

# Médecine, Santé et Société

La décision médicale et les modes de relations soignants-soignés

## I. La décision médicale : l'importance du diagnostic

Maladie = « état affectant le corps de l'individu »

- Réalité biologique : reconnaître une maladie de façon reproductible
    - Études épidémio
    - Stratégies de dépistage
    - Campagne de prévention
    - Traitement individuel
- ex : CIM 11, EBM

- La construction sociale : donner un sens à la maladie
  - Indépendante de la réalité biologique
  - Anthropologie : décrire des syndromes socialement construits

ex : crise de foie qui n'existe pas biologiquement et qui a donné la schoumologie , amok et psychiatrie transculturelle = délire meurtrier décrit en Malaisie au départ, « catégories causales » des maladies des Sénoufos (peuple d'Afrique de l'Ouest, société matriarcale) très complexes dont les cause sont majoritairement ethnologiques (ex : maladies liés à Dieu) et très peu sont liés à la cause naturelle.

- Réalité biologique et/ou construction sociales

Obj : se décentraliser de la seule perspective biomédicale

- Modèle d'Eliot Freidson :
    - théorie de l'étiquetage : la maladie est étiquetée par la profession médicale
    - Modèle pertinent pour décrire les maladies chroniques
    - profession médicale → institution de contrôle social = le médecin crée la maladie
  - Cnss du diagnostic :
    - la société doit reconnaître le malade comme tel
    - le malade doit adhérer à une organisation sociale « objective » (ALD, arrêt de travail, ...)
    - + « subjective » (représentations intimes, image de soi, vocabulaire utilisé, ..)
    - ex : études qui montrent que pour parler du kc, le vocabulaire est guerrier (Nixon « déclare la guerre au kc », il y a des campagne, arsenal thérapeutique, ..)
  - La maladie devient un système stable au sein duquel il existe un **mode de régulation des interactions sociales**. Un diagnostic peut influencer le comportement d'un indiv
- SPINOZA : puissance du collectif → l'Homme est premièrement collectif, il ne peut pas y avoir de collectif sans normes sociales / système de régulation intrinsèque au groupe (implicites ex : se faire la bise alors qu'en ce moment il ne faut pas !! ou explicites : État, règle de droit)

- Un diagnostic peut influencer le comportement d'un indiv
- Maladie chronique = expérience vécue
- Dimension signifiante = nouveau statut social = rupture par rapport au statut social antérieur
  - Rupture destructrice : statut social qui convenait très bien à l'indiv et il va devoir se penser diabétique par ex
  - Rupture libératrice : maladie va permettre de se libérer d'un statut social qui ne convenait pas du tout
  - La « maladie-profession » : devient le lieu même de l'identité sociale, personnes s'investissent dans la lutte vs la maladie = statut social principal

## **II. Les relations soignants-soignés**

Approche pratique : la communication

Approche psychologique : le « médecin remède » → c'est par sa communication avec le médecin que le patient va guérir, effet placebo

Approche sociologique :

- Ne se limite pas à une relation inter-personnelle
- Malades, entourage, groupes sociaux divers, membres d'une profession caractérisée par un statut spécifique
- Rapports inscrits dans les rapports structurels de la société globale
- Socio-anthropologie de la médecine : Importants efforts de théorisation aboutissant à des modèles très contrastés

### **II.A. Relation médecin-malade consensuelle fonctionnaliste (maladies aiguës)**

Talcott Parsons, 1951, The Social System : 1er sociologue qui s'intéresse à la place de la médecine et de la santé dans la société : Médecine = rouage nécessaire au fonctionnement de la société car elle peut en canaliser la déviance que constitue la maladie

Influencé par les maladies aiguës qui sont présentes ++ à ce moment là

Constats :

- Sociétés industrielles modernes : santé nécessaire au fonctionnement
- Maladie = rupture : déviance potentielle par rapport à l'ordre social car elle sort le patient du fonctionnement normal de la société

Perspective fonctionnaliste : la médecine joue un rôle de contrôle social bénéfique à l'ensemble de la société

### Médecin-Malade :

- attentes réciproques
- même but : la guérison = rendre la personne fonctionnelle
- Modèle simultanément asymétrique et consensuel

