



HAL
open science

Interactionnisme symbolique : quel impact sur la réflexivité, la métacommunication et le “ terrain commun ” dans la relation thérapeutique ?

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

► To cite this version:

Moreau Alain, Guyon Mariane, Zorzi Frédéric, Supper Irène, Pigache Christophe, et al.. Interactionnisme symbolique : quel impact sur la réflexivité, la métacommunication et le “ terrain commun ” dans la relation thérapeutique ? : Partie 2 synthèse pédagogique dans le cadre du professionnalisme. Exercer, 2023, 193, pp.216-221. hal-04134049

HAL Id: hal-04134049

<https://hal.science/hal-04134049>

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 la réflexivité, la métacommunication et le « terrain commun » dans la relation thérapeutique ? (Partie 2 synthèse pédagogique dans le cadre du professionnalisme)

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

Alain Moreau^{1,2}, Mariane Guyon², Frédéric Zorzi², Irène Supper², Christophe Pigache², Thierry Farge², Christian Dupraz², 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 : 30 410

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

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

Résumé

L'interactionnisme symbolique (IS) interpelle la réflexivité et la prise de conscience de Soi qui favorisent la rencontre des perspectives du patient avec celles du médecin. Le travail sur la « conscience de Soi » facilite la maîtrise du contre transfert et les processus de changement. Il permet une métacommunication entre patients et médecins dans le cadre du « terrain commun ». L'IS donne du sens à ce « terrain commun » dans le cadre des compétences approche centrée patient (ACP) et professionnalisme.

Summary

Symbolic interactionism (SI) calls to mind reflexivity and self-consciousness favouring an encounter between patient and doctors' perspectives. Working on self-consciousness facilitates working on countertransference and processes of change. It enables to establish a patient-doctor metacommunication based on their common ground. SI supports the sense of this common ground integrated in the competence patient centered care and professionalism.

Contexte

Selon le modèle de l'interactionnisme symbolique (IS), chaque personne est un acteur social qui interagit dans une dialectique transactionnelle avec autrui et son environnement, en construisant un univers de sens¹. Chacun possède un « Soi » (« self »), instance de réflexivité et de délibération intime entre le « Moi » (ce que je crois connaître de moi et des autres dans un groupe social donné) et le « Je » (ce que je suis et mon action au quotidien dans mon interaction avec les autres). L'interaction permet un échange qui a du sens et favorise une réciprocité des perspectives². Chaque personne élabore un personnage, une sorte de façade symbolique, une figure de style qui correspond au rôle que chacun entend jouer dans l'interaction avec plus ou moins une « distance au rôle »³ entre le personnage et la personne, entre le « Moi » et le « Je ». L'enjeu est de comprendre le jeu en triangulation qui se joue entre ces 3 instances pour chaque acteur social patient et médecin. Dans l'ACP, l'interaction médecin-patient prend sens quand elle débouche sur un « terrain commun » (« Common ground »)⁴ de compréhension de la situation problématique biopsychosociale. Ce terrain commun vise à établir une concordance ou constater une discordance sur les solutions et le rôle que chacun veut ou peut jouer dans le cadre de la « dramaturgie médicale » de la consultation. Dans le cadre de l'étude phénoménologique DEADIEM, dix patients présentant un diabète de type 2 et leurs cinq médecins traitants ont été interviewés (cf N° d'Exercer partie 1 à noter). Dix interactions symboliques ont impliqué des « personnages » très diversifiés avec 3 types de situation : le « terrain commun » pouvait être concordant entre « personnages » médecin et patient dans un contexte relationnel de confiance et une bonne alliance thérapeutique (3/10). Il pouvait être discordant avec une relation thérapeutique problématique et des représentations « personnages » provoquant une relation transférentielle difficile à maîtriser (4/10). On retrouvait une situation intermédiaire (3/10) avec, d'une part un « terrain commun » difficilement concordant mais une relation thérapeutique satisfaisante et d'autre part une relation thérapeutique insatisfaisante malgré un « terrain commun » minimal.

Dans le cadre du professionnalisme et de l'ACP, l'interactionnisme symbolique (IS) interpelle la réflexivité autour de la conscience de Soi (entre le Moi et le Je, le personnage et la personne) et la communication avec le patient dans la construction d'un « terrain commun » et d'une relation thérapeutique. L'objectif de cet article est de prolonger la discussion à partir de cette recherche qualitative entre des concepts issus des sciences humaines et sociales et le concept de démarche clinique ACP en se posant plusieurs questions.

