Introduction

Laurence POURCHEZ(1), Matthieu LUSTMAN(2),
Jean-François HUMBLOT(3)

(1) Professeure d'anthropologie, INALCO, Paris, laboratoire PLIDAM, membre de l'Institut La Personne En Médecine (2) Sociologue, médecin généraliste. Chargé d'enseignement au département de médecine générale de la Faculté de médecine de Créteil. Président de l'association Sciences Humaines et Santé, et membre fondateur du GROUMF (3) Infirmier anesthésiste, directeur d'IFSI et IFAS, docteur en anthropologie, laboratoire PLIDAM, Paris

Les relations entre soignants et soignés, qui se sont longtemps appelées, dans une logique paternaliste « relations médecins/malades », sont au cœur des pratiques médicales et constituent un sujet d'étude complexe qui nécessite une approche pluri- voire transdisciplinaire. Elles constituent un sujet d'étude qui ne se dévoile pas facilement, tant le champ d'étude est vaste et ne se limite pas à la seule biomédecine. En effet, les relations entre soignants et soignés concernent tant la relation qui s'établit, en occident, entre le soignant et son patient que celle qui se met en place, dans les cultures autres que la culture biomédicale, entre le tradipraticien et le demandeur de soin. Il convient alors, pour tenter d'appréhender la nature de la relation soignant-soigné, ce qu'elle comprend, la manière dont elle est construite et perçue, d'interroger un ensemble d'acteurs très variés, d'essayer de saisir les enjeux présents dans la relation pour les uns et les autres, ainsi que les interactions sociales et leurs interdépendances (Elias, 2016). Cette complexité s'explique par la nature multidimensionnelle des interactions, qui englobent des aspects tant médicaux, que psychologiques, sociaux, culturels et éthiques. La relation soignant/soigné comprend en outre de nombreuses évolutions sociohistoriques qui l'inscrivent dans une dynamique et une construction sociale de la réalité (Berger et Luckmann, 1966). Les médecins parlent quant à eux, d'approche biopsychosociale.

Le cadre culturel dans lequel ces acteurs s'inscrivent est particulièrement important. Il comprend en effet les représentations sociales qui tissent la relation et les différentes philosophies qui sous-tendent cette même relation. De plus, il ne faut pas oublier de prendre en compte les aspects économiques, juridiques, éthiques, démocratiques, institutionnels, artistiques, managériaux qui donnent un cadre et structurent cette relation soignant/soigné. Enfin, il convient d'aborder la question de la technologie avec

le développement d'outils numériques en progression constante. Ces outils sont de plus en plus présents tout au long du parcours du patient. Ils facilitent ou complexifient la relation entre soignant et soigné et peuvent être considérés comme des actants (Latour, 2007).

Y a-t-il différentes manières d'envisager la relation soignant-soigné selon que l'on est médecin, infirmier, sage-femme, pharmacien, praticien de médecine chinoise ou ayurvédique, thérapeute non conventionnel, tradipraticien, neo-tradipraticien, herboriste… ?

Comment la définit-on ?

1 État des lieux des relations soignants-soignés : pour une approche pluri- voire transdisciplinaire

Dès 1917, Rivers, qui était médecin et anthropologue, avait compris que le lien qui unit le tradithérapeute et son malade repose en grande partie sur la culture et sur ce que Good (1994) nomme le « monde du patient ». Dans les années 1950, alors qu'aux USA, Paul (1955) mettait en évidence ce qu'il qualifiait de naïveté des professionnels de santé dès lors que ceux-ci se trouvaient dans une relation soignant-soigné hors des cadres occidentaux ou strictement biomédicaux ; en sociologie de la santé, les premiers travaux consacrés aux relations soignants-soignés ont considéré cette relation sous l'angle sociologique de la déviance à la norme consécutive à la maladie (Parsons, 1951). Les relations étaient analysées tant du point de vue du médecin que de celui des patients (et il est à noter que dans ces premiers travaux, seul le médecin est considéré comme partenaire thérapeute dans la relation soignant-soigné).

Pour Parsons, c'est le médecin qui, validant l'état de malade de son patient, lui permet à la fois d'officialiser sa situation de sortie de la société puis, après la guérison, de reprendre sa place dans le corps social. Il est le premier à aller au-delà des variables biologiques et des variables sociales associées à la maladie en énonçant ce qui est en fait une évidence : une personne est considérée comme malade quand elle se sent malade, quand elle se dit malade, quand elle a l'air malade, et la reconnaissance du statut de malade est d'autant plus forte que le médecin (ou de manière plus générale, le thérapeute) valide cet état. Ces éléments sont ceux qui conditionnent l'entrée dans le « rôle du malade » (Renaud, 1985). La relation soignant-soigné se limite donc, pour Parsons, à celle qui s'établit dans le cadre de l'examen clinique. Pour autant, il note que les relations qui s'établissent entre un individu, son thérapeute et sa maladie sont, d'une certaine manière, les rapports que ce même individu entretient avec la société.

La relation soignant-soigné peut donc, dans un premier temps, être définie, pour le monde biomédical comme un lien intersubjectif et asymétrique, structuré par des facteurs médicaux, sociaux, culturels, éthiques et contextuels, impliquant une diversité d'acteurs dans la prise en charge des patients. Selon ces premiers travaux, elle constituerait une relation bilatérale asymétrique au sein de laquelle le soignant, détenteur de savoirs et compétences, s'engage à offrir des soins préventifs, curatifs ou palliatifs, tandis que le soigné est celui qui bénéficie de ces soins. Cette asymétrie repose alors sur la différence de rôles : le soignant est celui qui sait, il est actif et expert, tandis

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

que le soigné est supposé ne pas savoir, être en demande d'aide ou de soutien et il est attendu de lui qu'il soit au minimum compliant.