### Rôle du malade :

- Exemption des responsabilités habituelles
- Pas tenu pour responsable : droit à l'assistance
- Doit souhaiter aller mieux
- Doit chercher une aide compétente et doit coopérer

### Rôle du médecin :

- Compétence technique limitée à ce domaine : fonctionnellement spécifique
- Universalisme : orienté vers le bien être du patient et l'intérêt général

### Intérêt du modèle :

- Reconnaissance de la signification de la santé et de la maladie du point de vue sociétal
- Place centrale que la médecine occupait dans la société moderne (paternalisme)
- Fonction technique de la médecine mais aussi régulation sociale

### Critiques de ce modèle :

1. Caractère monolithique caractéristique des maladies aiguës :
  - Maladies chroniques et maintien dans la collectivité
  - Maladies incurables et remise en cause de l'objectif de guérison
2. Asymétrie des positions (Médecin / Malade) pour les patients :
  - Amélioration des compétences
  - Aug des exigences
  - Diminution de la docilité
  - Diminution de la coopération : 35 – 57% ne suivent pas les prescriptions
3. L'influence de la classe sociale
  - Classes populaires et travailleurs manuels : méfiance + grande
  - Psychiatrie
4. Remise en cause de « l'universalisme médical » :

T. MIZRAHI : les jeunes médecins acquièrent une socialisation anticipatrice d'une relation médecin-malade négative (malades « idéaux » VS malades « méprisés »)

## **II.B. Relation médecin-malade conflictuelle**

Eliot Freidson

Rencontre Médecin/Malade = divergence des perspectives et d'intérêts

- du PDV des med :
  - Un des nb groupes d'intérêts existants ( $\neq$  universalisme) : ex: jusqu'à quel point va-t-il mettre sa vie en danger pour soigner ? (question actuelle)
  - Intérêt personnel VS altruisme
  - Perçoit le malade selon les catégories de son savoir spécialisé : le patient a une demande et le med a une façon de la prendre en charge
- Du PDV du malade : perçoit sa maladie en fonction des exigences de sa vie quotidienne
- Pas de consensus a priori
- Culture professionnelle VS culture profane

Pluralité de configurations de l'interaction médecin-malade (3 modèles) :

- Activité / Passivité :
  - coma, anesthésie, traumatismes crâniens graves, pédiatrie et chirurgie
  - Statut social bas et maladies stigmatisées
- Coopération guidée : maladies aiguës, traumatismes simples
- Participation mutuelle : maladies chroniques et psychothérapies

Rôle du contexte organisationnel : l'influence du patient :

- Med généraliste → dep des patients, proche de la culture profane
- Med hospitalier → dep des collègues, proche de la culture professionnelle

## **II.C. Pluralité des modes de relation médecin-malade et importance de la négociation**

Pluralité des modalités : au delà du conflit.. la négociation pour l'éviter

Évolutions :

- transfert de compétences : patient 2.0
- Concept de malade « auto-soignant »
- Position + égalitaire du modèle de la négociation

Modèle de l'ordre négocié : Anselm STRAUSS → caractère paradigmatique :

- L'objectif à atteindre n'est pas pré-déterminé mais se constitue dans la négociation
- L'accord obtenu et l'ordre qui se met en place sur cette base ne sont jamais définitifs

Importance de la dimension temporelle :

- Processus dynamique, évolutif
- Observation de Patrick West : parents consultant en pédiatrie pour enfant épileptique .. Rôle actif des parents qui orientent les échanges à partir de la 3ème consultation → au début activité/passivité puis changement de la relation au cours du temps

Intérêts :

- Envisager la rencontre comme ouverte
- Pour autant, le médecin possède les compétences techniques et structure l'interaction

Relations hors du cadre thérapeutiques : Sociologues attentifs à la diversification des modes de relations contemporains !

Ex : med du sport, me du travail, ..

## **CONCLUSION :**

Concrètement : Pourquoi s'intéresser à l'anthropologie médicale ?

- Comprendre la signification de la maladie pour le patient
- Identifier les inquiétudes et les attentes
- Comprendre les comportements du patient
- Adapter l'information et les explications
- Créer une alliance thérapeutique en négociant un plan de prise en charge
- Suggérer des options de traitements supplémentaires