L’éducation thérapeutique du médecin par la relation malade/médecin, notamment dans le domaine de la « toxicomanie ».

Prescripteur (psychoactif.org)

Etant modérateur (et médecin retraité) sur un forum dans le domaine social et sanitaire, je suis souvent confronté, comme les autres modérateurs, à des questions sur des « mauvaises prescriptions médicales ». Il n’est évidemment pas question de « corriger » ces prescriptions. Tout au plus peux-t-on renvoyer à des sites Internet sur les maladies et problèmes concernés.
Mais ce qu’on constate presque toujours est qu’il existe une relation de mauvaise qualité entre le malade et son (ou ses) médecin. Nos conseils portent donc surtout sur les moyens d’améliorer cette relation. Si cette amélioration peut bénéficier au médecin, elle est surtout indispensable pour le patient. L’effet thérapeutique dans de nombreuses maladies a été clairement relié à la qualité de cette relation. D’où la genèse de ce texte, afin de donner une base de départ à nos conseils.

Nous nous centrerons pour cela sur la notion d’alliance thérapeutique.
https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758
Une bibliographie http://ireps.oxatis.com/Files/93216/142081495446993.pdf
http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf

L’alliance thérapeutique est un concept qui a de l’âge. Il a d’abord été défini par Sigmund Freud en 1913. Pour lui, ce terme signifiait un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permettait de développer avec le client une communauté d’intérêts et une obligation réciproque.

Toutefois ce texte très bienveillant comporte de façon subtile une relation d’asymétrie. On parle de relation soignant soigné mais pas le contraire. Sur internet on trouve en général le terme de relation médecin malade mais rarement le contraire, que je salue.
https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/
Nb= ici le terme « médecin » peut s’appliquer à tout professionnel de santé, dans le contexte de ses conditions spécifiques d’exercice.

C’est assez compréhensible car si on peut demander au professionnel de santé de modifier ses comportements, on ne peut pas **l’exiger** du patient. Toutefois le comportement du patient peut fortement impacter la qualité de la relation, comme dans tout dialogue. Et l’interêt bien compris du patient est donc de faire des efforts, de son côté, pour améliorer la relation avec son ou ses soignants. Même s’il a l’impression que le soignant n’est pas initialement très répondeur, ces efforts sont à même, plus tard, d’améliorer sa prise en charge et l’efficacité thérapeutique sur ses problèmes de santé.

C’est pourquoi nous allons developper ici la relation patient médecin ou malade médecin. Certaines affirmations sembleront « paradoxales » et pourraient être interprêtées comme irrespectueuses vis à vis des patients ou des médecins. Mais je vous demande de ne pas réagir de façon trop rapide et de considérer qu’elles sont inspirées par la bienveillance. Toutefois n’excluez pas les traits d’humour qui pourraient s’y nicher.

Ce texte sera surtout centré sur la notion d’éducation thérapeutique du médecin qui fait pendant à celle plus classique d’éducation thérapeutique du patient. Il parlera donc du rôle pédagogique que le patient pourra exercer auprès de son soignant pour améliorer leur relation

*L’**éducation thérapeutique du patient** (ETP) s’entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l’affection qui le touche, sur la base d’actions intégrées au projet de soins.* (Wikipedia)

Les bases de la relation médecin malade (donc dans le sens classique) doivent être connues et sont bien expliquées dans le texte suivant.

https://medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf

Toutefois certaines affirmations doivent être complétées , à mon avis, surtout dans le domaine de la « toxicomanie ». (les citations de la référence précèdente sont données en italique)

En effet, c'est un domaine souvent mal maîtrisé par les médecins (même parfois les spécialistes) et d'autre part les professionnels de santé sont, comme beaucoup de citoyens, victimes de préjugés et d'erreurs cognitives concernant la consommation de psychotropes.

L'usager a donc un rôle éducatif important vis à vis des médecins, mais qu'il doit assumer avec finesse, car les résistances à l'éducation "thérapeutique" sont ici fortes, d'autant que le rôle traditionnel tend à dévaloriser les connaissances et les enseignements venant du patient, parfois vu comme « déviant ».
Le positionnement du médecin comme "sachant" l'empêche souvent de profiter des efforts éducatifs qui lui sont prodigués.

Quelques exemples sont donnés ci dessous mais évidemment ce n'est qu'une ébauche qui mérite d'être complétée.