- Comment l'IS peut être un outil permettant une pratique réflexive ?
- Comment un travail réflexif sur la « conscience de Soi » facilite les processus du changement dans le cadre d'une IS ?
- Comment l'IS permet une métacommunication entre patients et médecins dans le cadre du « terrain commun » ?
- Comment l'IS donne du sens au « terrain commun » ?

L'IS : un outil pour une pratique réflexive dans le cadre de l'ACP ?

Le modèle biomédical renvoie à la médecine d'une personne. Le modèle ACP renvoie à une médecine entre 2 personnes en interaction. Le médecin « en tant que personne » doit prêter attention à cette

dimension affective et à son ressenti⁴. La réflexivité est un concept anthropologique impliquant la prise en compte par le professionnel de données objectives et de sa propre expérience subjective⁵. La consultation est en soi un processus « réflexif » : le patient parle de ses problèmes (motif de consultation) et le médecin écoute et observe. Le médecin pose des questions et examine le patient. Médecin et patient négocient une compréhension commune de la situation et une réponse thérapeutique. A toutes les étapes, le médecin va essayer de comprendre le patient et sa perspective. Il prend aussi de la distance à la recherche de signes objectifs par des questions précises et par son examen clinique. Il fait aussi appel à son expérience personnelle emmagasinée au fil du temps dans sa mémoire. Dans sa dernière version du modèle clinique ACP⁶, Stewart insiste, dans le cadre de la relation thérapeutique, sur cette nécessaire connaissance de Soi (Self awareness) du thérapeute qui va entrer en résonance affective avec des patients parfois difficiles.

Connaitre l'autre nécessite de mieux connaître son **Soi** et cette délibération continue entre le **Moi** (l'image que j'ai de moi et que je donne à voir à l'autre par **mon personnage**) et **Je** (la personne qui agit concrètement) dans une démarche réflexive à partir d'une interaction symbolique avec l'autre. Par exemple, l'expérience vécue de MGH1 dans l'étude précédente va entrer en « résonance affective » avec la problématique de Mr D dans son rapport à la diététique. L'expérience de vie et l'état d'esprit de MGH1 constituent les fondements d'une meilleure connaissance et compréhension du patient Mr D au même titre que ses connaissances et ses compétences médicales. Il aurait pu « reformuler » et « réfléchir » en miroir la problématique du patient par son expérience personnelle, sa connaissance de Soi, sa résonance affective et empathique pour mieux faire progresser le patient. Il s'est bloqué sur le côté « châturant » du personnage patient en empêchant toute évolution de sa perception, en lui faisant ressentir une impuissance à le faire évoluer et renforçant sa croyance en l'impossibilité de changement de Mr D. Être à l'écoute de son contre transfert lui aurait permis de dépasser ce blocage.

La première composante de la démarche ACP consiste à être à l'écoute de la perspective VRAIE du patient⁷. La démarche ACP DEADIEM a permis l'expression de la perspective « VRAIE » de la personne médecin traitant sur sa perception du patient en miroir de cette perspective VRAIE du patient.

- Comment je **Vis** ma relation avec ce patient ? Sentiments de découragement, d'impuissance (« MGF1/ Mr C, MGF2/Mme E, MGH1/ Mr D, et MGH2/Mme J) ou relation satisfaisante « ça roule » (MGF1/ Mme B, MGF2 /Mme F, MGF3/ Mr G).
- Comment je me **Représente** le patient ? Un « enfant châturant » incapable de changer (MGH1/ Mr D), une personne agréable et gentille (MGF1/ Mme B, MGF2 /Mme F), une personne capable de changer (MGF3 / Mr G, MGF1/Mr A), une « cause perdue » incapable de changer (MGF2/Mme E)
- Qu'est-ce que j'**Attends** de ce patient ? Qu'il écoute mes conseils MGH1/ Mr D qu'il fasse attention, à sa mesure (MGF3 / Mr G).
- Qu'est ce qui est **Important** pour moi dans ce qu'il véhicule comme préférences, valeurs ou sens de la vie ? Les valeurs, le sens de la vie du patient heurtent les miennes (MGF1 /Mr C, MGF2 / Mme E ; Mme MGH1/ Mr D ; MGH2/ Mme J) il s'adapte, fait à sa mesure et ça marche (MGF3/ Mr G).