Certains chercheurs ont tenté d'aller plus loin. Ainsi, Freidson (1984) analyse la construction sociale de la maladie en examinant plus spécifiquement le point de vue des patients ; Anne Véga (2000, 2001), quant à elle, décrit les relations qui s'établissent, au sein des structures hospitalières, entre personnels soignants (infirmiers, aides-soignants) et patients.

Ces premières visions et définitions ont évolué pour inclure divers professionnels de santé et mettre en avant l'importance d'approches qui peuvent être interdisciplinaires et collaboratives, pluridisciplinaires voire transdisciplinaires[1], celles-ci étant, à terme, susceptibles de transformer la relation asymétrique en une relation qui le serait moins. En effet, bien que la relation soignant-soigné soit traditionnellement décrite comme asymétrique, cette asymétrie n'est pas une fatalité et peut être atténuée, voire transformée, selon les contextes et les approches adoptées.

L'ouvrage que nous proposons ici suggère que la relation soignant-soignés va bien au-delà de ces premières approches. Il s'intéresse au lien particulier qui s'établit entre les malades et chaque catégorie de thérapeutes, tant ceux de la biomédecine que les tradithérapeutes ou ceux qui relèvent des médecines dites non conventionnelles ou des pratiques d'accompagnement telles que le coaching ou le recours aux thérapies par l'art (théâtre, arts plastiques…). Notre réflexion analyse également la manière dont les nouvelles technologies sont venues modifier les relations soignants-soignés. Il est en outre possible d'interroger le rôle de la transaction financière dans la relation soignant-soigné ou de revisiter l'opposition, souvent présentée dans les études sociologiques et anthropologiques entre cure et care, ce couple de concepts étant supposé être à la base de la relation.

[1] Dans le cas d'une approche interdisciplinaire et collaborative : l'approche interdisciplinaire implique une intégration des connaissances et des méthodes de plusieurs disciplines pour créer une compréhension commune. Les frontières disciplinaires sont franchies pour construire un cadre collaboratif et partagé.
Application dans la relation soignant-soigné : Cette approche permet, par exemple, de combiner des perspectives médicales, psychologiques et sociologiques pour mieux comprendre les besoins du patient. Elle favorise l'élaboration de solutions globales en intégrant les savoirs pour répondre à des problématiques complexes comme l'accompagnement en soins palliatifs ou la gestion des maladies chroniques.
Exemple : Dans un projet interdisciplinaire, un médecin, un psychologue et un sociologue travaillent ensemble pour analyser les déterminants sociaux de la santé tout en adaptant les soins à la situation individuelle du patient. L'approche pluridisciplinaire, quant à elle, mobilise plusieurs disciplines qui travaillent côte à côte sur une problématique commune, mais sans nécessairement intégrer leurs méthodologies ou leurs cadres théoriques.
Application dans la relation soignant-soigné : ici, chaque discipline conserve ses propres outils et perspectives. Par exemple, un médecin pourrait traiter les symptômes physiques tandis qu'un psychologue s'occuperait des aspects émotionnels, sans qu'il y ait de réelle fusion des approches.
Exemple : Une équipe soignante composée d'infirmiers, de médecins et d'assistants sociaux collabore sur le même cas clinique mais avec des interventions distinctes et peu d'interactions méthodologiques.
Enfin, l'approche transdisciplinaire dépasse les limites disciplinaires en intégrant non seulement les savoirs académiques mais aussi les connaissances pratiques et expérientielles (par exemple, celles des patients ou des aidants). Application dans la relation soignant-soigné : Cette approche vise une compréhension holistique en incluant toutes les parties prenantes (professionnels de santé, patients, familles) dans le processus de soin. Elle est particulièrement adaptée aux contextes où l'expérience vécue du patient est essentielle pour adapter les soins.
Exemple : Dans une démarche transdisciplinaire, un patient atteint d'une maladie chronique participe activement à la co-construction de son plan de soin avec les professionnels, en intégrant ses besoins personnels et son vécu dans la prise de décision.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Nous tentons donc, dans un espace limité, d'offrir aux lecteurs la possibilité, par le croisement des regards des différents auteurs, de mieux cerner un champ qui semble pourtant illimité. L'ambition serait d'interroger l'ensemble des processus à l'œuvre dans les relations soignants/soignés, dans toutes leurs dimensions et dans toute leur complexité. L'enjeu est de ne pas se focaliser uniquement sur l'échange entre deux acteurs. Notre ambition, et ce n'est qu'une ambition, une perspective qui s'ouvre, serait d'essayer d'analyser les relations soignants/soignés comme « un fait social total » au sens où l'entendait Marcel Mauss. Car comprendre les relations soignants/soignés nécessite de fonder l'analyse à partir d'angles et de regards multiples.