1.3 : L’EMPATHIE La relation médecin/malade reste d’un domaine très original et ne ressemble à aucun autre type de relation. Le médecin doit apprendre l’empathie c’est-à-dire la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis du patient, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations inter humaines habituelles c'est-à-dire de sympathie ou d’antipathie. Dans ce contexte le médecin doit être à l’écoute du patient, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique que lui pose le patient, en respectant son avis, et sans exercer trop de pression pour faire valoir un point de vue ou une conduite à tenir refusée par le patient. Chaque patient a une personnalité différente à laquelle le médecin doit s’adapter dans la relation médicale qu’il établit à partir de la demande exprimée par le patient.

Que l’on peut réecrire ainsi
1.3 : L’EMPATHIE La relation malade/médecin reste d’un domaine très original et ne ressemble à aucun autre type de relation.
Le malade doit apprendre l’empathie c’est-à-dire la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis du médecin, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations inter humaines habituelles c'est-à-dire de sympathie ou d’antipathie.
Dans ce contexte le malade doit être à l’écoute du médecin, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique qu’il vient exposer, en respectant son avis, et sans exercer trop de pression pour faire valoir son point de vue qui peut êtrer refusé par le médecin. Chaque médecin a une personnalité différente à laquelle le patient doit s’adapter dans la relation médicale qu’il établit à partir de sa demande.

Il ne s’agit pas ici d’inverser les rôles par jeu. L’inversion des rôles a des bases tout à fait sérieuses.

Le médecin est un homme comme un autre, il a donc des aspirations (à être un bon professionnel) , des peurs (de mal faire, de ne pas être à la hauteur de la situation) , un rôle social, donc une « face » à protéger mais surtout une perception « d’obligations et de responsabilités » que lui confie la société et qu’il est censé respecter au mieux.
Bien sûr le code de déontologie lui impose des normes de comportement mais surtout la société attend de lui qu’il soit efficace, protecteur, empathique, et qu’il combatte non seulement la maladie mais aussi le « mal » (souffrance, vice, criminalité etc..).
Parfois même le médecin est plus demandeur d’une « guérison » que le patient lui même.
Ce sont en fait des problématiques associées à tout exercice professionnel mais, en matière de santé, elles sont probablement plus importantes encore.
Ce qui caractérise aussi la relation de soins est l’importance relative donnée au don, opposée à celle du contrat civil.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/millet_pascal/don_accompagnement/don_accompagnement.html

D’ailleurs la référence liste les aptitudes que l’on demandera au médecin de mettre en œuvre, où d’ailleurs je regrette l’absence de la bienveillance.

3. Aptitudes personnelles Ce sont des qualités propres à chaque individu qui lui permettront de réaliser une activité avec plus ou moins d 'aisance et de réussite. Ces aptitudes peuvent se cultiver et se développer lors du processus de formation.
Adaptabilité – Souplesse : Adapter son comportement aux spécificités du patient, de la maladie, de l'entourage.
Confiance en soi : Tolérance à l'incertitude et au doute.
Confidentialité : Ne pas utiliser les informations en dehors de leurs destinataires.
Connaissance de soi – réalisme : Bien identifier le champ de sa compétence, Etre conscient de ses limites.
Diplomatie : Trouver des compromis acceptables.
Disponibilité – Accessibilité : Assumer une écoute personnalisée.
Maîtrise de soi - juste distance : Maîtriser en toutes circonstances ses réactions, ses émotions.
Rigueur : Appliquer systématiquement et correctement les procédures.
Sens critique : Savoir se remettre en question. Sens des responsabilités –
Autonomie : Avoir conscience des implications de ses actes pour autrui

Bien entendu le patient pourra encourager ces qualités chez le médecin, notamment en les cultivant chez lui et en les mettant à l’oeuvre dans ses relations avec les soignants.

Donc à chaque consultation le médecin va examiner la demande du patient mais dans le contexte général de ce rôle professionnel. Et , là, le « toxicomane » a la capacité de le déstabiliser pour plusieurs raisons.

La « toxicomanie » a la réputation d’être difficile à comprendre et à connaître, d’être difficilement curable, d’enchainer celui qu’elle atteint, de mener au mensonge et à la manipulation et de représenter, le plus souvent, une prise en charge difficile et souvent sans espoir.
Enfin les lois qui répriment la toxicomanie peuvent se retourner contre un médecin « trop complaisant », dans un contexte général de vigilance pesante sur ses prescriptions de la part des financeurs.