- Quel est mon **Etat** d'esprit ? Travailler sur son état d'esprit permet de mieux comprendre et donner du sens aux attentes et aux représentations. Il contribue à l'instance délibérative et réflexive du Soi. Par exemple ressentir côté patient « mon diabète est une catastrophe » peut avoir plusieurs sens : « je sais que c'est grave mais je m'en fous je veux profiter » (Mr A) ; « ça sert à rien de vivre comme ça mais je veux pas souffrir » (Mr C) ; « je veux vivre longtemps donc j'ai besoin d'être rappelé à l'ordre, qu'on me rassure et m'encourage » (Mr G) ; Dans deux IS, les médecins ont eu une perception positive des capacités de changement du patient et une perception négative dans deux autres IS.

C'est un élément essentiel de l'effet placebo c'est-à-dire l'effet thérapeutique non spécifique⁷. L'état d'esprit guide les processus attentionnels et motivationnels essentiels aux changements. L'empathie va accentuer l'état d'esprit positif et atténuer l'état d'esprit négatif. Le conditionnement à l'effet placebo remonte à l'enfance, à la façon dont l'entourage et l'environnement socioculturel vont prendre soin de l'être humain en devenir et façonner sa disposition d'esprit, son « être Soi » et son sentiment d'efficacité personnel⁸.

Ces perspectives sont-elles toujours « vraies » au quotidien?

Le comportement, à travers le personnage exprimé, le rôle adopté, est-il authentique, sincère, conscient/ inconscient ou uniquement une mise en scène et un jeu d'acteur déconnecté de la personne ? On peut être insincère et intimement convaincu de sa sincérité. L'apparence du personnage est en lien avec la réalité mais doit être questionnée en tant que perception subjective pour rejoindre la personne en utilisant ses propres capacités personnelles à comprendre l'autre en tant que personne⁹. Le questionnement de la personne médecin autour du VRAIE peut être un outil de la pratique réflexive. On peut travailler consciemment ce que l'on est en tant que personne, sur les ressentis, sur la violence de son vécu en faisant la part de la personne et du personnage dans le cadre d'une formation professionnelle (Groupe Balint, Groupe de Pairs...). La dimension éthique de cette dialectique personne/personnage et de son côté possiblement manipulateur doit être aussi rappelée et interpellée. L'objectif est d'être réaliste et d'avoir conscience des limites de cette pratique réflexive qui ne peut pas résoudre par la relation et l'alliance thérapeutique des problématiques liées à des déterminants sociaux, culturels et éducatifs. Être réaliste c'est aussi faire le deuil de la toute-puissance de la médecine. Cela fait partie de la démarche ACP et d'une capacité réflexive du médecin en tant que personne. Elle permet de limiter la charge mentale.

IS, conscience de soi, et processus de changement

Dans le cadre de la pratique réflexive, le concept de « connaissance-conscience de soi » (self awareness self consciousness)¹⁰ permet de comprendre comment les processus motivationnels du modèle transthéorique¹¹ et le processus transactionnel « coping »¹² peuvent s'articuler dans l'IS. La connaissance-conscience de Soi est une attention que l'on porte à Soi, cette instance délibérative de l'IS entre le Moi (personnage) et le Je (personne). Selon ce concept, chaque Soi se fait une idée normative des attitudes ou des traits de personnalité que chacun doit adopter pour le bien vivre en société et en bonne santé. La conscience de Soi va entraîner une autoévaluation et un jugement de valeur entre ce que l'on connaît de Soi (le « Moi ») et les normes (le Surmoi freudien). Par comparaison,

