

# La relation de soin

**La relation de soin a de multiples dimensions** : psychologique, morale/éthique, sociale, économique, juridique

- **Les références hippocratiques de la relation médecin-malade**

**Le colloque singulier** : relation pensée entre deux personnes (le malade et le médecin) avec des **règles déontologiques** (forme de morale avec une notion de devoir du médecin vis-à-vis des ses pairs et de ses patients)

**D'abord ne pas nuire** : objectif premier du médecin envers le patient

Morale retrouvée dans **le serment d'Hippocrate**

- **Ethique médicale et bioéthique**

**Beauchamp et Childress, 1984** : l'éthique médicale peut être pensée à partir de quatre grands principes

- **Le principe d'autonomie** : le malade décide ce qu'il veut pour lui-même
- **Le principe de bienfaisance** : on doit agir pour le bien du malade...
- **Le principe de non malfaisance** : ...en considérant les effets indésirables pour arriver à ce bien
- **Le principe de justice** : concerne la répartition des soins entre malades (cf. systèmes de santé)

- **La philosophie de Georges Canguilhem**

**La relation médecin/malade commence avec la souffrance du malade** (souffrance subjective)

**Le médecin est non pas « au service de la vie » mais « au service de la vie de son patient »**

**La vie comme subjectivité** : capacité de l'homme à produire ses propres normes de vie

**Relation médecin-malade fondé sur la notion de clinique** : relation directe entre le médecin et le malade

La maladie est considérée comme un tout à travers l'individu malade. Le médecin doit faire le lien entre le symptôme biologique et les normes de vie du malade : notion d' « art médical »

## **Les causes de difficulté du modèle canguilhemien de nos jours**

- **La perte de centralité de la clinique** : nombreux éléments externes à la relation médecin-malade (imagerie médicale, prélèvement, ...)
  - **Le passage de la médecine de la maladie à la médecine de la santé** (médecine de dépistage)
  - **Le souci de l'individualité** (production subjective de normes de vie) **et la médecine des populations**
- ⇒ **Peut-on concilier Science et Sujet ?** : ces éléments ne sont jamais conformes

- **Le modèle paternaliste de T. Parsons**

Le malade s'en remet au médecin qui est **dépositaire d'un savoir médical**

Relation d'autorité : le bon patient « se laisse faire », pas de relation médecin/malade

⇒ Dissymétrie entre le médecin et ses patients avérée et nécessaire

L'intérêt de l'individu est d'abord l'intérêt de la société

2 rôles sociaux plus que 2 individus

**Le rôle du malade :**

- L'exemption des responsabilités individuelles
- Le malade n'est pas tenu pour responsable de son état
- L'obligation de souhaiter aller mieux
- L'obligation de rechercher de l'aide et coopérer

Les motivations déviantes : être malade pour bénéficier de ses rôles

La médecine est une **procédure de socialisation** : la maladie désocialise, la médecine resocialise

L'hôpital est un lieu qui doit motiver le malade à guérir (resocialisation)

C'est en adoptant le rôle de malade que l'individu malade parvient à la guérison

**Les variations du rôle du malade selon :**

- **La stratification sociale** : plus on est bas dans la hiérarchie, plus on attend pour se soigner
- **L'appartenance ethnique** : différent rapport à la douleur selon la culture
- **Le sexe / le genre** : les femmes sont plus robustes que les hommes mais elles sont plus malades (car elles acceptent plus facilement le rôle de malade)