Certaines de ces préoccupations, sinon toutes, sont en effet réelles et présentes.

La toxicomanie est difficile à comprendre et à connaître pour la plupart des médecins, car leur formation initiale et continue sur ces sujets est souvent insuffisante. De plus elle est orientée. Le médecin aura peut etre des connaissances sur les risques cardiaques de la cocaine mais probablement aucune formation sur ses effets recherchés et le « pourquoi » de sa consommation. Il pourra donc prendre en charge ces complications cardiaques et conseiller l'abstinence mais s'il n'a pas une formation spécifique c'est tout ce qu'il pourra apporter au consommateur.

Le mensonge et la manipulation sont souvent les derniers recours des usagers pour échapper à un sevrage douloureux ou à une atteinte abusive à sa liberté. Et ils les utilisent à contre coeur.

La consommation est souvent au long cours et ne se « guérit » pas instantanément par une prescription simple et au moment choisi par la famille, la société ou le médecin. C'est donc une « longue histoire » dont le patient a la clé, bien plus que le médecin.

Enfin les risques juridiques sont bien réels.

Face à cette problématique l'usager pourra éduquer le médecin point par point.

D'abord il pourra apporter sa connaissance du produit et de tout ce qui entoure le produit. Il y a toutefois deux écueils.

Le premier est que l'usager n'est pas toujours un expert. Si c'est un débutant, ses connaissances seront peut être limitées voire erronées. C'est pourquoi le mouvement de la Réduction des Risques essaie d'élever le niveau de connaissances des usagers, ce qui leur permet en particulier d'améliorer leus performances pédagogiques auprès de leur entourage et de leurs soignants. L'usager pourra, par exemple, consulter des publications ou des sites spécialisés, des sites d'usagers comme Psychoactif (psychoactif.org), ASUD ou psychonaut ou des sites étrangers s'il lit l'anglais.ou des sites « officiels » qui sont souvent plus dans l'information négative que positive.
Le deuxième est que le médecin pourra développer une résistance aux efforts pédagogiques soit par manque d'interêt, soit par idéologie, soit par manque de confiance dans les compétences de son patient. Nb= On distingue la reactance, qui est une opposition directe et verbalisée, de la résistance qui est une opposition cachée et qui agit par « sabotage ».

Néanmoins l'apport d'informations pourra mettre en lumière les problèmes de compréhension mutuelle, facteurs de bloquages ou de conflits.

Pour le mensonge et la manipulation, la pédagogie pourra faire appel au concept important de « meta-communication », c'est à dire la communication sur la communication.

Ainsi,l'usager expliquera au médecin pourquoi le mensonge est souvent un dernier recours face à une possibilité d'abus et pourquoi, dans la relation de confiance qu'il compte installer (l'alliance thérapeutique) **le mensonge et la manipulation n'ont pas lieu d'exister.**
Cette meta-communication peut aussi limiter les craintes sur les conséquences juridiques à leur réalité objective.

Enfin , sur l' »incurabilité » la pédagogie portera sur le démontage des fantasmes de « maladie » et de « guérison » qui affectent négativement la relation thérapeutique.
La consommation de substances psychotropes est elle une « maladie » ? Pour l'alcool à doses raisonnables la réponse « publique » répond en général non. Pour la tabac ce n'est pas une maladie en soi mais ça peut entrainer des maladies. Il en est un peu de même pour toutes les substances.

Mais la consommation de certaines est officiellement qualifiée de « maladie », bien que ce soit relativement fluctuant dans l'Histoire. Et s'il n'y a pas de « maladie » il n'y a pas de « guérison ». Le mieux placé pour en juger est évidemment l'usager lui même et dans ce sens, il expliquera au médecin les limites de sa demande et pourquoi il ne demande pas que ces limites soient franchies. Il lui expliquera que c'est lui qui détient les clefs de son destin et que le médecin ne peut, s'il cherche à lui voler ces clefs, que jouer aux apprentis sorciers.

La pédagogie devra donc s'appuyer sur des techniques éprouvées et au premier chef sur l'écoute. Mais d'autres aspects sont aussi évoqués ci dessous.

. 2 . ECOUTER BEAUCOUP, EXPLIQUER BEAUCOUP : La relation médecin/malade est exigeante et nécessite de plus en plus d'écoute et de capacités pédagogiques des praticiens. L'écoute objective et empathique permet au mieux de faire des diagnostics et même le début de la prise en charge thérapeutique. Les explications que le praticien donne au patient doivent être de plus en plus travaillées, de plus en plus pertinentes, de plus en plus complètes.

