se défend en “régressant” psychologiquement. N’oublions pas que, sur son lit de mort, le dernier mot que chacun prononce est “maman”... Ce mode de relation est aujourd’hui inadapté en raison même des progrès des traitements, de la culture médicale de la population et des changements des rapports sociaux. Il perdure néanmoins parfois, mais côtoie d’autres modèles relationnels tout aussi inadaptés.

Le modèle scientifique ou plutôt scientifique réduit le malade à un porteur de maladie, un objet de soins, éventuellement candidat à l’inclusion dans un protocole de recherche. Mais du même coup, il tend à transformer le médecin en savant, sans affect, en venant même parfois à revendiquer son indifférence. “J’ai tout juste eu le temps de sauver le diagnostic!”, concluait un très célèbre neurologue présentant “un cas rare”. Aujourd’hui, un malade peut s’entendre dire “Vous changerez vos comportements à risque ou vous ne les changerez pas, moi ça ne changera pas ma vie!”.

En effet, le modèle moderne “informatif” – ou mieux “explicatif”, ou mieux encore “délibératif” – postule qu’il faut informer objectivement le patient, lui présenter les différentes options thérapeutiques, leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, mais surtout le laisser décider seul sans l’influencer, au besoin en lui donnant un délai de réflexion. Bien souvent, le patient désemparé demande alors s’il n’y aurait pas un médecin qui pourrait le conseiller ! De même, certains médecins voulant marquer leur rupture avec le vieux modèle paternaliste qui légitimait le mensonge, estiment qu’il faut tout dire au malade car il a le droit de tout savoir, oubliant qu’il a également le droit de ne pas savoir, ou pas tout, ou pas tout de suite.

Le modèle commercial du célèbre docteur Knock transforme le patient en “client” et parfois en “gogo”. Le patient est en effet le plus souvent une personne angoissée, facile à manipuler, ayant beaucoup de mal à apprécier la pertinence du soin proposé. Pour tenter de se rassurer, il peut activer des mécanismes psychologiques de défense plus ou moins archaïques ou culturels relevant de la pensée magique.

Finalement, beaucoup de patients en sont réduits à juger de la qualité sur le prix. Si c'est très cher, c'est sûrement que ça doit être mieux ! Certains médecins pratiquant la "patamédecine" et/ou demandant des honoraires extravagants abusent du caractère foncièrement asymétrique de la relation médecin/malade. Ce faisant, ils violent le serment d'Hippocrate qu'ils ont prêté.

Le modèle humaniste moderne est celui promu par l'éducation thérapeutique du patient, dans les maladies chroniques, celui d'un médecin compétent sur le plan biomédical mais aussi empathique, pédagogue et psychologue, facilitant l'expression du vécu émotionnel du patient, capable de l'écouter et de le comprendre pour pouvoir l'aider. Pour autant, il ne se transforme ni en "copain" du patient ni en simple "accompagnant" l'abandonnant à sa non observance au nom du respect de son autonomie et de la liberté de chacun de se traiter ou non. Ce serait oublier un peu facilement que l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique nécessitant un travail d'acceptation a pu briser au moins en partie l'autonomie du patient et que le devoir du médecin est de l'aider à la reconquérir.

A. Grimaldi déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

**André Grimaldi**

*Service de diabétologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.*

## AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef. Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier. La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données INIST-CNRS,
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.