

# La Relation Soigné Soignant.

Prescripteur (psychoactif.org)

## « Mon médecin ne me prescrit pas ce dont j'ai besoin »

On peut être confronté à ce genre de critique dans les forums de santé et même dans les conversations de la vie courante. Il n'est évidemment pas question de se prononcer sur la pertinence de la prescription, sans en connaître tous les facteurs. Tout au plus peut-on renvoyer à des informations générales, notamment des sites Internet sur les maladies et problèmes concernés.

Mais ce qu'on constate presque toujours, dans ces cas, est qu'au conflit « technique » est associé un conflit relationnel. Le patient n'a pas confiance en son médecin et probablement aussi le médecin en son malade et une relation conflictuelle s'installe et s'aggrave avec le temps.

On peut donc aider le plaignant en lui donnant des conseils généraux lui permettant d'améliorer cette relation. En effet quelque soit le problème technique (prescription de médicaments, demande de diagnostic= le fond) la relation obéit à des formes qui en déterminent la qualité.

Si cette amélioration de la relation ne résout pas automatiquement le conflit « technique », il a de fortes chances de l'atténuer. L'effet thérapeutique dans de nombreuses maladies a été clairement relié à la qualité de la relation entre le médecin et le malade. C'est d'autant plus vrai que la médecine n'est pas une science exacte et que, notamment dans les maladies chroniques, le traitement optimal n'est parfois trouvé qu'après de nombreux tâtonnements et questionnements. Ce texte se propose d'exposer certains de ces facteurs d'amélioration de la relation.

## Un dialogue se fait à deux

Et la consultation médicale est bien un dialogue, « singulier », selon le terme consacré. Lorsqu'on critique le comportement de « l'autre » dans un dialogue, on oublie qu'un dialogue se fait à deux. Les comportements de l'un et l'autre protagonistes déterminent le devenir du dialogue et lui confèrent une « qualité émergente » qui n'était pas présente au départ et qui n'est pas toujours prévisible. Cette « qualité émergente » détermine celle du dialogue.

Dans un dialogue on ne peut pas modifier directement le comportement de l'autre. Même si l'on est persuadé d'avoir raison et que « l'autre » devrait modifier son discours, le dire comme tel induit presque toujours plus de résistance que d'acceptation.

Par contre on peut modifier SON comportement. Et ainsi modifier le dialogue et parfois, du moins on peut l'espérer, le comportement de l'autre.

Donc quand un dialogue vous paraît non satisfaisant, et si vous voulez être « efficace », demandez vous ce que vous pouvez faire, VOUS, pour l'améliorer et non ce que l'autre devrait faire pour vous donner satisfaction. Ce n'est pas une question de morale mais d'efficacité !

Vous utiliserez pour cela non seulement les mots que vous prononcez mais aussi le ton de la conversation et même la communication non verbale.

Par exemple vous pouvez utiliser les techniques de la PNL, dont la synchronisation.

[http://www.cterrier.com/modeop\\_cours/communication/33\\_pnl.pdf](http://www.cterrier.com/modeop_cours/communication/33_pnl.pdf)

*La synchronisation consiste à harmoniser sa communication à celle de son interlocuteur par le langage et le comportement. Elle est réalisée:*

■ *En s'adaptant à ses valeurs en utilisant un langage verbal et non verbal harmonisé ou proche du sien*

, ■ *En accordant autant d'importance à la façon de dire et de faire les choses qu'à ce qui est dit*

Nous allons décrire ci dessous quelques règles et techniques qui vous permettront de prendre l'initiative dans ce dialogue.

### **Dialogue = des règles de base « grand public »**

La référence suivante vous donne des conseils pour une bonne relation de couple mais évidemment s'applique à toutes les relations. Il est évident que ces règles sont d'autant plus efficaces qu'elles sont utilisées par tous les participants. Donc favorisez et cultivez les chez l'autre, mais surtout **adoptez les pour vous et mettez les en pratique**. Pour reprendre la PNL c'est la position « meta »

*La PNL propose de devenir spectateur d'une situation en prenant un regard « méta » (=extérieur), de se dissocier pour se voir et s'entendre comme le ferait un observateur extérieur.*

<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

## La relation médecin-malade

Le dialogue médical (= la relation médecin malade) obéit aussi à des règles « professionnelles » qui lui sont plus spécifiques.