L'écoute objective permettra d'identifier les facteurs de résistance et de les traiter point par point, avant d'introduire des explications « *de plus en plus travaillées, de plus en plus pertinentes, de plus en plus complètes* ». L'absence d'écoute et d'explications suffisantes , cherchant à imposer au médecin la « connaissance », sans analyse des résistances et sans explications appropriées conduit souvent à l'echec éducatif. Et conduit les médecins à se plaindre du comportement de leur patient.

3.2. La fuite en avant
Surestimant la maturation psychique du patient, méconnaissant ses mécanismes d'adaptation, certains soignants devancent les questions et brûlent les étapes. Ils s'empressent de tout dire, oppressés par le poids d'un savoir trop lourd à porter, dont ils voudraient se libérer

De même certains patients peuvent surestimer la maturation cognitive du médecin, *devancent les questions et brûlent les étapes.*
Il faut savoir introduire l'information progressivement pour qu'elle soit acceptée et comprise.

3.4. La rationalisation
Par un discours très technique et totalement incompréhensible pour le malade, le soignant se retranche derrière son savoir. Ainsi parvient-il à établir un dialogue sans dialogue, apportant aux questions trop embarrassantes des réponses obscures qui ne peuvent qu'accroître le malaise et la détresse du malade.

Le discours technique du patient est parfois aussi incompréhensible que celui du médecin, chacun dans son registre. Il appartient donc au patient d'apporter au médecin une information compréhensible par une personne qui n'est pas familière avec le milieu des consommations et des consommateurs

3.5. L'évitement Le médecin peut craindre d'être mis en difficulté par les questions du malade, par sa quête d'espoir, par la confrontation à sa dégradation physique. il cherche alors à réduire au minimum le contact physique et psychique avec le malade : - en prenant comme interlocuteur quasi exclusif un tiers (famille, infirmière); - en limitant le temps de visite, d'écoute et d'examen; - en se retranchant derrière les examens para cliniques, la tenue du dossier.

C'est un point très important. Le patient craint d'être mis en difficulté par les questions du médecin, *par sa quête d'espoir, par la confrontation à sa dégradation physique.*
*I*l va alors limiter le temps de visite, éviter le contact physique et psychique avec le médecin (en le limitant à une demande réduite), en se retranchant derrière le secret, le déni ou la prudence.

1. Les principes de la communication
- Disponibilité
- Etre en situation d'écoute active du patient et décoder les éléments de communication verbale et nonverbale.
- Prendre en compte les préférences du patient dans l'élaboration du projet de soins.
- Adapter son comportement, sa démarche à la situation du patient.
- Différencier à chaque étape d'une séance de soins, les implications de ses paroles et de ses actes.
- Donner des explications claires, concises et adaptées au niveau de compréhension du patient et vérifier qu'elles sont effectivement comprises.
- Respecter les silences
- Adaptation de la forme et du contenu du discours à son interlocuteur
- Questions ouvertes et fermées
- Contrôle de la compréhension
- Reformulation si nécessaire.

Tous ces points sont importants. Ecouter soigneusement le médecin, considérer ses arguments , *décoder les éléments de communication verbale et nonverbale., Prendre en compte les préférences du* médecin *dans l'élaboration du projet de soins, Adapter son comportement, sa démarche à la situation du médecin etc..* sont importants.

Pour la communication non verbale

https://jour-apres-jour.com/2014/09/19/l-effet-miroir-pour-communiquer-avec-les-autres-a-leur-insu-pnl-gestes/

Une mention spéciale à
- Différencier à chaque étape d'une séance de soins, les implications de ses paroles et de ses actes.
Ceci rappelle opportunément une technique classique de la psychologie, le parler en JE.