elle va provoquer un certain degré de divergence et de conflit socio cognitif. Cette situation va entraîner des réactions émotionnelles positives (en cas de faible divergence et conformité à la norme idéale) ou négatives (en cas de forte divergence par rapport à la norme). Les émotions associées à l'attention sur soi activent un processus d'attribution qui donne une explication et vise à modifier des éléments de soi ou la norme¹². Quand la divergence est forte entre le « Moi » image de Soi et la norme, l'estime de soi va diminuer. Si une expérience vécue entraîne un ressenti émotionnel négatif dans une forte divergence entre le « Moi » et la norme, la régulation du Soi se fait en modifiant plutôt le ressenti. Par exemple, l'impossibilité de réduire la divergence entre les conseils hygiéno-diététiques proposés par le médecin et le comportement réel du « Je » va provoquer une dissonance cognitive, un conflit socio cognitif et un ressenti émotionnel négatif que le patient va tenter de réguler en modifiant plutôt son ressenti par un « coping » émotionnel défensif. Nous l'avons observé chez le personnage de Mr A « sympathique-bon vivant » qui acquiesce en apparence face au personnage Dr « qui me branche » mais préfère profiter de la vie et se conduire comme un adolescent désobéissant en tant que personne. Mr C « dérision-désespoir » se présente comme le personnage de « l'abruti parfait » qui n'écoute plus son personnage Dr « soigne moi pour pas souffrir » et préfère en tant que personne qu'on le laisse tranquille tout en lui évitant de souffrir

Si le conflit porte entre le « Je » de la personne qui agit au quotidien et le « Moi », image de Soi idéale renvoyant à une valeur morale-norme qui devient personnelle (Surmoi), la régulation par le Soi de l'IS se fera par un changement de comportement (modèle de Gibbons). La norme devient comme un déclic, un signal, une valeur qui sert de référence à un changement de comportement. Provoquer des conflits sociocognitifs et faire émerger la divergence, l'ambivalence, les dissonances cognitives (discours-changement de l'entretien motivationnel) peuvent faire évoluer cette prise de « conscience de soi »¹³. Nous avons retrouvé cette situation chez Mme H, Mr G et Mr I qui ont manifesté des capacités réflexives sur leurs contradictions et leurs dissonances cognitives lors de l'intervention ACP DEADIEM¹⁴. Dans sa relation avec son « Dr régime » qui ne le comprend pas, Mr D est en grande divergence ce qui le pousse à faire semblant d'être un enfant obéissant (personnage) tout en ne faisant rien pour changer car il vit dans l'échec (la personne). La démarche ACP empathique DEADIEM, sans jugement de valeur, sans pression de performance et adaptée à ses capacités de changement, lui ont permis d'exprimer ce qu'était sa personne. Ceci lui a permis de quitter progressivement son personnage de « patient châtrant » et de retrouver un sentiment d'efficacité personnel (SEP)⁸. Il est passé d'un « coping » émotionnel défensif initial à un « coping » centré sur le problème¹⁴. Lors de l'intervention DEADIEM, Mr A, très défensif, avait cependant montré quelques capacités réflexives de prise de conscience de Soi qui permettent de comprendre les progrès par la suite décrits par son médecin traitant⁷.

Au total, si le médecin, en tant que personne, établit une relation centrée sur la personne dans une écoute compréhensive qui relativise et déconstruit le personnage du patient et son propre personnage (qui joue un rôle pourtant coconstruit avec le patient au cours du temps) on peut penser que le conflit socio cognitif et le système défensif vont diminuer favorisant de possible changement. La réflexivité et la prise de conscience de Soi du médecin en tant que personne et non plus en tant que personnage « Moi Docteur Sachant », lui permet de mettre de côté son attitude jugement de valeur avec sa norme médicale qui bloque tout changement. Le dialogue entre 2 personnes autonomes favorise l'ouverture

et la compréhension de l'autre pour trouver un terrain commun humain qui ait un sens commun. En revanche, entre 2 personnages avec façade symbolique, scénario et jeu de rôle écrits d'avance, la « dramaturgie médicale » est bloquée.

IS, « terrain commun » et métacommunication

Dans une logique systémique, chaque séquence de communication est un échange d'informations et de « méta information » (information *sur* l'information, qui va « au-delà » de l'information simple) avec interaction entre chaque séquence¹⁵. Pour que la communication soit complète, il faut que chacun possède la même quantité d'informations et comprenne la même chose en « méta communication » pour construire un « terrain commun » qui ait un sens commun. Cela suppose de prendre du temps pour partir de ce que le patient sait déjà, ce qu'il a compris et se mettre à son niveau de littératie. Ceci n'est pas toujours possible et source de frustration pour les médecins. En communication habituelle, chacun a tendance à ponctuer la séquence de son propre point de vue en raisonnant, en logique binaire, en termes de cause à effet (très prévalente en médecine), alors que chacun est à la fois cause et effet du problème en logique circulaire cybernétique systémique. L'interaction MGH1-Mr D illustre ce système d'interaction de logique binaire comme un dialogue de sourds entre perspectives que l'on peut imaginer dans la dramaturgie médicale suivante entre les 2 personnages « Dr Régime-comprend rien » et « Mr Enfant-Châtrant ». La séquence perspective de Mr D (« Je ne change pas car le Dr régime ne me comprend pas et me prend pour un farfelu ») interagit avec celle de MGH1 « Gros monsieur châtrant ne peut pas changer à cause de son immaturité ». Dans la perspective de MGH1, le changement doit venir de Mr D qui doit devenir un adulte mature raisonnable pour ne plus mettre en échec systématiquement ses recommandations diététiques issues des données de la science normative.