Les bases de cette relation médecin malade 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](https://medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf)

Quelques extraits

*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.*

*. 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.*

*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.

*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, opprésés par le poids d'un savoir trop lourd à porter, dont ils voudraient se libérer*

*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.*

*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.*

Mais surtout le médecin devra mettre en œuvre les qualités suivantes. (je regrette l'absence de mention 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, Être 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

## **L'alliance thérapeutique**

L'objectif de cette relation médecin malade améliorée est la construction d'une alliance thérapeutique.

<https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>

Une bibliographie <http://ireps.oxatis.com/Files/93216/142081495446993.pdf>

<http://www.prendresoins.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/>

C'est pourquoi nous parlerons de relation soigné-soignant.

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'intérêt 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.

## Symétrie et asymétrie dans l'alliance thérapeutique

Même si l'asymétrie est en partie corrigée par l'alliance thérapeutique la relation soigné-soignant est fondamentalement asymétrique dans son volet technique.

<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-alliance-therapeutique.html>

D'une part le soignant est censé être « sachant » de par sa formation, alors que le soigné n'est pas censé l'être.

D'autre part le soignant est souvent investi d'une autorité « officielle » de prescription et/ou de délivrance des soins qui l'autorise à imposer ses choix au soigné.

Toutefois l'évolution des soins tend à relativiser cette asymétrie.

Dans de nombreuses pathologies le soigné est maintenant souvent un « expert » de sa maladie, non seulement parce qu'il la vit, mais aussi parce que l'information sur les maladies est maintenant largement disponible, notamment par Internet.

Au moment de l'épidémie du SIDA de nombreux patients revendiquaient, à juste titre, une connaissance approfondie de leur maladie.

Cette extension du savoir profane s'étend maintenant à un grand nombre de maladies, mais pose parfois problème parce que l'information n'est pas toujours filtrée et contrôlée. Le rôle des associations de patients est ici essentiel.

Les évolutions récentes de la législation ont donné au patient un rôle primordial en matière de refus des prescriptions médicales. Un patient peut librement refuser des prescriptions, même si ce refus entraîne pour lui un risque grave de complications.

Le traitement peut être imposé par des procédures d'exception (traitement psychiatrique sous contrainte par exemple) mais la règle est la liberté pour le patient... de pouvoir refuser.

Mais non d'imposer un traitement de son choix. Sur ce point l'asymétrie reste forte mais l'esprit comme la lettre du code de déontologie demande au médecin de rechercher un consensus sur sa prescription.

*Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.*

Article 36 du code de déontologie

Mais ceci concerne le volet technique de la relation. Sur le plan formel de la relation rien ne s'oppose à ce qu'elle recherche la symétrie.

Ainsi les préconisations sur la relation médecin patient citée plus haut peuvent parfaitement s'appliquer du soigné au soignant. Par exemple =

*1.3 : L'EMPATHIE . Dans ce contexte le soigné doit être à l'écoute du médecin, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique , 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 médecin. Chaque médecin a une personnalité différente à laquelle le patient doit s'adapter dans la relation médicale qu'il établit à partir de la demande exprimée par le patient.*

*3. Instaurer avec le médecin une relation de tolérance et de confiance*

*- 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 faisable par le médecin.*

## **Le don dans la relation soigné-soignant.**

Dans beaucoup de nos relations publiques dans nos sociétés occidentales, le principe est celui de la relation contractuelle. Elle repose sur la transaction commerciale ponctuelle, le donnant-donnant et la recherche par chacun de son intérêt personnel.

Les relations privées sont le plus souvent différentes. Elles reposent sur le principe du don, décrit il y a plus d'un siècle par M Mauss. L'important n'est pas ce qui est donné mais la relation que nourrit le don.

Les relations de soins sont souvent à la croisée de ces deux aspects. Elles comportent un aspect contractuel fort, ne serait ce qu'en raison de leur coût et de leur importance pour la personne. Mais la plupart des soignés demandent au soignant un « plus » par rapport à la performance technique = empathie, bienveillance, sollicitude etc..