Beaucoup de personnes parlent en JE pour en fait parler de l'autre. « Il faudrait me prescrire des antibiotiques », c'est à dire VOUS devriez prescrire des antibiotiques.
Pour eux il n'y a qu'un point de vue valable, le leur, et tout est jugé selon ce point de vue.
Non seulement cette vision peut être néfaste sur le plan technique mais, surtout, même quand elle est pertinente, elle crée des résistances.
Personne n'aime qu'on lui dise ce qu'il faut faire, et souvent les médecins moins que les autres, du fait de leur responsabilité professionnelle.
Bien entendu le point de vue de chacun doit être respecté mais il faut savoir accepter l'existence du point de vue de l'autre.
Ainsi au lieu de dire « vous devriez me prescrire des antibiotiques » on devra dire « mon expérience personnelle avec les antibiotiques a toujours été positive dans ces cas là » ou « voilà mon expérience de l'héroine. Ce n'est pas ce qui est enseigné habituellement mais c'est mon expérience ».
Cette façon de faire, qui demande une certaine vigilance pour être suivie, change souvent la nature de la relation et est particulièrement utile dans les relations conflictuelles.

http://www.redpsy.com/outils/communication.html#communication1

3. Instaurer avec le patient une relation de tolérance et de confiance
- Respecter la pudeur et les difficultés psychologiques du patient.
- Maîtriser ses propres réactions par rapport à ce type de situation : rejet, difficultés personnelles, compassion ou attitude « citoyenne ».
- Identifier la hiérarchie des besoins et ce qui est réalisable pour le patient.

Le patient devra bien entendu respecter la pudeur et les difficultés du médecin. Et maitriser ses propres réactions. Répondre par la colère ou le rejet ne pourra qu'envenimer la relation et ne rendra pas service au patient. Et il faudra en effet accepter que le médecin « ne puisse pas tout faire ». Donc il est important de construire une relation de tolérance et de confiance avec le médecin.

LA PERSONNALITE DU PATIENT DANS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE
Cinq pour cent des individus ont un trouble de la personnalité. Il ne s'agit pas de maladies ayant un début et une fin précis, mais de troubles qui s'expriment, plus ou moins sévèrement, tout au long de la vie de l'individu. Ils perturbent le fonctionnement du sujet dansplusieurs domaines de sa vie (équilibre émotionnel, vie sociale et affective), et peuvent être responsables de souffrances aussi bien pour lui-même que pour son entourage. Les troubles de la personnalité eux-mêmes motivent rarement une demande de soins spécifique, mais ce sont leurs complications fréquentes (dépression, troubles du comportement, addictions, etc.) qui sont le plus souvent à l'origine des consultations. Il est donc utile de connaître les caractéristiques principales des troubles de la personnalité les plus importants, afin de les repérer chez un patient consultant pour d'autres motifs, somatiques ou psychiatriques. Cela pour orienter au mieux les choix thérapeutiques, avec également des conséquences certaines pour la relation médecin-malade.

Cinq pour cent correspondent au nombre de troubles clairement pathologiques mais on peut raisonnablement affirmer qu'une proportion bien plus importante de la population manifeste des troubles mineurs de la personnalité qui affectent néanmoins leurs relations sociales.
Certains sont colériques, rigides, indécis, dépressifs etc.
Et, évidemment, la même proportion de médecins présente probablement les mêmes profils de personnalité. Le patient pédagogue devra donc y être attentif !

L'observance thérapeutique

https://fr.wikipedia.org/wiki/Observance_th%C3%A9rapeutique

Dans cette définition l'observance thérapeutique semble ne s'appliquer qu'au patient et d'ailleurs est largement définie comme une « obéissance » aux injonctions du médecin.

Toutefois le médecin est concerné par l'observance des guidelines (règles de prescription) issues des diverses sociétés savantes.
https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-225/Les-guidelines-sont-ils-des-standards-a-suivre

Une partie des plaintes sur le forum Psychoactif est motivée par le non suivi par le soignant des recommandations thérapeutiques publiées, donc connues du patient. Les résistances à l'observance thérapeutique trouvent donc ici leur pendant médical. Le patient pourra alors utiliser les techniques conseillées pour renforcer l'observance thérapeutique.
https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/favoriser-observance-therapeutique.html

L'exploration cognitive et comportementale du patient est indispensable car la connaissance de la pathologie et de ses méfaits n'est jamais suffisante pour changer durablement son comportement. Certaines questions sont incontournables : que comprend le patient de sa pathologie et de son niveau d'atteinte ? Est-il d'accord sur le coût bénéfices/risques de son futur traitement ? Connait-il les risques d'une mauvaise observance ? Connait-il les mécanismes d'action des médicaments qui lui sont prescrits ? A-t-il bien compris les modalités et contraintes des prises ? Quelles sont les éventuelles difficultés qui pourraient entraver la prise quotidienne de son traitement, par exemple, des problèmes d'organisation de son temps ou des situations particulières.

