

La complexité de la relation médecin/malade : la rencontre patient âgé / médecin

BENAOUM Fatima zohra

Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Université de
Mascara, f.benaoum@univ-mascara.dz

Reçu le: 05 /10 /2022 ; Accepté le: 24 /11 /2022

The complexity of the doctor/patient relationship : the elderly patient/doctor encounter.

Abstract:

The objective of our work is to understand and analyze, from within, the construction of the elderly patient/doctor encounter during chronic illness.

This essential dimension in care work is often overlooked in the many studies having as their object the therapeutic relationship.

Yet it represents an essential element in the definition of the nature of the relationship between the protagonists. It is essential to produce a theory explaining how the layman meets the doctor (Stimpson G, Webb B, 1975).

This complex care situation is considered as a succession of interactions allowing the elderly patient to assess the quality of the services of the practitioner consulted.

The complexity of this care situation highlights different logics, maneuvers and practices of the protagonists, giving meaning to the doctor-patient relationship.

It is therefore necessary to analyze from the inside the context in which the patient meets the doctor.

Keywords: Therapeutic relationship; Old person; Treatment area; Evaluation process; Relational competence.

**الطابع المعقد لبناء العلاقة بين المريض المسن والطبيب : عملية بناء اللقاء
الملخص:**

تهدف دراستنا الى محاولة فهم وتفسير اهم العناصر المحددة لكيفية
بناء اللقاء بين المريض المسن والطبيب في حالة المرض المزمن. تعتبر
عملية بناء اللقاء بين هذين الفاعلين الاساسيين في الفضاء العلاجي،
بعدا أساسيا في بناء العلاقة العلاجية، وذلك بالرغم من تجاهله لدى
معظم الدراسات التي تناولت ميدان العملية العلاجية.

فمن الضروري دراسة محددات وضعية اللقاء بين المريض
والطبيب، اذ ان هاته الاخيرة تمكننا من الكشف عن طبيعة العلاقة التي
ترتبط بين هذين الفاعلين، الى جانب العناصر المعقدة التي تتدخل في
عملية التفاعل بين طرفي العلاقة.

يمكن تعريف هذه العملية المعقدة والتي تبنى على اساسها العلاقة
العلاجية، على انها تلك السلسلة من التفاعلات المتشابكة والتي تمكن
المريض المسن من انتاج عملية تقييمية لنوعية الخدمات الطبية وكفاءة
الطبيب الممارس. لذلك أصبح من الضروري تحليل وتفسير السياق
الذي يلتقي فيه المريض المسن بالطبيب.

Introduction

Cet article s'appuie sur les résultats d'une recherche effectuée dans le cadre d'un magistère en sociologie de la santé, traitant le thème de " la construction de la réputation du médecin chez les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique en Algérie »

L'objectif de notre travail est de comprendre et d'analyser, du dedans, la construction de la rencontre patiente âgé/ médecin au cours de la maladie chronique.

Cette dimension primordiale dans le travail de soins est souvent occultée dans les multiples études ayant comme objet la relation thérapeutique. Or, elle représente un élément incontournable dans la définition de la nature de la relation entre les protagonistes. Il est indispensable de produire une théorie expliquant comment le profane rencontre le médecin (Stimpson, G. Webb, B. 1975).

Cette situation de soins complexe, est envisagée comme une succession d'interactions permettant au patient âgé d'évaluer la qualité des prestations du praticien consulté.

La complexité de cette situation de soins met en exergue différentes logiques, manœuvres et pratiques des protagonistes, donnant sens aux rapports médecin-patient. Il est donc, nécessaire d'analyser de l'intérieur le contexte dans lequel le patient âgé rencontre le médecin.

A contrario de la conception médicale, la relation thérapeutique ne peut se construire uniquement autour d'un acte purement technique qui consiste à détecter la source du mal. Elle représente, pour le patient âgé, un espace d'échange émotionnel et cognitif de première importance.

Elle est loin d'être une rencontre limitée dans la durée et dans le temps. Elle est appréhendée comme une succession d'interactions complexes. C'est un espace de confrontation des attentes et des perceptions du médecin et du patient âgé. Ce dernier ne peut être appréhendé comme un consommateur passif de soins.

Or, le processus d'évaluation des prestations de soins montre bien que le patient âgé est un acteur incontournable dans la relation thérapeutique. Il donne sens à son expérience de soins tout en élaborant un travail d'observation et d'évaluation des « compétences » du médecin.