[http://classiques.uqac.ca/contemporains/millet\\_pascal/don\\_accompagnement/don\\_accompagnement.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/millet_pascal/don_accompagnement/don_accompagnement.html)

*Je l'ai déjà dit ailleurs, le travail de soin est au système de santé ce que le travail domestique est à l'économie marchande ; essentiel mais invisible, omniprésent mais sans valeur marchande. D'ailleurs la valeur marchande qu'on lui attribuerait ne serait peut-être pas équitable. Car, justement, l'identité de soignante c'est celle de l'identité à l'Autre. Les soins sont avant tout une pratique relationnelle, qui ne se déploie que dans une relation, une relation sociale qui transporte avec elle des formes de lien créatrices d'identité entre deux individus ou des groupes d'individus, et c'est dans cette rencontre qu'une part de l'invisibilité sociale se construit. La relation de soin crée par sa structure un tiers (le plus que l'un et l'autre, c'est à dire l'un, l'autre et le relation porteuse de lien) et, sans ce tiers, elle n'opère pas. Elle ne peut qu'être invisible, difficilement saisissable, parce que fugitive, marquée par le temps de la rencontre. Sans commencement ni fin, parce qu'inscrite dans la circularité de ce qui doit vivre et peut être, être donné.*

*Et cette question du don et de la circulation du don dans les soins est complexe, difficile à appréhender, et se doit d'être approfondie. Particulièrement quand le don n'est pas d'ordre matériel, mais renvoie au temps, à la vie elle-même ou au sacré »*

Francine Saillant et Eric Gagnon – Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches. Lien social et politiques N°46 , 2001

Le don , d'après M Mauss, repose sur la triple action de donner, recevoir et rendre (contre-don). Le dialogue soigné soignant peut donc être vu comme une succession de dons, réceptions et contre dons, échangeant en permanence donateurs et contre-donateurs. Mais avec tous ses aspects négatifs ou positifs.

Dans la vision paternaliste ancienne le soignant donnait sa bienveillance et le patient renvoyait sa gratitude. Ce qui a fait dire à plusieurs philosophes que le don n'est que la façade derrière laquelle se cache l'intérêt et le « racisme de classe » (Bourdieu).

Mais dans un dialogue soigné-soignant symétrique, le soigné et le soignant échangent les mêmes dons, bienveillance, sollicitude, politesse, tolérance . Et l'asymétrie de la connaissance médicale ne doit pas déséquilibrer cet échange. De même un riche et un pauvre peuvent « sainement » s'échanger des dons proportionnels à leurs ressources, sans « racisme de classe », s'ils sont attentifs à la forme de l'échange,

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-4.htm>

## **L'éducation thérapeutique du médecin**

Cette formulation « paradoxale » (on parle généralement de l'éducation thérapeutique du malade) n'est pas un jeu gratuit ou un trait d'ironie irrespectueux.

Dans la vie courante, lorsqu'il y a conflit, la réponse la plus fréquente est de renforcer sa position d'opposition. Ce qui, évidemment, nourrit et aggrave le conflit.

Mais ce n'est évidemment pas la meilleure solution. Pour sortir d'un conflit « vers le haut », il est important d'avoir un regard « extérieur » sur le conflit, la métacommunication. Certains psychologues conseillent même pour cela « d'échanger les rôles », de se mettre dans le rôle de son « adversaire ». Sur le conflit : <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2015-1-page-129.htm>

*La métacommunication (Au sens strict du terme métacommuniquer c'est communiquer sur la communication) suppose des attitudes opposées à celles qui sous-tendent les conflits. Là où ces derniers alimentent la fermeture défensive, l'agressivité, la diabolisation de l'autre, la métacommunication repose sur l'ouverture, l'écoute, l'authenticité et l'empathie. S'engager sur cette voie est donc déjà, en soi, commencer à sortir du conflit.*

*La métacommunication repose sur la parole et le dialogue ; parler amène à se distancier de ses émotions en les extériorisant : pouvoir dire sa colère permet de s'en extraire et de l'être un peu moins. Et exprimer ce que l'on ressent, c'est ouvrir une brèche dans son système de défense et se rendre accessible à l'autre : ainsi, lui avouer son désarroi, c'est désarmer sa violence et susciter sa compassion.*

*La métacommunication ouvre la voie à la compréhension. Elle permet de dépasser le niveau manifeste des conflits, d'en saisir les raisons profondes, de débusquer les enjeux identitaires ou relationnels qui les sous-tendent, de faire la part des motifs personnels et des influences du contexte.*

*La métacommunication conduit à la négociation : il s'agit de confronter les attentes et les besoins des parties en présence et de dégager les réponses et solutions pouvant faire consensus. Négocier permet de refonder la relation dans un jeu « gagnant/ gagnant ».*

C'est pourquoi le soigné en conflit avec le soignant doit tenter une réponse « pédagogique » sur les règles souhaitées de leur dialogue « singulier », propre à leurs personnalités, et à l'ici et maintenant. C'est donc une « éducation du médecin à la thérapeutique », non « en général », mais bien spécifique du dialogue en cours et de ses protagonistes.