Conclusion

La qualité d'une relation **se construit**, que ce soit dans le couple, avec ses proches ou avec ses soignants. Par exemple lisez attentivement cet article sur les relations de couple, qui vous donnera de bonnes clefs pour un dialogue efficace. Je cite les titres et quelques extraits.

https://www.selection.ca/sante/famille/11-regles-communication-couples-adopter/

Un «compte en banque» de la communication

Cela veut dire: épargnez vos critiques et déposez vos compliments. «Il est essentiel de faire beaucoup plus de dépôts (éloges, gentillesses, expression de votre appréciation) que de retraits (critiques). Sinon votre compte relationnel sera dans le rouge.

Ne soyez pas sur la défensive

Si vous avez tort, reconnaissez-le

Posez des questions ouvertes

Les questions fermées conviennent à de nombreuses situations. Mais, quand la conversation a de l'importance, les couples qui communiquent constamment avec des questions ouvertes font preuve d'un intérêt sincère l'un pour l'autre et d'une attitude de rapprochement

Concentrez-vous sur un problème à la fois

Écoutez avant de parler

Ne ressassez pas le passé

Attendez au lendemain

Pour une bonne communication, n'utilisez pas de mots extrêmes

Dites «je» plutôt que «vous»

Personne n'a envie d'être traité de façon négative. Exprimez plutôt vos propres émotions pour que l'autre comprenne ce que vous ressentez. «Les bons communicateurs parlent surtout à la première personne. Au lieu de dire à la l'autre qu'il est nul, le "je" permet d'exprimer vos émotions et vos besoins, en particulier sur le sujet qui vous divise".

Ne présumez pas que votre partenaire connaît vos pensées

Mais, en matière de relation entre les soignés et les soignants, le patient a souvent l'impression de subir plutot que d'agir . S'il est très insatisfait il essaiera de changer de soignant, avec toutes les difficultés que cela impose, mais il n'a pas le sentiment qu'il peut vraiment modifier cette relation.

Or, les techniques que les soignants ont mis au point, dans les dernières décennies, pour améliorer la « collaboration » du patient (alliance thérapeutique, règles de communication) peuvent parfaitement être utilisées par le soigné pour tenter (et souvent réussir) de modifier le comportement du soignant.

L'idée qu'il agit dans un rôle « pédagogique » et non pour « sanctionner » le comportement qu'il déplore me paraît important à plusieurs titres.

D'abord parce que la pédagogie se veut dans l'interêt de la personne, ici le médecin, et non dans la confrontation.Même si parfois elle sait imposer des contraintes. La magie est qu'elle profite aussi au patient.

Ensuite parce que la bonne définition de son rôle encouragera le patient à agir dans le bon sens et à perseverer.

Mais, évidemment, la bonne relation n'est pas tout. Elle est au service d'un échange entre le soigné et le soignant **pour résoudre un problème précis.**

Il est évident que les principes relationnels décrits jusqu'ici doivent être utilisés tout au long de cet échange. Et que le rôle pédagogique du patient devra, au moins partiellement, s'effacer devant celui du professionnel, surtout sur les points qui dépassent la compétence et l' expérience propre du patient .

Il est difficile de donner des règles précises pour des situations potentielles si diverses et si complexes mais , **dans le cadre d'une relation de confiance et de tolérance mutuelle**, on pourra reprendre l'enseignement sur la relation médecins malade donnée en préambule.

- Information du malade : La relation médecin-Malade doit aboutir à une information telle qu'elle est définie : « Le médecin doit à la personne qu'il examine une information claire, simple et loyale sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Il veille à la compréhension des explications données ». Cette information est souvent difficile à réaliser, sauf dans les cas très simples. Il n'est pas question « de tout dire » car :

- le médecin ne sait pas tout ;
- la médecine n'est pas une science exacte ;
- les complications d'une maladie ne sont pas toujours prévisibles ;
- le malade n'a pas la connaissance exacte des buts poursuivis par le médecin et des risques que comporte son état (exemple : le médecin peut avoir comme objectif le confort d'un malade âgé et pas laguérison à tout prix de sa maladie) ;
- une énumération de toutes les éventualités constituerait une lourde faute pouvant avoir, dans certains cas, un effet psychologique néfaste.

Et enfin

Le principe à rappeler doit demeurer : « Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours »