



HAL
open science

Interactionnisme symbolique : quel impact sur le “ terrain commun ” et la relation thérapeutique entre des patients présentant un diabète de type 2 et leur médecin traitant ?

Moreau Alain, Frédéric Zorzi, Mariane Guyon, Irène Supper, Christophe Pigache, Christian Dupraz, Thierry Farge, Corinne Perdrix, Marion Lamort-Bouché

► **To cite this version:**

Moreau Alain, Frédéric Zorzi, Mariane Guyon, Irène Supper, Christophe Pigache, et al.. Interactionnisme symbolique : quel impact sur le “ terrain commun ” et la relation thérapeutique entre des patients présentant un diabète de type 2 et leur médecin traitant ?. *Exercer*, 2022, 186, pp.366-372. hal-04134017

HAL Id: hal-04134017

<https://hal.science/hal-04134017v1>

Submitted on 20 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Interactionnisme symbolique : quel impact sur le « terrain commun » et la relation thérapeutique entre des patients présentant un diabète de type 2 et leur médecin traitant (Partie 1 : étude phénoménologique DEADIEM)

Symbolic interactionism: which impact on the common ground and the therapeutic relationship between patients with type 2 diabetes and their GP. (Phenomenological study DEADIEM part 1)

Alain Moreau^{1,2}, Frédéric Zorzi², Mariane Guyon², Irène Supper², Christophe Pigache², Christian Dupraz², Thierry Farge², Corinne Perdrix², Marion Lamort Bouché²

1. EA 4148 S2HEP
2. CUMG Université Claude Bernard Lyon 1

exercer 2022;1XX:xx-x.

alainmoreau0917@orange.fr

Tous les auteurs ont déclaré sur le formulaire ICMJE tous leurs liens ou potentiels conflits d'intérêts (activités financières, liens avec des entreprises ou des institutions) en rapport avec le travail soumis. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article. Les liens d'intérêt de chacun des auteurs de l'article sont consultables en ligne sur www.transparence.gouv.fr.

Nombre de caractères espace compris résumé, bibliographie et tableaux : 31 130

Mots-clés : Interactionnisme symbolique, soins centrés sur le patient, Relations médecin-patient

Keywords: *Symbolic interactionism; patient-centered care, physician-patient relations*

Résumé

Introduction : L'approche centrée patient (ACP) nécessite de créer un « terrain commun » favorable à une relation thérapeutique. Cette relation peut s'exprimer sur la forme d'un interactionnisme symbolique (IS), dans lequel chacun propose à l'autre une « façade » symbolique pour élaborer son « personnage » sur la scène d'une « dramaturgie sociale ». Ceci s'exprime particulièrement lors de la prise en charge de patients ayant une maladie chronique comme le diabète de type 2.

Objectifs : Décrire les interactions entre les patients vivant avec un diabète de type 2 et leur médecin généraliste (MG)

Méthodes : Etude phénoménologique interprétative. Entretiens semi-dirigés auprès de patients vivant avec un diabète de type 2 et auprès de leurs MG. Une analyse comparée et croisée des discours a été conduite. L'analyse s'intéressait aux interactions médecin-patient pour en dégager les « représentations - personnages », le « terrain commun » et son impact sur la relation.

Résultats : Dix patients présentant un diabète de type 2 et leurs cinq MG ont été interviewés. Dans trois interactions, le « terrain commun » semblait concordant entre médecin et patient dans un

contexte relationnel de confiance et une bonne alliance thérapeutique entre les « personnages ». Dans quatre interactions, le « terrain commun » n'était pas concordant avec une relation thérapeutique problématique. Dans deux autres interactions, le « terrain commun » semblait moins concordant mais avec une relation thérapeutique satisfaisante. La dernière interaction mettait en évidence un terrain commun concordant mais une relation thérapeutique très distanciée.

Conclusion S'intéresser aux « personnages- façade symboliques », que les médecins et les patients « jouent » dans leur interaction, interpelle le « terrain commun » et la relation thérapeutique, composantes essentielles de l'approche centrée patient.

Summary

Introduction: *Patient-centered approach (PCA) requires a “common ground” profitable to therapeutic relationship. This relationship can be theorized regarding symbolic interactionism in which each of the protagonists offers to the other one a symbolic “front” in order to elaborate his own “character” on the social stage. This is particularly true in the management of patients with chronic diseases such as diabetes mellitus.*

Objectives: *To describe the interactions between patients living with diabetes mellitus and their general practitioners (GPs).*

Method: *Qualitative study with a phenomenological approach. Semi structured interviews with patients living with diabetes mellitus and their GPs cross-sectional and observational study was conducted. A transversal thematic phenomenological analysis has been carried out. We have made a theoretical triangulation with the symbolic interactionism to understand the “character-perceptions”.*

Results: *Ten patients and 5 GPs were interviewed. Three interactions were marked by a concordant “common ground” in a relational climate of confidence and open-mindedness, with a good therapeutic alliance and shared expectations between the various “characters”. Four interactions showed a discordant “common ground”, a nearly closed relationship and a problematic therapeutic alliance. Two interactions seemed less concordant on the “common-ground”, whereas a trusting relationship and open-minded climate remained. The last interaction showed a concordant common ground contrasting with a distant relationship.*

Conclusion *The interest in the “character’s symbolic face” which both patient and physician play in their interaction enables to better understand the issues influencing the “common ground” and the therapeutic relationship,*

Introduction

Le modèle de l'approche centrée patient (ACP) peut se résumer en une interaction relationnelle entre 2 expertises (**figure 1**): celle du patient, qui a sa perspective « VRAIE », son expérience vécue, ses représentations, ses attentes, ce qui est Important pour lui et son état d'esprit sur sa maladie, et celle du médecin qui utilise sa compétence clinique pour appliquer au mieux les données actuelles de la science dans une approche holistique biopsychosociale¹. L'objectif de cette relation est de développer un « terrain commun » pour dégager une compréhension commune de la situation clinique, trouver une concordance sur les solutions à envisager et le rôle que chacun veut jouer dans la prise de décision partagée, le tout se développant dans le cadre d'une alliance thérapeutique empathique. Dans le cadre de la relation médecin patient, chacun a une perception de soi et de l'autre qui intervient dans la qualité de ce « terrain commun », avec un degré de concordance très variable qui peut jouer comme facteur favorable ou défavorable sur l'alliance thérapeutique. L'interactionnisme symbolique (IS) peut éclairer cette relation². Selon cette théorie, le « système social » n'est pas préexistant en tant que structure mais en constante construction, par l'interaction entre les personnes dans un échange de significations symboliques. Selon G H Mead³, à l'origine de cette école de pensée, l'esprit humain est le produit d'une interaction sociale symbolique entre « Soi »(s). Chacun possède un « Soi », lieu de contrôle, instance de réflexion et réflexivité, mais aussi processus social expérientiel et comportemental qui permet une délibération intime entre le « Moi » et le « Je ». Le « Moi » est le Soi-objet connu, ce que je connais de moi, qui représente l'ensemble des rôles intériorisés, des attitudes organisées en lien avec ce que je crois être les pensées et attitudes générales du groupe social). Le « Je » incarne le Soi- sujet connaissant, éprouvant et agissant de manière concrète au quotidien dans l'interaction⁴. L'interaction s'exprime sous forme de rituels (manière de se vêtir, de s'adresser à l'autre, de toucher, de se regarder...) dont les formes et signes relèvent d'un ordre symbolique. L'acteur social (le patient, le médecin) propose une « façade » symbolique pour élaborer son « personnage ».

L'intervention DEADIEM (Démarche Educative d'ACP auprès de patients Diabétiques de type 2 En Médecine générale)⁵ avait montré comment la démarche clinique ACP selon le modèle Stewart⁶ permettait de mobiliser et faciliter des processus d'adaptation et de changements de comportement nécessaires à toute démarche éducative. Au cours de cette intervention, les patients et les médecins généralistes (MG) ont abordé plus ou moins spontanément la perception qu'ils avaient sur le « terrain commun », le degré de concordance et leur relation avec leur médecin traitant⁷.

L'objectif de cet article était de décrire les interactions entre les patients atteints de diabète de type 2 et les MG à la lumière de l'interactionnisme symbolique et de la démarche ACP.

Méthode

Type d'étude et population étudiée

Cette étude était une étude ancillaire de l'étude interventionnelle phénoménologique sémi-pragmatique DEADIEM⁷. Dans une première étape, l'intervenant DEADIEM a mené un entretien semi dirigé en 3 phases (CET) : une écoute active Compréhensive (**C**) de la perspective du patient (VRAIE) (**tableau 1**) et son expertise expérientielle, suivi d'une démarche Explicative (**E**) sur le diabète et des conseils hygiéno-diététiques personnalisés pour finir par une 3^{ème} phase consistant à trouver un Terrain

(T) commun et se fixer des objectifs de changement dans le cadre d'une relation empathique et thérapeutique. Puis, au bout de 3 mois, un entretien semi-dirigé a permis d'évaluer les résultats quantitatifs (Poids, tension artérielle, hémoglobine glyquée) et qualitatifs (Satisfaction, évaluation des objectifs).

Méthode de recueil et analyse des données

Dans une deuxième étape, après consentement éclairé, les 5 MG des 10 patients inclus ont fait l'objet d'un entretien semi-dirigé. Un des objectifs de cette étape était de recueillir les perceptions qu'ils avaient de leurs patients présentant un diabète pour mettre leurs discours en interaction avec le discours du patient et comprendre ce qui se passait dans le « terrain commun », le degré de concordance/discordance et la relation avec le patient.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement avec l'accord des patients et des médecins dans le logiciel NVIVO 9. Un travail de familiarisation avec les données s'est fait à partir des transcriptions, de l'écoute audio, de notes écrites, des premières réflexions ou impressions pour en permettre le codage. L'analyse longitudinale a été conduite dans une logique inductive. Puis l'analyse a été catégorisée de manière déductive autour du concept d'ACP, en particulier tout ce qui tournait autour de la relation des patients avec les médecins traitants et leurs attentes⁵. Pour les MG, des catégories ont été établies autour de ce qu'ils percevaient de la perspective du patient, du « terrain commun », de leur interaction relationnelle, et de leurs expériences vécues « en tant que personne ». Après ce travail d'encodage, pour chaque patient et chaque médecin, une synthèse descriptive a été effectuée.

Les retranscriptions des verbatims ont été renvoyées auprès des médecins interviewés pour avoir leur point de vue sur l'analyse descriptive de leurs discours dans une perspective de vérification par les participants. Une triangulation de l'analyse des données a été faite sur la partie patients entre 2 chercheurs. Le commentaire de l'intervenant DEADIEM sur sa perception des patients a été ajouté dans un objectif de triangulation sur le sens de cette interaction.

Ethique

L'étude DEADIEM a fait l'objet d'une soumission auprès du Comité d'éthique des HCL de Lyon qui a donné son approbation le 07/12/2012

Résultats

Caractéristiques des médecins traitants ayant inclus les patients (tableau 2)

Les médecins (3 femmes MGF1, MGF2, MGF3 et 2 hommes MH1 et MH2) étaient majoritairement âgés de plus de 50 ans et tous travaillaient dans Lyon et sa banlieue.

Caractéristiques de patients DEADIEM (tableau 3)

Les 10 patients ont fait l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative à 3 mois de l'intervention DEADIEM avec 3 catégories d'évaluation des résultats de l'intervention : positif pour 6 patients, intermédiaire pour 2 patients et négatif pour 2 patients

Dix types d'interaction ont été repérés en fonction du « personnage- façade symbolique » qui sont représentés par quelques mots clés issus des verbatims des médecins (racontant leur patient) et des patients (racontant leur médecin).

Analyse des interactions

Trois interactions symboliques avec « terrain commun » concordant satisfaisant et une bonne alliance thérapeutique

- **Interaction MGF3-Mr G Dr « Cadrant-aidant-rassurant » Mr « Sympathique- Fait à sa mesure »**

Mr G impressionnait **MGF3**. Elle décrivait ce patient antillais comme « *très sympathique... il n'est pas trop dans la plainte non plus. Il est battant ...* ». **MGF3** a décrit la dynamique qui s'est mise en place. « *Depuis qu'on a découvert son diabète en 2005 ...y a eu un déclic qui s'est fait* ». « *Je lui fais passer des messages, je pense qu'il entend et puis après, il fait à sa mesure ...y a une relation de confiance...* » De son côté **Mr G** avait besoin d'être aidé et cadré. Cela lui faisait du bien et évitait le laisser aller. « *Mais c'que j'attends de la part des médecins...de m'aider à vivre un p'tit peu plus longtemps, de m'aider à tenir la route... j'aime bien parce que ça me rappelle à l'ordre... Parce que c'est facile de se laisser aller...* »

L'intervenant DEADIEM a ressenti Mr G dans une attitude collaborative partenariale, très respectueux, acteur dans la démarche et qui suscite de la sympathie.

Cette interaction décrivait bien un terrain commun concordant entre le « Moi » et le « Je » de chaque « personne » mais aussi entre « personne » et « personnage ». Chacun jouait un rôle complémentaire qui remplissait les attentes réciproques et débouchait sur une relation satisfaisante de type délibérative et partenariale, entraînant une bonne alliance thérapeutique.

- **Interaction MGF1-Mme B Dr « Paternel » -Mme « Compliant »**

Mme B posait peu de problèmes à **MGF1** qui la percevait comme une « *...vieille dame bien gentille, tout à fait compliant qui ne pose pas de questions... ça roule ...elle fait partie des gens que je trouve sages...* » Elle connaissait bien son contexte environnemental et social. De son côté **Mme B** vivait bien sa relation avec son médecin traitant sur un mode paternaliste illustré par le sentiment de se faire disputer comme une enfant. « *Je ne sors pas beaucoup et je me fais disputer par le docteur.* ». Mme B est apparue, à **l'intervenant DEADIEM**, peu investie par rapport à la démarche mais néanmoins manifestant une bonne volonté de coopération.

- **Interaction MGF2-Mme F Dr « m'dit si ça-va » - Mme « Gentille »**

MGF2 avait un sentiment général positif vis-à-vis de Mme F. « *Très gentille...pour moi c'est une patiente agréable parce que qu'elle comprend les choses.. on s'entend bien parce qu'elle respecte à peu près les consignes même si c'est pas parfait... elle a confiance, c'est ça qui va bien...* ». Pour **Mme F**, son médecin savait ce qui était bon pour elle. « *Je me soucie pas trop de ces machins, on me dit que ça va, ça va c'est bon.* »

Pour **l'intervenant DEADIEM**, Mme F est apparue comme peu loquace, mais dans une attitude collaborative.

Quatre interactions symboliques avec « terrain commun » non concordant et alliance thérapeutique problématique.

- **Interaction MGF1/ Mr C : Dr « soigne moi pour pas souffrir » Mr « Dérision Désespoir»**

MGF1 avait remarqué l'attitude défensive d'auto-dérision – cynique du « personnage » et la souffrance dépressive de la « personne » Mr C. « *Il racontait des blagues, des jeux de mots... ... mais quand on grattait un peu, c'était une souffrance et une dépression assez importante* » « *il masquait par une attitude de cynisme et dérision* »

De son côté, **Mr C** jouait un « personnage » dévalorisé, victime des « saletés » de médicaments de son médecin. « *Moi je suis l'abruti parfait, qu'est-ce que vous croyez ? ...Je m'habitue à toutes les saletés qu'elle me refille...J'étais un cancre moi de partout...quand j'étais militaire, j'ai attrapé des maladies wagnériennes* »

Mr C a suscité un certain agacement chez l'**intervenant DEADIEM** et un contre transfert négatif du fait de son cynisme défensif.

- **Interaction MGF2- Mme E Dr « on s'connait bien» Mme « Cause toujours-Cause perdue »**
MGF2 ressentait Mme E comme "une cause perdue » (rires)... « *c'est l'impossibilité de suivre des conseils, de modifier ses habitudes* »

MGF2 a découvert avec étonnement que la « personne » avait perdu du poids au fil du temps. « *Le regret que j'ai pour des gens comme ça, honnêtement, c'est que, s'ils avaient pris ça au sérieux avant, on n'en serait peut-être pas arrivé là* »

En contre point, la « personne » **Mme E** a exprimé une totale confiance dans son médecin. Elle attendait de son médecin : « *qu'elle me conseille bien et continue à bien me soigner... cela fait longtemps que je la connais et elle aussi elle me connaît* ». Elle est décédée dans les suites opératoires d'une chirurgie de sa valvulopathie un an après l'intervention DEADIEM.

- **Interaction Dr MGH1/ Mr D : Dr « Régime-y comprend rien » -Mr « Enfant Châtrant »**
MGH1 percevait Mr D comme un « personnage » infantile qui suscitait agacement, sentiment d'impuissance et découragement.

« *C'est un gentil patient...qui systématiquement répond "oui mais" chaque fois qu'on lui propose quelque chose* » Il percevait les représentations du patient comme exogènes et mettait en doute ses efforts allégués. MGH1 était capable de réflexivité sur sa difficulté à aborder le comportement alimentaire du fait de sa propre implication personnelle dans cette problématique. « *Autour de la bouffe, c'est pas très facile. Je comprends de l'intérieur ce que peut être les difficultés des gens qui ont envie de bouffer. Mais d'un autre côté, j'arrive à me contrôler* ».

De son côté, **Mr D** s'était fixé sur une perception négative du « personnage docteur régime » de son médecin qui comprenait mal ses difficultés et ne le prenait pas au sérieux. Il préférait une stratégie d'évitement du conflit et de non-confrontation avec lui pour maintenir la relation

« *Pour lui (mon médecin) c'est régime, régime, régime... il arrive pas à concevoir que je n'arrive pas à faire et quand on voit ce que je mange et ce que je prends, j'ai l'impression qu'il me prend pour un farfelu, alors...bon maintenant je lui dis oui et puis j'attends.* »

Mr D était apparu à l'**intervenant DEADIEM** comme « avide » de s'exprimer lors des entretiens et apparaissant comme personnage « beau parleur ». Malgré tout, il a montré une attitude coopérante et collaborative dans le cadre d'une bonne alliance thérapeutique.

- **Interaction MGH2/Mme J : Dr « Faut m'informer » Mme « Difficile à gérer »**

MGH2 considérait Mme J d'origine algérienne comme intelligente. Il ressentait la barrière socioculturelle comme un obstacle à une bonne observance hygiéno-diététique. « *Elle a un français qui est très élémentaire... règles hygiéno-diététiques pratiquement zéro... elle prend ses médicaments* » « *C'est plus la barrière culturelle ...c'est une femme très intelligente...* »

Il percevait plus les demandes de Mme J comme des exigences difficiles à réaliser. « *C'est pas une patiente très facile à gérer... beaucoup dans la demande* » « *C'est une des rares patientes pour laquelle je fais le tiers payant... parce qu'elle ne comprend pas de payer parce qu'elle a le 100%* »

Mme J n'a pas parlé spontanément de sa relation avec son médecin traitant mais elle avait des attentes « *De la part des médecins plus d'informations et de la part de la personne, qu'elle aura une mémoire pour retenir* ».

Aux yeux de l'intervenant DEADIEM, Mme J est apparue comme un « personnage » assez réservé, parlant peu et faisant des réponses courtes. Mais quand la « personne » a été invitée à parler, Me J a spontanément posé beaucoup de questions, en rapport avec ses préoccupations.

Deux interactions en position intermédiaire avec « Terrain commun » non concordant mais une relation thérapeutique dans un contexte évolutif d'ouverture

- Interaction MGF1 /Mr A : Mr « Sympathique Bon vivant » - Dr « Faut que – Fait la tronche»

MGF1 avait un a priori positif sur Mr A qu'elle percevait par ailleurs comme peu observant, un peu provoquant et « imposant ». Elle ressentait Mr A comme un « *monsieur sympathique...bon vivant qui aime bien boire bien manger* »

De son côté, le « Moi » de **Mr A** savait que le « personnage » médecin n'était pas le bon Dieu et que chacun est responsable de suivre ou pas ses conseils. « *Honnêtement, faut faire confiance au médecin* ». De manière réflexive, il vivait son « Je » comme provocateur « j'm'enfoutiste ». « *J'ai l'impression que ça vous a impressionné que je m'en foutais un petit peu d'avoir le diabète.* »

Mais son « Je » n'avait pas envie d'obéir et de se faire disputer par la « personne » de son médecin qui lui faisait « la tronche » s'il ne suivait pas ses recommandations. Le « Je » préférerait dire oui ou se taire pour éviter le conflit avec cette « personne ».

L'intervenant DEADIEM a confirmé l'attitude défensive provocatrice de Mr A qui avait suscité chez lui un contre transfert négatif.

- Interaction (MGF1/ Mme H) : Dr « Coach » - Mme « Narcisse blessée »

Sur le contexte psychologique **MGF1** ressentait beaucoup de souffrance « narcissique » chez Mme H et un manque d'implication dans la relation, préjudiciable à une bonne alliance.

« *Elle avait un rapport terrible avec la maladie* » « *Elle pose certaines choses ici mais ça la contrarie ça l'énerve d'en parler ...Elle me fait l'effet de quelqu'un qui a été blessé dans son narcissisme* » « *elle ne m'a pas repéré comme interlocuteur pour ça, au niveau de l'écoute* »

D'après MGF1, la relation s'améliorait depuis sa mise à la retraite avec moins de distance sur le plan relationnel. « *Elle commence à aller mieux et à accepter sa maladie* »

Mme H confirmait cette distance vis-à-vis des médecins au moment de la découverte du diabète et sa non-acceptation de la maladie. « *J'ai une bonne compréhension du diabète mais je l'occulte parce que ça me gonfle, je n'accepte pas d'avoir le diabète... je le sais tout ça* ». Elle avait besoin de parler à un

professionnel sur ses ambivalences et d'être cadrée. Elle appréciait le rôle de « coach » de son « personnage » médecin. *« Je reconnais qu'elle (médecin traitant) me remet dans le droit chemin. Elle m'explique, elle me dit, non, c'est pas bien, faites attention...c'est un coach un peu, c'est bien »*

L'intervenant DEADIEM a trouvé Me H impliquée dans la démarche et manifestant une attitude de coopération.

Interaction MGH2 /Mr I. Dr « Excellent »-Mr « Gros malade » en position intermédiaire

Le « terrain commun » était concordant, bien accepté des 2 cotés mais la relation thérapeutique était plutôt distanciée.

MGH2 considérait Mr I « *Gros malade ...gros traitement un grand balaise...poly pathologique* » mais le connaissait peu. En retour, MGH2 était un « personnage » très apprécié par **Mr I**, qui délégua toute la prise en charge au diabétologue. **L'intervenant DEADIEM** a perçu Mr I comme très intéressé par l'intervention avec une attitude très collaborative.

Discussion

Résultats principaux

L'intervention a DEADIEM a été complétée par des entretiens auprès des MG pour mieux comprendre, par une analyse phénoménologique descriptive sémio-pragmatique, leurs expériences vécues du « terrain commun » qu'ils pouvaient avoir avec le patient, du rôle « personnage » qu'ils jouaient dans l'interaction avec le patient, du sens que celui-ci prenait dans la relation et son impact sur l'alliance thérapeutique. L'analyse a repéré cette « dramaturgie médicale » (en référence avec la « dramaturgie sociale » de E Goffman) au sein de laquelle les représentations « personnages » de chacun des protagonistes médecin et patients sont en interaction symbolique.

Forces et faiblesses de l'étude

Pour la partie analyse des perceptions des médecins traitants, nous avons choisi de faire appel à la validation par les répondants (« Respondent validation, Members checking »)⁸. Elle a amélioré la crédibilité de la recherche et permet de mesurer le degré de correspondance entre le point de vue du chercheur et celui des participants⁹. Sur les 5 MG impliqués dans l'étude, un seul (MGH2) n'a pas donné suite à ce processus de validation. Pour mieux corroborer les résultats de cette étude et assurer une validité externe, nous les avons confrontés dans une dynamique de triangulation théorique aux modèles de l'IS. Sur le plan méthodologique, la recherche qualitative constructiviste et phénoménologique a une place de choix pour comprendre ces processus interprétatifs et les comportements sociaux qui en découlent. Mais l'IS a aussi ses limites car elle est un « archipel » de différentes écoles de pensées parfois concurrentes qui n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur un tronc commun au-delà de la philosophie pragmatique et empirique qui la caractérise¹⁰. Les critiques de ces écoles de pensées viennent essentiellement des sociologies d'inspiration marxiste¹¹.

Interactionnisme symbolique, « terrain commun » concordance et relation thérapeutique

La rencontre entre le médecin et son patient est une interaction symbolique dans le champ mutuel d'influence que constitue la consultation médicale dans la continuité des soins. Le médecin doit réagir de manière flexible à la position fluctuante du patient dans son niveau d'implication¹². L'objectif entre patient et médecin est d'aboutir à une concordance, trouver un terrain d'entente, se mettre d'accord sur

le problème et la solution du problème en prenant en compte la perspective du patient qui devient expert de son problème en relation avec l'expertise médicale. Ce processus était intégré dans l'intervention DEADIEM. Ce principe de concordance a été développé dans la prise en compte de l'adhésion thérapeutique et la prise de décision médicale partagée¹³.

Trois interactions symboliques représentaient un « Terrain commun » concordant satisfaisant, avec une bonne alliance thérapeutique et une relation de confiance, des sentiments de sympathie permettant une bonne relation transférentielle (dans un cadre délibératif pour la première et paternaliste pour les deux autres). Dans quatre interactions, le « Terrain commun » manquait de concordance, avec une alliance thérapeutique problématique et un contre transfert perçu comme difficile à maîtriser pour les médecins avec une tendance à la fermeture. Ces interactions symboliques nuisaient à l'efficacité de la relation thérapeutique et en dernier ressort au changement de comportement du patient.

Les trois dernières interactions se situaient en position intermédiaire. Même si le « Terrain commun » et la concordance étaient problématiques, l'alliance thérapeutique et la relation de confiance étaient dans un contexte d'ouverture susceptible d'évoluer positivement pour les deux premières. Dans l'interaction MGF1 /Mr A, le problème venait plutôt de l'attitude défensive du patient bien repérée par son médecin et confirmée lors de l'intervention DEADIEM.

Au total, chaque interaction a pu être analysée comme une « pièce de théâtre médicale » où chacun a pu jouer son rôle avec parfois une « distance au rôle », ce « jeu » de rôle qui peut exister entre ce que le « Moi-personnage » devrait faire (la conduite prescrite) et ce que le « Je-personne » fait concrètement (la conduite effective). Le personnage renvoie plutôt au « Moi » et la personne joue le « Je » dans ce qu'elle fait dans la réalité au quotidien. E Goffman¹⁴ donne l'exemple d'une scène de « théâtre chirurgical » pour illustrer cette distance au rôle. Tout protocole chirurgical obéit à un rituel strict, gage d'une bonne performance technique et chaque « personnage » membre de l'équipe a un rôle précis à jouer. Au-delà de sa technicité, le « personnage » chirurgien doit jouer un rôle de régulateur et de modérateur pour optimiser l'opération. Les ordres directs du « personnage » permettent de rendre l'opération chirurgicale performante et efficace. Ils sont atténués par des formules de politesse qui favorisent un esprit de coopération ou l'utilisation de la plaisanterie. Ce type d'interaction d'amuseur public externalise des sentiments qui ont une fonction de réassurance et de protection au sein de l'équipe tout en maintenant une fonction d'autorité, chacun restant dans son rôle et acceptant le rôle des autres. La tonalité affective de chaque intervention apparaît dans chaque interaction. E Goffman parle d'échanges euphoriques quand ils mettent à l'aise, que la relation est satisfaisante, que la personne est impliquée¹⁵. Par contre, il parle de personnes que l'on ressent comme « défectueuses » (« faulty persons ») sur le plan communication et qui provoquent un échange dysphorique quand l'interaction est déplaisante et met mal à l'aise dans la relation.

E Goffman a beaucoup travaillé sur la « face ». Selon lui, le respect de la face de l'autre et le souci de ménager la sienne fondent tout échange. Chacun fait de la « figuration » (« face work ») en travaillant sur le sens et l'apparence pour garder la face et préserver celle des autres. « Perdre ou sauver la face », « faire bonne ou mauvaise figure », « faire grise ou bonne mine », « se voiler la face » sont des expressions qui montrent bien l'enjeu symbolique de la face dans l'interaction.

Conclusion

La variété de cas de figures interactionnistes retrouvée illustre la diversité que l'on peut rencontrer en pratique clinique. Cette approche interactionniste symbolique est intéressante car elle donne du sens à la rencontre entre les perspectives du patient et du médecin. Elle permet de développer la réflexivité des « personnes » et de comprendre en quoi la relation transférentielle et l'alliance thérapeutique peuvent être favorables ou défavorables au soin. Nous prolongerons cette discussion dans un second article en confrontant le concept d'interactionnisme symbolique avec le modèle ACP.

Références

1. Moreau A, Kellou N, Supper I et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *exercer* 2013;110:268-77.
2. Le Breton D. L'interactionnisme symbolique. 2ième.Paris:Presses Universitaires de France,2008.
3. Mead GH. Social Attitudes and the Physical World. In: *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press,1934.
4. Goffman E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. In New York: Doubleday,1956.
5. Moreau A, Pigache C, Supper I, et al. Démarche éducative d'Approche centrée patient chez des patients diabétiques de type 2 : quels processus d'adaptation et de changement permet-elle ? *exercer* 2017;134:258-66.
6. Stewart M, Brown J, Weston W , McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. third edition. Oxon: Radcliff medical press, 2014.
7. Moreau A. Intérêt et limites de l'Approche Centrée sur le Patient dans une démarche éducative vis à vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale. Approche phénoménologique exploratoire (étude DEADIEM). Thèse d'Université Claude Bernard Lyon 1,2013.
8. Barbour R. Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ* 2001;322:1115-7.
9. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320:50-2.
10. Benzies KM, Allen MN. Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *J Adv Nurs* 2001;33:541-7.
11. Burbank P, Martins D. Symbolic interactionism and critical perspective: divergent or synergistic ? *Nurs Philos* 2009;11:25-41.
12. Moreau A, Carol L, Dedianne MC et al. What perceptions do patients have of decision making (DM) ? Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study by focus group interviews. *Patient Educ Couns* 2012;87:206-11.
13. Pollock K. *Concordance in médical consultations. A critical review*. Oxon: Radcliffe Publishing,2005.
14. Goffman E. [La « distance au rôle » en salle d'opération]. *Actes Rech En Sci Soc* 2002;143:80-7.
15. Goffman E. [La communication en défaut]. *Actes Rech En Sci Soc* 1993;100:66-72.

Figure 1 : démarche clinique d'ACP

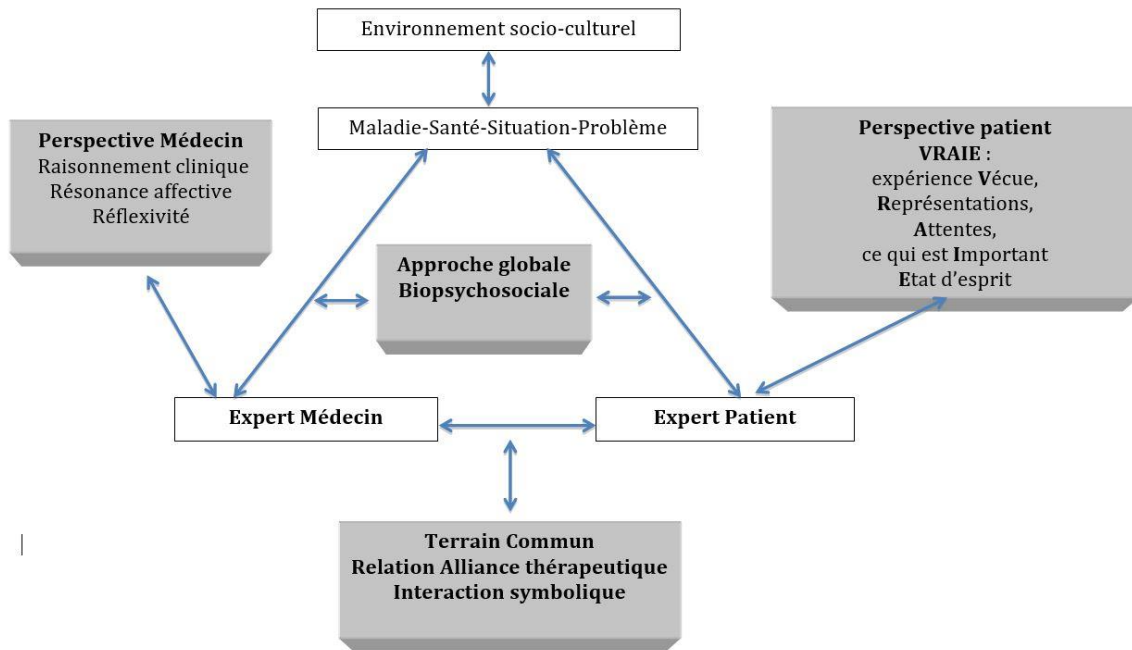


Tableau 1 : La perspective VRAIE du patient

V	Expérience Vécue de la maladie
R	Représentations de la maladie et des traitements, croyances, idées
A	Attentes vis à vis de la médecine et des médecins, demandes besoins
I	Ce qui est Important, les préférences, les objectifs de vie, les valeurs, ce qui a du sens
E	Etat d'esprit, disposition d'esprit

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins généralistes ayant inclus les patients

Médecin	Sexe	Age	Nombre de patients recrutés	Ancienneté Professionnelle	Type d'exercice	Maître de stage Universitaire
MGF 1	F	53 ans	4	27 ans	Urbain	Oui
MGH1	H	62 ans	1	31 ans	Urbain	Oui
MGF2	F	63 ans	2	33 ans	Urbain	Oui
MGF3	F	35 ans	1	5 ans	Urbain	Non
MGH2	H	53 ans	2	28 ans	Urbain	Non

Tableau 3 : Caractéristiques socio démographiques des patients

Patient	Sexe	Age	Etat civil	Situation sociale	Ancienneté du diabète	Résultats de l'intervention DEADIEM
Mr A	H	57	Marié	Retraité (commerçant)	15 ans	-
Mme B	F	77	Veuve	Retraitee (couture)	9 mois	+/-
Mr C	H	74	Marié	Retraité (vitrier)	10 ans	-
Mr D	H	60	Marié	Retraité (technicien)	2 ans	+
Mme E	F	75	Mariée	Retraitee (Commerçante)	6 ans	+
Mme F	F	73	Veuve	Retraitee (confection)	6 ans	+
Mr G	H	56	Marié	Chômage	2 ans	+
Mme H	F	53	Divorcée	Cadre supérieur	8 ans	+
Mr I	H	59	Marié	Cadre supérieur	9 ans	+
Mme J	F	55	Mariée	Femme de ménage	< 1 an	+/-