Dans la perspective de Mr D, le changement doit venir de son médecin : il doit revoir son attitude « régime », vécue comme contrainte difficile à mettre en œuvre, et ne plus le considérer comme « incapable immature » en tant que personne. Ce type de changement est décrit comme changement de type 1 qui obéit à une logique de causalité binaire¹⁵. Il repose sur le « bon sens » qui présuppose que « toujours plus de la même chose » permettent de changer le comportement de l'autre (comme par exemple des conseils ou des attitudes normatives qui viennent de l'extérieur, du style « Y'a Qu'à...Faut que... »). Les « personnages » qui figent les représentations de l'autre rendent tout changement impossible tant que les 2 « personnes » ne se mettent pas en position de « métacognition » et « métacommunication » dans le cadre d'un changement de type 2 dans une logique circulaire. Ce changement « méta » permet de comprendre le problème et sa logique pour sortir d'un système de pensée et d'un cadre de référence qui aggravent le problème. Le changement de type 2 s'attaque aux effets actuels observables (qu'est ce qui se passe dans ma relation actuelle avec ce patient qui peut bloquer la situation ?) plus qu'aux causes (pourquoi mon patient ne fait pas ce que je lui dis de faire et qui serait pourtant bien pour lui ?).

Comme dans les analyses fonctionnelles des TCC¹⁶, la situation problématique est à considérer en tant que telle. Qu'est ce qui se passe ici et maintenant ? Quels sont les problèmes ? Comment fonctionne la situation actuelle du point de vue biopsychosociale ? On n'interroge pas l'histoire du « pourquoi en est-on arrivé là ? » dans une logique interprétative psychologisante, qui interpelle un passé qui n'est

plus là pour changer. On le retrouve dans l'interaction MGH1 vis-à-vis de Mr D qui n'arrive pas à trouver un terrain commun, faire une analyse compréhensive commune de la situation et trouver des solutions adaptées du fait d'une IS conflictuelle. A contrario, l'IS « façonnante » comme la décrit MGF3 vis-à-vis de Mr G illustre le cercle vertueux de changements systémiques de type 2, comme une danse à deux « personnes » qui s'ajuste « à mesure » (MGF3). On se retrouve sur un « terrain commun » en concordance des attentes dans un climat d'encouragement, un cadre thérapeutique rassurant et stimulant et une bonne alliance thérapeutique.

Dans l'étude DEADIEM, les changements s'opèrent chez Mr D quand le cadre de référence et relationnel change dans le sens d'une écoute de la personne plus empathique (même si ces changements sont difficiles à maintenir). L'intervention extérieure DEADIEM a joué un rôle « méta » et a permis un certain déblocage en se plaçant dans cette logique de changement de type 2. On le retrouve aussi dans l'interaction MGF1/ Me H, MGF2/Me E, MGH2/Mme J. Malgré la position « méta » de MGF1, l'intervention DEADIEM n'a pas permis de changement chez Mr C, montrant les limites d'une intervention ponctuelle dans le cadre d'une « dépression désespérante » (MGF1) avec un terrain commun non concordant et une alliance thérapeutique problématique. Il aurait pu bénéficier plus en amont d'une intervention pluriprofessionnelle répétée facilitant la dimension méta d'autres acteurs. Cette situation montre les limites d'une intervention ambulatoire isolée. Mais les attentes du patient étaient aussi limitées

IS et « terrain commun » : un sens commun ?

L'ethnométhodologie est une branche « réaliste » de l'IS et de la microsociologie, dont le chef de file est Garfinkel. Elle consiste à saisir progressivement un phénomène social ordinaire en situation avec ses acteurs à travers les procédures qui permettent de produire ce phénomène et de lui donner du sens¹⁷. Comment observe-t-elle une consultation médicale et donne-t-elle du sens au « terrain commun » coconstruit dans une pratique d'ACP ? La consultation médicale se construit à travers des gestes (examen clinique) et des mots échangés qui n'ont de sens que dans ce contexte donné (indexicalité)². Le patient utilise un vocabulaire descriptif qui organise son expérience vécue et des expressions bien connues qui donnent des significations à la situation (« *ça me gonfle, je n'accepte pas d'avoir le diabète* » Mme H). La consultation est une pratique en pensée et en langage verbal et non verbal qui décrit et construit la réalité de la maladie. Cette pratique donne du sens et crée des attentes qui vont de soi « Ad hoc » (« *j'aimerais perdre encore un petit peu parce que j'ai rendez-vous fin mai avec le docteur... (sinon), ça c'est la tronche* » Mr A). Le processus interprétatif de compréhension commune permet de construire un « ordre » médical permettant un terrain commun et un sens commun comme dans l'interaction MGF3/Mr G. La consultation donne la capacité à ordonner et réduire la complexité de la situation, à ranger en catégories typiques des connaissances (« *grave, urgent...* »), mais aussi des jugements de valeurs (« *elle est gentille* » ... « *elle n'est pas capable* » « *ce n'est rien...* ») qui peuvent heurter comme stigmatisant et réducteur et donc bloquer la relation comme nous l'avons vu précédemment avec l'interaction MGH1 / Mr D. Dans l'implicite social, le médecin prescrit une ordonnance et le patient est censé observer la prescription. Cela permet une économie d'explicitation, facilite la fluidité du lien social, la rencontre avec l'autre ... et peut masquer aussi les conflits (sur

l'observance par exemple). Au fil du temps, la confiance sécurise l'interaction. L'expérience vécue de la pratique de la consultation procure un cadre de référence à ses interprétations et donne du sens au monde de la maladie. Le patient se construit un sens commun qui lui permet de se repérer et interagir avec son médecin traitant dans une réciprocité des perspectives comme on l'a vu dans l'interaction « façonnante » MGF3 / Mr G (56 ans). Les IS MGF1-Mme B (77 ans) et MGF2- Mme F (73 ans) avait un sens commun et une concordance d'attentes de relation paternaliste qui rendait les consultations « fluides et économiques ». Même si cette vision ethnométhodologique du sens commun rend compte de nombreuses situations de consultation, il ne faut pas l'idéaliser et l'essentialiser. On perçoit bien les difficultés de se comprendre et trouver un sens commun dans la rencontre entre deux univers culturels différents (comme dans l'interaction MGH2/ Mme J (d'origine algérienne) dans laquelle MGH2 parle de « barrières culturelles » qui ne facilitent pas la communication et donc la pratique « fluide et économique » de la consultation). La complexité de l'histoire de vie d'un patient comme Mr C, même abordé dans une démarche ACP, ne permet pas de dégager le terrain commun et son sens commun sauf prendre en compte sa demande de ne pas souffrir dans l'accompagnement de sa fin de vie.

IS, ACP, professionnalisme et pratique réflexive

Cette approche IS dans la pratique médicale à travers l'étude phénoménologique sémio pragmatique DEADIEM donne un éclairage des sciences humaines et sociales qui nous permet d'améliorer notre pratique réflexive. Elle nous incite à nous mettre en position « méta » face à la complexité de la pratique médicale. Elle nous aide à nous poser les bonnes questions (**tableau 1**). L'IS vient aussi en interaction avec l'ACP qu'elle interpelle dans toutes ses composantes : prendre en compte les perspectives du patient et du médecin dans une approche holistique, développer le « terrain commun » en vue d'une concordance et donner du sens à la relation pour favoriser une alliance thérapeutique. L'ACP n'a de sens que dans une interaction symbolique et une dynamique de soins centrés sur la relation (« Relationship centred care » RCC). Celle-ci est basée sur les concepts de partenariat, d'attention au processus relationnel, à la décision partagée et la conscience-connaissance de soi dans ce processus¹⁸. Une interaction relationnelle riche sur le plan affectif, créative de curiosité, délibérative, qui donne du sens et de la confiance peut provoquer des changements alors qu'une interaction relationnelle basée sur la peur, la culpabilité, la pression de performance à tout prix, provoque des réactions défensives défavorables au changement. L'observation par le médecin du style relationnel symbolique que lui ou le patient adopte est un enjeu essentiel dans l'ici et maintenant d'une consultation.