En effet, la rencontre médecin-patient âgé est un moment décisif dans la construction d'une opinion sur la qualité des prestations du praticien. Le patient âgé se réfère à son propre système de référence pour évaluer la rencontre. Dans cet espace particulier, la compétence du médecin peut être évaluée à partir des critères non- techniques. Ici, la qualité relationnelle du médecin est mise en valeur par le patient âgé.

Notre travail s'inscrit dans la perspective interactionniste (Strauss, A. 1992). Elle conforte nos observations centrées sur l'implication active et dynamique de la personne âgée dans son processus thérapeutique (recours aux soins, choix du médecin, évaluation des prestations thérapeutiques...etc).

Dans cette perspective, le patient est envisagé comme un acteur incontournable du travail médical, un agent réflexif, créatif, actif et non pas comme un objet passif soumis à des forces sociales sur lesquelles il n'aura pas de contrôle. (Strauss A, 1992).

Selon cet auteur, la coopération du patient dans le bon déroulement de l'activité médicale est fondamentale. La participation du patient aux soins fait partie intégrante du

travail médical. Elle aboutit à atténuer les tensions et les conflits existants entre les professionnels de la santé et les patients (Carricaburu, D. Menoret, M. 2004).

Nous privilégions l'approche qualitative (entretiens approfondis, répétés et observations). Nous précisons que l'observation permet la collecte des données concernant les comportements relativement spontanés et « naturels » des différents acteurs.

Notre population d'enquête concerne dix-huit personnes âgées entre 62 et 84 ans (9 femmes et 9 hommes) atteintes de maladies chroniques (hémiplégie, cardiopathie). Elle est issue de milieux sociaux et culturels diversifiés.

Notre travail d'enquête a duré plus de dix-huit mois. Il a débuté par une exploration du terrain qui a duré six mois et a été réalisé dans deux structures de soins, (le service de rééducation fonctionnelle au Centre Hospitalo-universitaire d'Oran et un cabinet médical privé de cardiologie).

Ces deux espaces différents nous ont permis d'établir le contact avec plusieurs patients âgés.

Le travail de terrain s'est poursuivi dans les espaces domestiques des enquêtés. La parole, dans cet espace, redevient plus " libre". Au total, dix-huit entretiens semi-directifs, approfondis et répétés, d'une durée moyenne de deux heures, ont été enregistrés (enregistrement sonore).

Ce dernier permet de capter d'une part le discours des enquêtés dans leur intégralité et d'autre part, de nous centrer sur l'observation de la personne interviewée. Les entretiens ont été retranscrits et puis traduits pour être en fin analysés.

En nous attachant aux personnes âgées, au-delà des aspects quantitatifs, nous avons tenté de comprendre leurs

histoires et le vécu de leurs maladies. Loin d'être appréhendée d'une façon réductrice, comme une charge pour la société, la personne âgée est aussi porteuse de compétences socio-sanitaires invisibles et peu reconnues (Pochet, P. 1997). Elle incarne l'autorité, la sagesse et le savoir.

En écoutant et observant ces personnes, nous avons pu noter qu'ils sont des producteurs de sens et d'interprétations concernant leurs maladies. Ils ont enfin, leurs propres jugements vis-à-vis des différents thérapeutes consultés.

S'intéresser à cette catégorie de patients, nous semble être une piste de recherche pertinente qui remet en question l'idée trop évidente que les personnes âgées seraient à la charge de la société.

En outre, notre intérêt pour la catégorie des personnes âgées est lié aussi, à l'accroissement important de cette population, qui a pu être noté récemment en Algérie.

Dans ce domaine, l'Office National des Statistiques (ONS) confirme que les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont été estimées à 2,2 millions en 2002 seront de l'ordre de 6,7 millions en 2030. C'est ce que révèlent les projections de population effectuées par l'ONS sur la période 2000-2030. (l'Office National des Statistiques. 2007). En conséquence, il est d'ores et déjà acquis que dès 2040, l'Algérie comptera plus de personnes âgées que de personnes moins de 20 ans.

Ce sont des éléments traduisant le début d'un vieillissement progressif de la population Algérienne. Nous avons opté pour des personnes âgées atteintes de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires). En effet, ces dernières constituent un réel problème de santé publique en Algérie. Il faut souligner que la prévalence de celles-ci augmente d'une manière sensible avec l'âge, notamment

auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, pour environ une personne sur deux (51%). (Office Nationale des Statistiques. 2007).

Le présent travail consiste à souligner, en premier lieu, l'importance des tensions produites au cours de la rencontre. Nous tentons de montrer comment les situations conflictuelles au cours de la rencontre peuvent être le produit d'un processus de refoulement de l'expression élaboré souvent par le médecin où la parole et l'information données par le patient âgé sont souvent occultées.