On l'a vu, la relation soignant-soigné est un concept complexe qui peut être envisagé différemment selon le type de professionnel de santé impliqué, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes, de pharmaciens, de praticiens de médecines traditionnelles (tradipraticiens ou neo-tradipraticiens[2]), de thérapeutes non conventionnels ou d'herboristes. Ces différentes perspectives peuvent se manifester de manière variable selon les acteurs en présence :

- Pour les médecins, traditionnellement, la relation médecin-patient a été centrée sur le diagnostic et le traitement, avec une forte autorité médicale. Dans ce cadre, les pathologies du patient influencent la nature de la relation (urgence, soins chroniques ou palliatifs). Les compétences techniques et cliniques du soignant sont également essentielles pour répondre aux besoins spécifiques du patient. Cependant, il y a un mouvement croissant vers une approche centrée sur le patient, où la communication et la prise de décision partagée sont essentielles ;
- Les infirmiers et les sages-femmes, parce que leur formation les sensibilise fortement à ce concept, mettent souvent l'accent sur le care, c'est-à-dire sur les soins continus et l'accompagnement du patient dans son parcours de santé. Ils jouent un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des maladies chroniques ;
- Le rôle des pharmaciens évolue vers une participation plus active dans le suivi thérapeutique et l'éducation des patients sur l'utilisation des médicaments, ce qui nécessite une relation collaborative avec les patients (Dioumassy, 2024).
- Les représentations collectives de la maladie et les croyances culturelles influencent les comportements des patients et des soignants. L'intégration des médecines traditionnelles ou non conventionnelles peut alors enrichir ou complexifier la relation selon les contextes culturels. De plus, certains tradipraticiens, praticiens de médecines chinoise, ayurvédique ou thérapeutes non conventionnels adoptent une approche holistique qui intègre les dimensions physique, émotionnelle et spirituelle du bien-être du patient. La relation est, dans ce cas, souvent perçue comme un partenariat au sein duquel le patient est activement impliqué dans son propre processus de guérison.
- Dans certaines cultures, tradipraticiens et néo-tradipraticiens jouent un rôle central en intégrant des pratiques traditionnelles avec des approches modernes (Aboidjé, 2024). La relation est alors souvent basée sur la confiance culturelle et les connaissances ancestrales (Abdmouleh, 2007, Pourchez, 2024).

[2] Voir à ce sujet, Aboidjé, 2024.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

- En outre, il ne faut pas oublier les travailleurs sociaux qui possèdent un rôle de soutien dans l'accès aux soins et de gestion des problématiques sociales. En effet, les déterminants sociaux de la santé (niveau socio-économique, accès aux soins) façonnent les attentes et les interactions entre les patients et les soignants et les inégalités sociales peuvent affecter l'équité dans la prise en charge du patient, la qualité de la relation qui s'établit avec le soignant.
- Enfin, il convient de ne pas sous-estimer le rôle des familles et des aidants qui constituent bien souvent les premiers partenaires dans les décisions et dans le suivi des soins.

1.1 Sous l'angle de la biomédecine

La relation soignant/soigné a été traitée sous l'angle de la biomédecine de différentes manières. Elle est fondamentale dans le serment d'Hippocrate où elle apparaît sous forme de morale ou de vertu. Pourquoi, alors, parle-t-on d'asymétrie dans la relation soignant/soigné ?

L'asymétrie repose tout d'abord sur l'expertise du soignant : Le soignant est détenteur de savoirs scientifiques, techniques et cliniques que le patient est supposé ne pas nécessairement posséder. Elle s'appuie ensuite sur le principe de vulnérabilité du soigné. En effet, le patient est souvent en situation de fragilité physique, psychologique ou sociale, ce qui le place dans une position de dépendance vis-à-vis du soignant. Enfin, le soignant est porteur d'un pouvoir décisionnel qui influence fortement la relation. Historiquement, il avait même un rôle paternaliste, prenant les décisions « dans l'intérêt du patient », parfois sans consultation approfondie. La relation soignant/soigné était alors décrite « comme une confiance qui rencontrait une conscience », sous l'impulsion de l'éthique médicale et des sciences humaines et sociales. L'asymétrie est donc inhérente à la nature même de la relation telle qu'elle a été conçue dans un cadre biomédical classique.

Mais ces dernières décennies, le concept d'autonomie s'est imposé[3]. Cependant l'approche que privilégient de plus en plus les médecins pour s'y confronter est le concept de communication (Lussier et Richard, 2016) qui est plus opérationnel ou s'il faut être moins directement prescriptif celui d'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2024).

La relation soignant/soigné trouve sa place dans les recommandations scientifiques. En effet *l'Evidence Based Medicine* sur laquelle s'appuient, pour une bonne part, les sciences médicales, ne se limite pas à la science mais insiste également sur le fait que le protocole ne doit pas être déroulé mais adapté à chaque patient. Ainsi la singularité de la personne est prise en compte. L'étape actuelle qui invite les médecins à changer leur posture est modélisante car il faut rester opérationnel. Les soignants sont avant tout des praticiens, ils doivent apprendre à faire entre autres de l'approche globale, de l'approche centrée patient et de la décision médicale partagée, ces évolutions allant dans le sens d'une relation soignant/soigné qui tend à devenir moins asymétrique et plus équilibrée.

[3] Bernard Hoerni, 2008.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La recherche se développe, surtout en médecine générale, *via* la recherche qualitative en santé. Cependant il s'agit encore trop souvent de chercher à comprendre pourquoi les choses ne marchent pas, pourquoi il y a des freins et des résistances. Ainsi de nombreuses pathologies sont interrogées sous l'angle des enjeux de la relation soignant/soigné pour trouver de nouvelles pistes de solution pratique et optimiser cette même relation.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, la relation soignant/soigné n'est pas un objet d'étude neuf, elle a déjà une place essentielle dans le serment d'Hippocrate même si elle n'était pas conceptualisée en tant que tel. De fait, le serment d'Hippocrate mentionne le devoir de réserve (taire les secrets qui sont au cœur de la relation entre le thérapeute et son patient), le devoir de retrait du désir (affirmant que nulle référence sensuelle n'est possible lors de la relation qui s'établit). Mais si la relation soignant/soigné est un objet très ancien, est-ce aussi simple d'en faire un objet d'étude ? N'est-elle pas un objet frontière ? Il semblerait en effet, dans une première lecture, que la relation soignant/soigné ait mis un certain temps à devenir un objet d'étude en soi, dans la complexité de toutes ses dimensions. De fait les sciences humaines et sociales n'ont intégré que très récemment (40 ans environ) le corpus disciplinaire des études des médecins et des infirmières.

Aussi, faire de la relation soignant/soigné un objet d'étude en lui même ne relève pas de l'évidence. Il a même fallu un certain temps pour que la recherche s'empare pleinement de ce questionnement tant pour la médecine que pour les sciences humaines et sociales.

Pour les sciences médicales, il s'est agi en premier lieu d'inscrire la relation soignant/-soigné dans une perspective humaniste. Puis, quand la relation a commencé à être ressentie par les soignants comme un problème dans tous les sens du terme, la logique a été de rechercher une éthique adaptée aux enjeux (Dufour-Gompers, 1993 ; Froment, 2001) et de licencier le paternalisme. Ensuite la démarche a été plus pragmatique. Il fallait donner des recommandations plus précises au soignant, en particulier pour les médecins généralistes. La logique a été alors à la modélisation dans un souci opérationnel et pratique (Stewart, 1995). En quelques décennies, le paysage a bien changé. De nouveaux concepts s'imposent petit à petit. Cependant si les notions *d'approche globale*, *d'approche biopsychosociale*, *d'approche centrée patient* et de *décision médicale partagée* paraissent prendre une place prégnante surtout en médecine générale, ces concepts sont encore en cours de rodage et demandent encore beaucoup d'explications[4]. Et si la relation soignant/soigné est devenue un objet pratique, elle peine à devenir un concept. Ainsi de manière symbolique et significative dans l'ouvrage de la Société Française de Médecine Générale qui présente 41 concepts nécessaires à l'exercice de la médecine générale (*Manuel théorique de médecine générale*, 2015), le concept de relation soignant/soigné n'apparaît pas en tant que tel, mais masqué derrière d'autres notions. En effet il est décliné par les concepts de *compagnie d'investissement mutuel*, *d'examen physique : rituel diagnostic et relationnel*, de *prescrire,*

[4] Un livre est en préparation sur le concept d'approche centrée patient dirigé par Alain Moreau et un second ouvrage, qui complète celui-ci pour ces mêmes questions, est également en cours, dirigé par Matthieu Lustman.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

ordonner, de_ décision médicale partagée_. Ainsi l'aspect opérationnel et modélisant prime sur l'aspect de l'analyse et de la déconstruction.

1.2 Pour les sciences humaines et sociales

L'analyse de la relation soignant/soigné par les sciences humaines et sociales prend réellement son essor aux Etats-Unis dans les années 1950 (Paul, 1955) et elle entre dans le champ des études de médecine dans les années 1990 (Louis-Courvoisier, 2008). Il s'est agi avant tout de décrire la relation soignant/soigné de manière générale. L'objectif était de proposer des modèles théoriques. Ainsi, si la synthèse de Philippe Adam et de Claudine Herzlich (2017) comporte bien un chapitre sur les relations médecin/malade, il ne fait état d'aucune étude de terrain mais contient juste une présentation des trois grands modèles sociologiques de Parsons, Freidson et Strauss. Quant aux ouvrages de synthèse plus récents, tant celui de Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (2004) que celui dirigé par Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (2010), ils n'incluent aucun chapitre spécialement consacré à la relation qui s'établit entre le praticien et son patient. De même, les ouvrages anthropologiques fondateurs en anthropologie de la santé, comme ceux de François Laplantine (1986), de Byron Good (1994) ou quelques années plus tard, de Robert Aronowitz (1999) se centrent principalement sur la maladie, sur la quête de sens, sur les malades, un peu sur les médecins mais en aucun cas sur ce qui relie les acteurs les uns aux autres. De même si Anne Vega (2001) s'intéresse à la relation entre les deux types d'acteurs en incitant les soignants à améliorer leurs relations avec les soignés, elle ne se focalise pas finalement non plus sur le concept de relation soignant/soigné.

Il s'agit bien sûr ici d'un bref tour d'horizon qui se limite à sonder quelques ouvrages de référence. Cependant il serait pertinent d'interroger la manière dont le monde de la médecine et le monde des sciences humaines et sociales appréhendent ce concept et le présentent ; de se demander de quelle manière la relation soignant/soigné est construite comme objet de recherche, dans quelle perspective elle fait sens et demanderait une étude approfondie ? Est-elle un objet instrumental, un objet de recherche théorique, de savoir, un objet réflexif, un objet d'optimisation, un objet au service des acteurs de terrains ?

Du point de vue des sciences humaines et sociales, la relation soignant-soigné est analysée sous différents angles. Si l'histoire de la médecine permet de mieux comprendre la manière dont les relations entre soignants et soignés s'élaboraient dans le passé (Peter, 1971), l'évolution de la médecine et son impact sur le lien qui unit le praticien et son patient, l'anthropologie de la santé analyse la relation soignant/soigné sous l'angle, tant du respect de la culture du patient, de ses itinéraires thérapeutiques, du rapport de domination qui s'établit lors de la relation thérapeutique, que du point de vue du soignant en examinant la manière dont il vit cette relation, les incompréhensions entre soignants et soignés, en recherchant les passerelles possibles pour une meilleure compréhension entre les uns et les autres. Elle envisage également la relation qui s'établit, dans d'autres médecines, entre les praticiens (tradipraticiens) et les malades. Enfin, comme le montre, dans cet ouvrage, l'article co-écrit par Antoine Laugrand et Philippe Bonneels, elle analyse, dans les cas de cohabitation entre biomédecine et médecine(s) traditionnelle(s), les relations qui se créent, dans la relation de

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

soin, entre les différentes personnes ressources des malades. Dans un contexte de mondialisation et de diversité culturelle, et alors que depuis Alma Ata en 1978, l'OMS ne cesse de recommander l'emploi des médecines traditionnelles là ou la biomédecine est absente, ou en complément de celle-ci, la compétence culturelle des soignants devient un enjeu majeur. Les études sur la santé des populations migrantes et des groupes minoritaires soulignent l'importance d'une approche sensible aux différences culturelles dans les soins (Abdmouleh, 2007).

Pour sa part, la sociologie de la santé, davantage orientée vers l'étude de la biomédecine, s'intéresse surtout aux dynamiques de pouvoir et aux inégalités dans l'accès aux soins, car les déterminants sociaux de la santé (niveau socio-économique, accès aux soins) façonnent les attentes et les interactions entre le patient et les soignants. De plus, les inégalités sociales peuvent affecter l'équité dans la prise en charge.

La sociologie de la santé essaye de trouver les grandes structures qui définissent la relation comme le montrent Parsons, Freidson et Strauss. La logique est à l'analyse en profondeur des grands éléments qui fondent la relation soignant/soigné. Ces analyses s'inscrivent en fonction de l'évolution de la société. La psychologie, quant à elle, explore l'impact de la relation thérapeutique sur le bien-être du patient et l'efficacité des traitements. Dans le même temps, les études en communication ont mis en lumière l'importance cruciale des compétences relationnelles des soignants. La qualité de l'écoute, l'empathie et la capacité à transmettre des informations complexes de manière compréhensible sont désormais reconnues comme des éléments essentiels de la formation médicale (Lussier et Richard, 2016). Enfin, l'éthique médicale, à l'intersection des sciences médicales et de la philosophie, soulève des questions fondamentales sur l'autonomie du patient, le consentement éclairé et la confidentialité, préalables indispensables à l'écoute active, au respect mutuel et à l'empathie qui sont essentiels pour établir une relation de confiance. La relation repose en effet sur des principes fondamentaux tels que l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (qui constituent les bases de l'éthique médicale). Ces considérations éthiques façonnent profondément la nature des interactions entre soignants et soignés.

2 Des relations soignants/soignés ?

En une quarantaine d'années, nous sommes passés de l'étude de la relation médecin/-malade à celle de la relation soignant/soigné.

Au début de cette introduction, nous avons parlé spontanément de *la* relation soignant/soigné. Cependant, au vu de la complexité du thème et de la diversification des approches, des terrains et des acteurs, il est possible de se demander s'il ne serait pas plus pertinent de parler *des* relations soignants/soignés que de *la* relation soignant/-soigné ? En effet cette relation apparait dans les études sous des formes si nombreuses et si variées, se décentrant progressivement du médecin et ne rentrant plus dans un cadre longtemps évident du colloque singulier qu'il apparait logique de faire de la relation soignant/soigné un objet pluriel. Ce choix semble plus proche de la réalité de terrain et inviterait à sortir des grandes généralités. Dans cette logique les relations soignants/soignés nécessitent une approche transdisciplinaire et multidimensionnelle. Elles nécessitent ainsi pour l'étudier, des méthodes complexes et variées comme la re-

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

cherche qualitative, les approches observationnelles, ethnographiques, mixtes ou même purement quantitative sans oublier les récits et les témoignages.

3 Un objet complexe

Nous avons réfléchi aux relations soignant/soigné à travers les disciplines et les méthodes qui s'y confrontent, il nous faut maintenant interroger la complexité de l'objet en lui-même.

La complexité des relations soignants/soignés s'explique entre autres par la multiplicité des enjeux en présence : le soignant doit être un expert qui maitrise un champ précis et il se doit d'être en capacité de savoir décider et de proposer des solutions dans un espace/temps restreint. Il doit aussi et en un même moment, connaitre et comprendre en un espace et un temps limité la personne (et non plus le patient) qui est en face de lui, sans qu'aucune des deux parties n'explicite sa vision de la relation soignant/soigné ni sa manière de l'aborder. Tout demeure dans l'implicite et le non-dit. Le médecin qui est, dans la biomédecine, la figure prototypale du soignant est, comme le rappelle Alain Bernadou (2011), tout à la fois « homme ou femme de science » mais aussi de « pratique » et de « relation ». Il fait reposer sa pratique sur un alliage complexe de divers savoirs transmis par l'Académie, qui relèvent de la physiologie, de la physiopathologie, de l'anatomie, de la pharmacopée mais aussi de savoirs qui relèvent de son expertise clinique, de son expérience des relations interindividuelles, sociales et circonstancielles, qui sont issues du terrain. Il appuie aussi sa pratique sur le rôle qu'il se donne et sur des valeurs qui fondent son éthique. Le médecin (et plus largement le soignant) doit traduire une plainte plus ou moins vague en un problème médical qu'il peut et sait résoudre sans toujours s'interroger sur le caractère réducteur de sa démarche. Comme le souligne Bernadou[5], le médecin est souvent confronté à des logiques paradoxales puisqu'il lui faut écouter tout en cherchant déjà une solution. Son écoute peut être donc particulière : « écoute technique ». Il doit en outre, puisque c'est la spécificité de l'acte médical, pouvoir proposer une piste à suivre, voire même une décision, alors qu'il est souvent en situation d'incertitude, comme l'a montré Renée Fox (1959). La mission du médecin devient chaque jour plus complexe, il doit non plus simplement prendre en charge, mais écouter, accompagner, étayer pour aider la personne à faire ses propres choix.

Les infirmières, les sages femmes, les kinés, les diététiciennes, les pharmaciens … sont confrontés elles et eux aussi à des pratiques complexes qu'il convient d'explorer. De quelle manière comprendre la complexité du rôle des soignants ? Les patients peuvent-il prendre en compte ce que vivent et ressentent les soignants, la complexité du rôle de ces derniers ? Ou au contraire, est-ce qu'il ne s'agit pas de leur rôle parce que le professionnel, le soignant, est avant tout un professionnel et rien d'autre ?

Cette complexité s'explique aussi parce que l'individu qui est en face du soignant a des attentes complexes et que son identité, et donc son rôle, peuvent varier en fonction de ses besoins. Cet individu a longtemps été appelé malade, patient, puis client, usager et maintenant l'idée s'impose de plus en plus que l'individu en face du

[5] Op. cit.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

soignant est une personne. Être une personne signifie être reconnu comme un acteur, comme un individu autonome et pris en compte dans toutes ses dimensions même dans sa fragilité. Ainsi la personne a aussi le droit, comme le souligne Ehrenberg (1998), à la fatigue d'être elle-même, la dépression étant la pathologie emblématique de la seconde partie du XX^{e} et du début du XXI^{e} siècle.

Reconnaitre le patient comme une personne dans toute sa complexité avec ses différents statuts (malade, patient, usager, client) signifie aussi de comprendre que là où, en France, il n'y a qu'un seul mot pour dire maladie, il y a en 3 en anglais : *disease, illness* et *sickness*. Le terme *maladie* est en effet polysémique et les différents sens de ce même mot, la manière dont la maladie est comprise et diagnostiquée par le thérapeute, dont elle est vécue par le malade, la dimension socio-culturelle de la maladie, ont un impact sur la relation soignant/soigné.

Il y a donc tout d'abord le *disease*, la maladie du médecin (la définition biomédicale de la maladie). Cette maladie du médecin renvoie tant au diagnostic médical qu'à une vision du corps qui tend, dans la médecine occidentale, à être une vision mécaniste du fait de l'histoire même de la médecine en Occident (Peter, 2010). Et ces visions de la maladie, de son origine, du corps du malade, sont, en Europe, nous dit Jean-Pierre Peter, à l'origine d'un « rendez-vous manqué » entre les malades et les soignants.

Il y a ensuite la maladie telle que la ressent le malade, ce qu'il vit dans son corps et dans son esprit, ce qu'il ressent, d'un point de vue tant physique que psychologique. Et même lorsque le discours tente d'emprunter les chemins de la biomédecine, les représentations peuvent varier. Dans l'ouvrage intitulé *Une fabuleuse machine, anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques* (1994), Christine Durif, qui a interrogé, dans la France des années 1990, de nombreuses personnes sur la manière dont ils se représentaient leur physiologie, donne de nombreux exemples de ces perceptions (âme qui réside dans les nerfs, sensations liées à la circulation sanguine…)

En ce qui concerne le ressenti de la maladie, il peut être éminemment variable de personne à personne, le malade étant, quand il ne se sent ni compris, ni écouté, susceptible de ne pas se retrouver dans le diagnostic du médecin. Il y a donc bien, comme nous le dit Jean Benoist (2010), la maladie du médecin et la maladie du malade. Il est par ailleurs à noter que le *illness* peut également être influencé par la culture de la personne malade. Par exemple, diverses études ont montré que le ressenti de la douleur varie selon les représentations de la douleur présentes dans la culture concernée. Ainsi, dans le cas de l'accouchement, le *illness* des parturientes risque d'être différent selon la culture à laquelle elles appartiennent, selon la peur de la douleur et de l'accouchement qui leur a été inculquée pendant leur enfance.

Le troisième terme, *sickness* concerne les aspects socioculturels de la maladie, la représentation de la maladie par la culture elle-même. Le *sickness,* c'est la maladie vue par la société ; la manière dont la société se représente la maladie. Car selon les sociétés, et comme nous l'avons vu plus haut, le malade ne se satisfera pas toujours du diagnostic du médecin (il s'en satisfait même rarement). Il aura besoin de donner

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

du sens au mal, de l'interpréter avec les grilles d'analyse qui sont celles de sa propre culture.

> « Là se modèlent, en relation avec les structures de la société, le « rôle social » du malade, les formes socialement acceptables de la maladie, voire la qualification même de « malade » attribuée à l'individu ». (Benoist, 1995 : 7)

Cette dimension de la maladie est souvent soit ignorée, soit incomprise (et jugée négativement, dans une logique évolutionniste). Elle est pourtant capitale car c'est elle qui, bien souvent, va déterminer la qualité de la relation entre le malade et son thérapeute. Pour Parsons (1951), les relations qui s'établissent entre un individu, son thérapeute et sa maladie sont, d'une certaine manière, les rapports que ce même individu entretient avec la société.

Pourtant, les normes socio-culturelles sont bien celles qui, souvent, font le lien entre le biologique et le social. Elles permettent de valider, ou pas, le malade dans son rôle social, ce dernier étant, selon Marc Renaud, également déterminé par la relation patient/médecin. Car le rôle du malade est

> « [...] cet ensemble d'attentes et de normes socio-culturelles qui se sont développées afin de prévenir les séquences potentiellement désintégratrices de la maladie pour un groupe ou pour la société. Le « rôle de malade » rend légitimes les déviations causées par la maladie et conduit le malade à la réintégration sociale grâce à la relation patient-médecin. Ce rôle comporte des droits : aucune responsabilité personnelle dans la maladie, exemption des responsabilités quotidiennes normales ; et des devoirs : obligation d'essayer de se rétablir, obligation de consulter l'aide technique compétente et de s'y soumettre. L'existence d'un tel « rôle de malade » permet donc à une forme de déviance sociale de se manifester. Alors même que la maladie est socialement explosive parce qu'elle est une des seules formes de déviance légitime, le « rôle de malade » permet à la société de le contrôler et d'en limiter l'impact grâce à la supervision médicale ». (Renaud, 1985 : 8)

C'est la raison pour laquelle, en 1980, l'anthropologue Arthur Kleinman va plaider pour une prise en compte du sens dès lors que l'on s'intéresse aux médecines ou aux pratiques médicales non occidentales. Pour lui, dans les sociétés non occidentales, la maladie ne constitue pas une entité en tant que telle, elle est avant tout un modèle explicatif de la culture. Elle est nécessaire en tant qu'élément constitutif de la réalité humaine, à l'origine des pratiques médicales. Ainsi, l'individu doit se confronter à la maladie de par son aspect biologique et son impact sur le corps, sous son aspect psychologique, incluant son influence sur la psyché et les souffrances éventuelles, sous les perspectives culturelles et sociales et leurs retombées possibles sur la vie quotidienne et les adaptions nécessaires que peut imposer la maladie. En ce sens les travaux autour du sida (Pierret, 1997, Calvez, 2004) sont emblématiques et montrent bien les combats que mènent le patient pour devenir un acteur puis une personne.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

4 Et les patients dans tout ça

Même si le patient est loin d'être totalement un partenaire à part entière, sa situation a évolué. Il est moins possible, à l'heure de l'*empowerment* (Hochart, 2016), de percevoir l'individu malade uniquement comme un patient. Ainsi, si les choses évoluent lentement, elles évoluent surement : la Loi sur les droits des malades de 2002 (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) confirme cette progression. Cependant que signifie concrètement, dans la pratique et non en théorie, de voir en l'autre une personne et non un patient ? Peut-être faudrait-il envisager l'idée selon laquelle transformer le patient en une *personne* n'est pas la réponse qui clôt le débat de la complexité des relations soignants/soignés. Bien au contraire ; faire du patient une personne ouvre de nombreuses questions encore plus heuristiques et préparent de fructueux débats peut-être encore plus complexes.

Cette difficulté est également liée aux conséquences psychologiques et sociales de certaines pathologies. Ainsi certaines maladies peuvent conduire à des formes d'exclusion sociale, de stigmatisation (Goffman, 1975) comme le sida ou les maladies mentales, auxquelles il faut ajouter les conduites addictives qu'il s'agisse de l'alcool ou de produits stupéfiants. En outre, il ne faut pas oublier le contexte social au sein duquel se déploient les maladies, impliquant notamment des exclusions économiques liées à la précarité et aux inégalités sociales de santé (Declercq, 2001), des risques d'exclusions de tous ceux qui ne connaissent pas les codes du système de santé comme les personnes migrantes, pour ceux qui ne maitrisent pas le langage, la lecture, l'écriture et les outils numériques et qui ont donc des problèmes de littératie. Louer un appartement voire emprunter pour acheter un bien immobilier peut, par exemple, être compliqué même après un cancer en rémission ou guéri.

5 Des enjeux liés aux maladies chroniques

Un autre enjeu est lié aux maladies chroniques. Avoir une maladie chronique peut entrainer une rupture biographique. Ainsi la personne peut se retrouver obligée de recomposer son identité tout en étant projetée sans véritable choix dans un univers inconnu qui va la confronter à des enjeux d'apprentissage et de maitrise de nouveaux savoirs sans en avoir forcément l'appétence, l'envie, le désir ou la compétence. L'individu qui est en face du soignant est donc aussi un novice ; un novice qui pénètre souvent à l'aveugle dans un labyrinthe rempli de portes pour lesquelles il n'a que très peu de clefs. En effet l'univers du soin et surtout de l'hôpital est tout sauf simple (Véga, 2000, Darmon, 2003 ; Sainsaulieu, 2007), avec ses multiples acteurs qui peuvent travailler les uns à côté des autres et pas toujours ensemble.