Mais le « Soi, Moi, Je » de chaque acteur social en interaction symbolique est aussi confronté aux déterminants sociaux, à la construction des modèles de rôles, à la culture, l'éducation, la littératie en santé qui interviennent dans la relation de soin médecin patient en limitant son impact. Ces champs sociologiques font appel à d'autres école de pensée sociologique et anthropologique qui interpelle l'IS et en fixe les limites du point de vue conceptuel.

Elle mériterait un travail de dialogue et un espace de débat plus approfondi entre recherche en sciences humaines et sociales et recherche en médecine générale phénoménologique et pragmatique avec un objectif d'hybridation entre ces deux mondes.

Dans le cadre du professionnalisme, l'interactionnisme symbolique pousse le médecin à la réflexivité sur la connaissance de soi, la résonance affective et la relation transférentielle dans une logique systémique de métacommunication entre les perspectives VRAIES de chaque personne/personnage patient médecin. Elle permet de coconstruire et « faire émerger » (énaction) un « terrain commun » favorable à une alliance et relation thérapeutique qui a du sens. Elle peut s'enseigner par des pratiques pédagogiques adaptées (jeux de rôles, groupe d'échange de pratique, supervision type ALOBA, groupes de pairs, groupe Balint ...).

Références

1. Mead GH. Social Attitudes and the Physical World. In: Mind, Self, and Society. Chicago: University of Chicago Press,1934.
2. Le Breton D. L'interactionnisme symbolique. 2ième.Paris:Presses Universitaires de France,2008.
3. Goffman E. [La « distance au rôle » en salle d'opération]. Actes Rech En Sci Soc 2002;143:80-7.
4. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087-110.
5. Baarts C, Tulinius C, Reventlow S. Reflexivity : a strategy for a patient-centred approach in general practice. Fam Pract 2000;17:430-4.
6. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. third edition. Oxon: ed Radcliff medical press; 2014.
7. Zion S, Crum A. Mindsets Matter. A New Framework for Harnessing the Placebo Effect in Modern Medicine. Int Rev Neurobiol 2018;138:137-60.
8. Bandura A. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. 2ed. Bruxelles:De Boeck & Larcier,2007.
9. Goffman E. The Presentation of Self in Everyday Life. In New York: Doubleday,1956.
10. Auzoult L. Conscience de soi et régulations individuelles et sociales. Paris:Dunod,2012.
11. Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. Am Psychol 1992;47:1102-14.
12. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris:Dunod,2002.
13. Miller W, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 1ième édition. Paris:InterEditions -Dunod,2006.
14. 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.
15. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. [Changements Paradoxes et psychothérapie]. Paris: Le Seuil,1975.
16. Cottreaux J. Les psychothérapies comportementales et cognitives. 5ed. Issy-les-Moulineaux:Elsevier Masson,2011.
17. Garfinkel H. Le programme de l'ethnométhodologie. In: De Fornel M L'ethno-méthodologie – Une sociologie radicale. Paris :La découverte,2001.
18. Suchman A. A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care.Complex Responsive Processes of Relating. J Gen Intern Med 2006;21:S40-44.

Tableau 1 : IS, professionnalisme et réflexivité

IS, professionnalisme et réflexivité : les bonnes questions à se poser
<ul style="list-style-type: none"> • Quelle personne je suis vis-à-vis du patient (le Je) ? Quel personnage je joue vis-à-vis de lui (le Moi) ? (Congruence, cohérence ?) • Qu'est-ce que je perçois de la perspective VRAIE du patient ? Quelle est ma perspective VRAIE sur lui ? • En quoi la situation de la personne résonne affectivement avec ma propre personne (transfert/ contretransfert) ? En quoi cela interfère avec mon raisonnement clinique ? • Qu'est ce qui se dégage comme « terrain commun » (concordant/ discordant, entente/mésentente, compréhension/incompréhension) et avec quel sens ? • Quel jeu de rôle (facilitateur ou obstacle) chacun de nos personnages joue dans la relation thérapeutique (alliance-confiance/attitudes défensives ?) • Comment je peux méta-communiquer sur ce que je perçois des interactions relationnelles entre nous pour favoriser la relation thérapeutique ?