<https://pense-betes.com/2009/07/01/sollicitation-paradoxe/>

*Ce qui crée la surprise, débloque la situation, provoque le changement, fait que quelqu'un adopte un nouveau comportement, c'est de prescrire un comportement diamétralement opposé à celui auquel il est habitué/il s'attend.*

*Mais pour susciter ce changement, JE dois d'abord changer, et parfois à 180° !*

*Si nous n'avons pas le pouvoir de changer l'autre (juste celui de lui donner envie et de l'aider à), nous avons le pouvoir de changer NOTRE comportement.*

*Et si nous modifions notre attitude, cela modifie l'équation et ALORS la réponse de l'autre sera elle aussi différente : ainsi se produira le changement !*

*C'est le principe du déséquilibre dynamique !*

*Il y a symétrie entre votre comportement et celui de votre interlocuteur, et entre votre comportement et les résultats que vous obtenez (ou pas !)*

## **Le cas particulier de la « toxicomanie ».**

Pour certains soignants la prise en charge de la « toxicomanie » est vécue comme déstabilisante. La « toxicomanie » a la réputation d'être difficile à comprendre et à connaître, d'être difficilement curable, d'enchaîner 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.

Le premier problème est que la « toxicomanie » n'existe pas. Elle n'est définie que par une législation classant de façon arbitraire certaines consommations comme « toxicomanie » et d'autres (alcool, tabac) comme « légales ».

Chaque situation de consommation de psychotropes est le résultat d'une interaction spécifique entre un produit, une personne et un contexte et ne peut donc pas se résumer en un concept unique. C'est comme si on demandait de traiter toutes les maladies cardiovasculaires par une prise en charge unique et indifférenciée de « cardiologie ».

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 la formation est souvent orientée. Le médecin aura peut être, au mieux, des connaissances sur les risques cardiaques de la cocaïne mais probablement aucune formation sur ses effets recherchés et le « pourquoi » de sa consommation. Il pourra donc prendre en charge ces complications cardiaques et donner un conseil d'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'utilisateur 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 a donc parfois un véritable rôle pédagogique « technique » Il y a toutefois deux écueils.

\*Le premier est que l'utilisateur 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 leurs performances pédagogiques auprès de leur entourage et de leurs soignants. L'utilisateur pourra, par exemple, consulter des publications ou des sites spécialisés, des sites d'utilisateurs 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'intérêt, soit par idéologie, soit par manque de confiance dans les compétences de son patient.



Néanmoins l'apport d'informations pourra, au moins, mettre en lumière les problèmes de compréhension mutuelle, facteurs de bloquages ou de conflits, et ainsi faciliter leur résolution .

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. La consommation de substances psychoactives n'est donc pas, de nature, une maladie. 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.

### **L'observance thérapeutique**

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Observance\\_th%C3%A9rapeutique](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 du patient.

<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 bénéfiques/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

Le dialogue soigné-soignant est un événement » d'une grande fréquence. Pour s'en tenir aux seuls généralistes il approche le nombre de 2 millions **par jour**.

Il n'est donc pas étonnant qu'il génère un certain nombre de conflits et de critiques, justifiés ou non.

Le versant technique de ces conflits est multiple et ne peut être jugé qu'au cas par cas.

Toutefois le versant relationnel fait appel à des comportements et des techniques qui peuvent s'appliquer plus généralement. Et la qualité formelle de ce dialogue a probablement un effet réel sur la qualité du versant technique.

<https://in.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/DOCTOR-PATIENT%20COMMUNICATION%20A%20REVIEW%20OF.pdf>

<https://healthcare-communications.imedpub.com/trust-and-communication-in-a-doctorpatient-relationship-a-literature-review.pdf>

<https://www.oatext.com/the-enormous-potential-of-the-doctor-patient-relationship.php>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2159129/pdf/jroyalcgprac00122-0015.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732308/>

Et sur ce versant relationnel le soigné a potentiellement autant, sinon plus, d'opportunités positives à mettre en œuvre que le soignant. Il est donc essentiel qu'il sache les saisir.