En deuxième et dernier lieu, nous abordons le processus d'évaluation de la rencontre. Durant cette dernière, un travail d'interprétation critique des gestes, des discours et des comportements du praticien est élaboré par le patient âgé. Une construction de jugement est opérée. La façon d'accueillir du médecin ainsi que l'espace de la rencontre sont des éléments déterminants dans le processus d'évaluation élaboré par le patient âgé.

Les tensions au cours de la rencontre :

Le travail de soins est souvent l'objet de tensions, de conflits et de multiples non-dits qui ne semblent pas être oubliés par les patients âgés. L'expression du conflit relatif à l'accès à l'information sous-tend, selon (Freidson, E. 1984), toute interaction entre médecin et patient. (Tain, L. 2003).

L'absence d'une relation d'échange entre patient âgé et médecin peut être à l'origine de tension entre les protagonistes. Les exigences du patient en matière d'informations peuvent provoquer une réticence du médecin.

L'importance de la focalisation des recherches sur l'information du malade tend à renforcer la médecine dans une culture de dire et de faire, en oubliant que même dans l'annonce le malade sait

quelque chose de lui-même que le médecin pourrait entendre. (Soussan, M L. 2005).

L'occultation de la parole et les informations données par le patient âgé peut être à l'origine d'une réaction violente de la part de celui-ci.

Quand la consultation se présente comme un processus de refoulement de l'expression (Mebtoul, M. 1994), toute tentative de négociation du patient âgé va être à l'origine d'une situation conflictuelle avec le médecin. Elhadj Saïd est âgé de 82 ans. Il nous décrit une violente dispute avec un médecin n'acceptant pas de lui changer un traitement :

« Je n'aime pas trop les injections et en plus je ne peux pas me déplacer chaque jour au dispensaire pour les faire. Alors j'ai demandé gentiment au médecin de me les changer en comprimés. Il a réagi très violemment à ma demande. Il a jeté le stylo de sa main et il s'est levé de sa chaise et il m'a dit « ...Venez Elhadj, venez-vous mettre à ma place, puisque vous voulez intervenir dans mon travail... ». Je me suis énervé et je lui ai répondu qu'il manquait de politesse. C'était une très grande dispute... ».

Dans la perception médicale, le patient est considéré comme incompétent et passif.

Il a surtout le devoir de suivre les prescriptions médicales. Or, les malades chroniques, de par leur expérience, leur savoir et leur éducation, deviennent des partenaires difficiles des médecins. (Déchamp-Le Roux, C. 2002).

La rencontre médecin-patient âgé est un moment décisif dans la construction d'une opinion sur la qualité des prestations du praticien. Le patient âgé se réfère à son propre système de référence pour évaluer la rencontre. Dans cet espace particulier, la compétence du médecin peut être évaluée à partir des critères non- techniques. Ici, la qualité relationnelle du médecin est mise en valeur par le patient âgé.

L'évaluation de la rencontre : la production de jugements :

La rencontre médecin- patient met en exergue l'élaboration d'un processus de construction de jugements concernant les services thérapeutiques reçus. Ce dernier implique un travail d'interprétation et de redéfinition des actes, des gestes et des comportements du praticien. Le patient âgé a sa « propre façon » d'évaluer la qualité des soins médicaux.

L'accueil est une démarche qui va vers celui qui demande ; c'est une disponibilité et la conscience de devoir s'adapter à chaque cas forcément différent du précédent. C'est l'état d'esprit d'un homme ou d'une femme qui donne de soi-même, sans gloire, inlassablement, quel que soit son niveau dans la hiérarchie. (Junot, C. 1992). L'accueil est un élément central dans le processus de construction des jugements.

L'accueil : un acte social

La responsabilité du médecin dans la relation médecin-malade est non seulement verbale, mais aussi gestuelle et comportementale (Hervé, C. 2002).

Durant la consultation, un travail d'interprétation critique des gestes, des discours et des comportements du praticien est opéré par le patient âgé. La première visite à un médecin est souvent expérimentale, il s'agit d'un essai. (Freidson, E. 1970). En effet, la première rencontre avec le praticien est perçue par le patient âgé comme une situation de soins lui permettant « d'essayer » et de « tester » la qualité de la prestation.

La première appréciation portée par le patient sur le fonctionnement de la structure de soins va être focalisée sur la façon dont il a été accueilli par les professionnels de la santé. C'est bien la dimension sociale qui lui permet de construire son rapport avec les différents praticiens consultés (Mehtoul, M. Berriche, A. Grangaud, J P. 1997).

Le comportement du médecin est analysé et décrypté par le patient âgé. La façon d'accueillir du médecin est un élément déterminant de sa compétence. Elhadj Mohamed est âgé de 83 ans :

*« ...Déjà, quand je suis
entré chez lui, il m'a souri au
visage. Il accueille bien ses
malades. Même...Il était
fatigué...Parce que j'étais le
dernier malade à passer. C'est sûr
qu'il était très fatigué. Tu ne peux
pas imaginer le nombre de malades
qu'il a consulté. Mais quand même
il m'a bien reçu. Il m'a demandé de
lui bien expliquer de quoi je
souffrais. Il m'écoutait vraiment et*

*il notait ce que je disais sur un
registre... ».*

La qualité d'écoute du médecin est un élément crucial dans l'évaluation de la prestation thérapeutique. Elle représente une dimension importante du travail de soins. Elle est perçue comme prioritaire dans l'acte médical.

Le patient âgé n'hésite pas à construire un rapport critique à l'égard de l'examen clinique. Ce dernier est désigné par le patient, sous le terme de « *la visite* ». Cette dernière est envisagée dans sa dimension sociale et relationnelle. L'examen est qualifié de « *parfait* » quand le médecin examine l'état de l'ensemble des organes du corps du patient âgé. « *La vraie visite* » est celle qui prend en compte le corps dans sa totalité.

Le processus d'évaluation de la rencontre met en évidence la prégnance de la dimension spatiale et temporelle de l'interaction médecin-patient âgé. L'espace et la durée de la rencontre vont être des indicateurs de première importance dans le processus d'évaluation par le patient âgé.

L'espace de rencontre :

L'accueil est appréhendé par les patients âgés dans ses dimensions spatiales et temporelles. Chaque détail de l'espace de la rencontre est observé et redéfini par le patient âgé. Celui-ci, met l'accent sur la présentation de l'espace de consultation. Ce dernier est important dans l'élaboration du jugement concernant la qualité de la prestation. La salubrité de l'espace de consultation fait l'objet d'une critique sociale des patients.

L'organisation de l'espace peut être révélatrice de la qualité de la prestation du médecin. Elle est mise en valeur par le patient âgé. Un espace bien organisé est un élément primordial pour la

construction d'une image positive du médecin consulté. Une hiérarchisation des espaces sanitaires est opérée dans le processus d'évaluation du patient âgé. Ce dernier privilégie souvent les espaces de santé privés où il estime être bien reçu généralement. C'est un espace caractérisé par la disponibilité du médecin, et « une bonne prise en charge » du patient. Les structures publiques de soins sont fréquemment étiquetées par le patient comme des espaces de soins banalisés caractérisés par une pénurie de moyens et un flou organisationnel perturbant de façon prégnante, l'activité médicale.

Elles sont perçues comme des territoires anonymes qui rejettent plus qu'ils n'accueillent les patients anonymes désorientés, angoissés et inquiets, soumis à une indignité sanitaire que seuls les malades détenteurs d'un capital relationnel auront le privilège d'ignorer, en pouvant se soigner rapidement et dans la dignité. (Mebtoul, M. 2005).

Le capital relationnel est une ressource stratégique permettant au patient âgé de s'approprier des services de santé dans la rapidité et la dignité.

Avoir du capital relationnel, c'est se fier et accorder toute sa confiance à des médiateurs privilégiés qui ont la possibilité d'agir et d'intervenir pour résoudre un problème sanitaire donné. (Mebtoul, M. 2008).

Les discours des patients âgés sont donc d'abord des appels à la médiation symbolique. Cette médiation n'est pas concrète. Elle ne se présente pas comme une demande d'argent ou de transmission de réclamation au pouvoir, hospitalier ou étatique.

Elle proteste d'une indignité proférée au nom de la dignité des malades et du malade. La dignité en société consiste à être reconnue, traité courtoisement, recevoir des réponses à ses

questions ou appels, être inséré harmonieusement dans le contexte et le lieu. (Hours, B. 2001).

Conclusion

La qualité de la prestation médicale est construite socialement. L'acte médical ne peut être un acte routinier, banal qui consiste à définir l'origine du mal sur le plan organique. Il est défini par le patient âgé comme un acte social.

Au cours de la rencontre médecin- patient âgé, le praticien est amené à mettre en œuvre différentes compétences (relationnelles, techniques...etc.) pour assurer les différentes dimensions de son travail. Celles-ci font l'objet d'une évaluation assurée par les patients âgés. Cette évaluation va déterminer, chez la personne âgée, la décision de continuer ou non la relation avec le médecin consulté.

Les compétences du praticien sont évaluées dans leur dimension relationnelle et sociale. La façon d'accueillir, l'écoute et le respect du patient âgé vont être des critères centraux dans le processus d'évaluation du patient âgé. Soigner signifie une qualité d'écoute et de présence humaine. (Freys, G. 2003).

L'évaluation et l'appréciation des différentes compétences mises en œuvre par le médecin, détermine en partie la posture du patient âgé à l'égard du praticien consulté.

La situation de rencontre entre le patient âgé et le médecin, étant une succession d'interactions, met en exergue la complexité des logiques profanes pouvant construire l'évaluation de la qualité des soins. Ces logiques ne peuvent pas être négligeables ; elles sont au cœur de la construction du rapport patient âgé-médecin.

Le patient âgé n'est pas ce simple consommateur de soins fragile, passif ; c'est un acteur incontournable dans le système de soins, qui peut évaluer, juger et critiquer la qualité de la prestation médicale, tout en se référant à son expérience sociale antérieure de la maladie et des soins.

Bibliographie

Benaoum, F Z. (2008). « Personnes âgées et recours aux soins : l'élaboration de la décision profane dans la maladie chronique. Journal Algérien de Médecine (JAM). Volume 16, N°03. Mai- juin.

Benaoum, FZ. (2010). La construction de la réputation du médecin chez les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique. Thèse de Magister pour l'obtention du diplôme de Magister en sociologie de la santé. L'Université d'Oran.

Beanoum, FZ. (2011). « Les sens attribués au « traitement » médical par les personnes âgées atteintes de maladies chroniques en Algérie ». Colloque annuel de l'Institut Américain d'Etudes Maghrébines : La santé publique et la politique de la santé au Maghreb. Exploration des questions actuelles et des nouvelles priorités. 17-20 juin. Tunis, Tunisie.

Carricaburu, D. Menoret, M. (2004). Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies. Paris : Armon Colin.

Déchamp-Le Roux, C. (2002). L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale : L'Harmattan.

Freys, G. (2003). L'obligation faite au médecin. Strasbourg : Presse Universitaire.

Friedson, E. (1984). La profession médicale. Paris : Payot.

Friedson, E. (1970). « Influence du client sur l'exercice de la médecine ». In Herzlich, C (S.dir). Médecine maladie et société : Mouton.

Junot, C. (1993). « Le point de vue du malade ». In Dominique et Christiane Jolly (S.dir). Malade ou client. Paris : Economica.

Mebtoul, M. Berriche, A. Grangaud, JP. (1997). « Significations du pluralisme thérapeutique dans la société Algérienne ». In Abou, S. Haddad, K. (S.dir). La diversité linguistique et culturelle et les enjeux du développement, Paris : AUPELF-UREF.

Mebtoul, M. (2005). Médecins et patients en Algérie. Oran : Dar El Gharb.

Mebtoul, M. (1994). Une anthropologie de la proximité les professionnels de la santé en Algérie. Paris : L'Harmattan.

Mebtoul, M. (2008). « Fonctionnement familial et décision de recours aux soins ». Congrès international de Psychiatrie : Psychiatrie, addictions, psychotropes. Oran. 14-15 mai.

Office National des Statistiques ONS. (2007). « Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille EASF 2002 : analyses approfondies ». Alger. Juin.

Office Nationale des Statistiques ONS. (2007). « Dé globalisation de la politique et des programmes de population : quelques indicateurs de suivi et d'évaluation, enquête algérienne sur la santé de la famille ».

Pochet, P. (1997). Les personnes âgées. Paris : La Découverte.

Soussan, ML. (2005). « Les soins palliatifs face aux formes actuelles de l'information médicale ». In Chauvin, P. Parizot, I. Revet, S. (S.dir). Santé et expériences de soins, de l'individu à l'environnement social : INSERM.

Stimpson, G. Webb, B. (1975). Going to see the doctor: the consultation process in general practice. London: Routledge and Kegan Paul.

Strauss, A. (1992). La trame de la négociation, sociologie et interactionnisme, textes présentés par Baszanger. Paris : L'Harmattan.

Tain, L. (2003). « L'envers des mots et les enjeux des coros: les ambiguïtés de la coopération entre médecins et patients ». In Cresson, G. Drulhe, M. Schweyer, FX. (S.dir). Coopération conflit et concurrences dans le système de santé : l'Ecole Nationale de La Santé Publique.

Hours, B. (2002). « Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie ». Sciences sociales et santé. Volume 20. N°2.