



TUTORAT UE 7 2015-2016

CORRECTION QR - Concours blanc n°2

29, 30 avril et 02 mai 2016

Une médecine de la communication :

Le mot de médecine possède la même racine que celui de médiation. On comprend donc que l'art de la médecine introduit le rapport à du *tiers*. Mais, entre la référence fondatrice à la clinique d'Hippocrate et l'organisation de nos sociétés actuelles, guidées par la notion de risque comment définir cette médiation ? Renvoie-t-elle à une communication qui *se cherche*, où la médecine s'éprouve comme un art de la compréhension de l'autre, ou à une communication qui, sûre de l'universalité de ses « messages », *ordonne* ? Entre *délivrer* un traitement et aider autrui à *se délivrer* d'une souffrance, les différentes formes de communication peuvent être vues d'abord comme des outils au service de la médecine, mais également comme une forme de médecine à part entière.

L'État se reconnaît la responsabilité d'assurer la santé de sa population d'abord par des mesures collectives. Les campagnes de prévention et de promotion de la santé utilisent des outils de communication afin de transmettre des messages de santé publique à la collectivité. Cependant, l'adaptation du message et de son support (affiches, publicités télévisées..) selon les populations ciblées est nécessaire afin de ne pas augmenter les inégalités sociales de santé. En effet, des études montrent que l'impact des actions de santé varie en fonction des groupes sociaux. Ceci peut conduire à une stigmatisation et une culpabilisation des personnes adoptant un comportement dit « à risque ». À tel point que l'on pourrait se demander si la volonté de communication des politiques envers les citoyens n'est pas une démarche qui cherche à « déguiser » l'imposition d'une norme. Afin de justifier les actions et de contrôler leurs résultats, une surveillance de l'état de santé de la population est mise en place. Cette transmission d'informations vers les plus hautes instances de santé publique (InVS, OMS) est permise grâce à la participation des différents acteurs du système de soin. Les professionnels sont logiquement impliqués avec les MDO et les réseaux sentinelles, mais les individus aussi sont mis à contribution (Grippnet). Un échange entre l'individu et la société est primordial pour que la médecine collective ne devienne pas inhumaine. Dans cette optique, la démocratie sanitaire augmente le contrôle des individus sur la santé en général (médecine de l'*empowerment*). Tous les acteurs qui le souhaitent peuvent participer aux débats publics afin de co-construire des politiques valables, établies de façon transparente (CNS). L'individu peut légitimement exposer son point de vue mais pour que les débats soient constructifs, il doit avoir accès à un certain savoir. L'échange se retrouve également au sein de la relation médecin-malade puisque, aussi obscur que cela puisse lui apparaître, celui-ci cherche à dire – et le cas échéant à *communiquer* à celui-là – ce qui lui advient avec la maladie : il y a du *logos* dans le *pathos* (Canguilhem repris par Worms). Dans le modèle paternaliste décrit par Parsons, on retrouve bien une forme de communication, mais celle-ci se limite au registre spécifique de la maladie. À l'ère des

maladies chroniques, notamment par les enjeux qualité de vie, l'individu malade a tendance à être considéré dans sa globalité, avec sa subjectivité propre. Pour que cette relation fonctionne, il est nécessaire qu'elle se fasse dans la confiance. Confiance permise d'abord par la délivrance d'une information claire, loyale et appropriée conditionnant un consentement libre et éclairé (Kouchner 2002). La reconnaissance de la capacité d'expression de l'individu ne constituerait-elle pas elle-même une forme de thérapeutique ?

En effet, la maladie met en exergue la vulnérabilité humaine. D'ailleurs, le médecin est d'abord vu comme un exécuté par le patient avant d'être accepté comme réparateur. Les relations intersubjectives permettent de forger une estime de soi que l'événement de la maladie vient mettre en question, voire menacer. Avec les maladies chroniques beaucoup de paramètres, autres que la guérison, entrent en jeu notamment les questions de qualité de vie. Le professionnel ou plutôt l'équipe soignante (accompagnement pluridisciplinaire prôné par la loi HPST de 2009) doit prendre en compte les besoins du patient pour co-construire un parcours de soin qui lui permettra de dégager une nouvelle « allure de la vie » (Canguilhem) qui, conditionnée par la pathologie, lui apparaisse néanmoins comme *désirable*. Cependant, malgré une relation de confiance, le patient ne parle pas toujours librement à l'équipe soignante. Partager avec des pairs permet de se sentir reconnu dans un groupe qui l'intègre et le comprend (théories du *care*). Cela peut aussi permettre de découvrir des moyens d'intégrer au mieux sa pathologie dans sa vie quotidienne (adaptabilité). Ce partage ne se fait pas exclusivement dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. Le développement de l'e-médecine et des forums sur internet permet à l'individu de se forger un savoir expérientiel. Mais il se peut que l'interaction intersubjective soit limitée. En effet, dans le cadre de la dépendance ou de la fin de vie, certaines personnes ne peuvent pas répondre. Les égards témoignés au malade, cette éthique du souvenir, permettent de conserver le lien social et, ainsi, continuer à reconnaître en l'autre le sujet autonome qu'il fut. Les décisions médicales prises lorsque le patient n'est plus en état de donner son avis se basent sur une réflexion collégiale à l'issue de RCP. Le médecin est à l'écoute des proches de l'individu, tient compte des directives anticipées, lorsque celles-ci existent, en plus de l'avis pluridisciplinaire de l'équipe soignante. En effet, la médecine s'opère notamment par la communication interprofessionnelle. Une véritable éthique de la discussion se met en place afin de trouver la meilleure solution qui tente de respecter les principes bioéthiques sans trahir le patient. Trop de sollicitude ne risque-t-elle pas d'empêcher l'épanouissement du sujet, son indépendance (Loi Léonetti contre l'acharnement thérapeutique)? À l'inverse, sans communication, le risque de réification du sujet face à l'hypertechnicité de la médecine n'est pas négligeable. Trouver le juste équilibre, là est le véritable enjeu des théories du *care* et de l'art médical.