Ainsi, si les choses ont nettement évolué à l'hôpital, si le patient n'est plus un numéro et si, maintenant, il a un nom, s'il a droit à une chambre à un ou deux lits et non plus à un dortoir, l'hôpital reste encore un domaine où prédomine l'approche biomédicale, où la technique prévaut sur les relations soignants/soignés.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

6 La relation soignant/soigné n'est pas la même en ville et à l'hôpital

En outre, de quelle manière le patient peut-il s'y retrouver quand il doit en même temps comprendre sa maladie, se réinventer, se confronter à ses peurs, ses doutes, ses angoisses, ses questions sans réponses, découvrir de nouveaux savoirs, accepter cette nouvelle situation, acquérir de nouvelles compétences, comprendre les arcanes d'un système médical obscur, complexe comme l'hôpital et tout ceci sans mode d'emploi ? Il doit en parallèle continuer à gérer son quotidien, sa famille, son travail, ses enjeux propres tout en se trouvant confronté, dans sa trajectoire de maladie (Corbin et Strauss, 1988 ; Baszanger, 1992) à X soignants différents qui ont chacun leur vision et leur pratique de la relation soignant/soigné. Jusqu'où les soignants ont-ils conscience du travail qu'impose la maladie chronique au patient, à la personne, alors qu'ils ne le voient que très peu de temps. Cette prise de conscience pourrait-elle avoir une influence sur leur manière de se confronter à la relation soignant/soigné ?

Quand il ne s'agit plus de guérir des maladies aigües mais de soigner des maladies chroniques, le rôle de chacun des acteurs n'est plus le même. Dans la maladie aigüe, de durée brève, avec possibilité de retour vers la norme biologique, le soignant peut demeurer l'expert et se contenter de délivrer son ordonnance, de faire un acte technique selon sa profession. En effet, comme la guérison est l'objectif et qu'elle peut s'obtenir rapidement, le schéma classique de la relation soignant/soigné sous son aspect directif et paternaliste peut encore faire sens et être encore plus ou moins accepté. Cette acceptation ne signifie pas pour autant que même dans la maladie aigüe le principe de la décision médicale partagée ne trace pas aussi son chemin. Ainsi, pour la prescription d'antibiotiques, il existe un jeu complexe entre savoir académique, recommandations scientifiques (« les antibiotiques ce n'est pas automatique ») et les attentes des patients qui sont multiples. Le médecin va-il prendre en compte l'expérience des personnes face à la maladie et prescrire un antibiotique en contradiction éventuelle avec les recommandations ? Le médecin qui refuse de prescrire des antibiotiques peut alors être beaucoup plus explicatif qu'auparavant ; il peut même être tenté de négocier.

A l'opposé, dans les maladies chroniques qui représentent de plus en plus La Maladie avec un grand M, comme pour le Moyen-Âge la peste, ou la tuberculose pour le XIX^{e} siècle, les rôles ne sont plus les mêmes. En effet, comme la maladie chronique est une maladie sans fin, il ne s'agit pas de guérir mais de soigner et donc d'apprendre à vivre avec. Vivre avec une maladie chronique peut prendre de multiples formes. Cela peut contraindre, au minimum, à devoir prendre un traitement à vie, tous les jours. Cela peut aussi aller dans le sens d'une obligation de se surveiller comme avec le diabète et l'asthme, de connaitre les signes d'alerte et de savoir comment réagir, de devoir suivre un régime, de faire du sport. Au maximum la maladie chronique c'est aussi devoir accepter des douleurs tous les jours (plus ou moins contrôlées par les médicaments), se résigner à certaines gênes fonctionnelles, voire à subir des handicaps plus ou moins contraignants. Ceci sans compter les conséquences psychologiques avec des interrogations possibles sur le sens de la vie, avec des doutes, des angoisses et le rythme de vie qui se trouve bouleversé. Il peut aussi y avoir des conséquences sociales, sur les études, le travail, la vie de famille, les loisirs, les vacances etc. Dans la maladie

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

chronique, la personne est centrale. Elle doit apprendre à vivre avec la maladie. Cela signifie concrètement apprendre à gérer la maladie, apprendre de nouveaux savoirs, de nouvelles compétences, à tout faire pour rester autonome. C'est dans ce but que l'éducation thérapeutique a été développée. La personne doit donc s'adapter à toutes ces contraintes quitte à retrouver, pour certains malades, un nouveau sens à sa vie. Claudine Herzlich (1969) a montré que, par les différents profils possibles d'adaptation, la maladie peut même devenir un métier. Les rôles des soignants deviennent alors en partie annexes, le grand enjeu étant alors de savoir accompagner la personne et non plus de la prendre en charge.

Le rôle des soignants se limite, dans la maladie aigüe, à prescrire, écouter un peu, conseiller brièvement, donner de grandes directives. La maladie chronique impose des changements de rôle à chaque acteur. Les relations soignants/soignés ne peuvent plus être les mêmes. L'idée de partenariat fait alors totalement sens. Cependant, comment penser les relations soignants/soignés sous forme d'un partenariat alors qu'à plus d'un titre, la relation demeure asymétrique ? Ceci, alors même que la personne a de plus en plus accès à l'information par différents médias et forums, et que les soignants, de leur côté, continuent à maitriser un savoir qui s'enrichit chaque jour. En outre s'informer demande un effort et tous les acteurs ne feront pas cet effort. Comment réellement décider ensemble et ne pas se contenter de vœux pieux ?

7 Une relation traversée par des logiques en tension

La relation asymétrique (et *a fortiori* la complexité de la relation soignant/soigné) s'explique aussi parce qu'elle est traversée par des logiques en tension. Le soignant *doit* (il existe beaucoup d'injonctions) comme le souligne Annemarie Mol (2002) être en capacité de respecter l'autonomie de la personne tout en continuant à prendre soin d'elle, sans pour autant redevenir paternaliste. Dans l'exemple de l'annonce de la mauvaise nouvelle, Sylvie Fainzang (2006) montre bien que le médecin a autant de bonnes raisons de dire la vérité que de mentir.

C'est par une étude précise de terrain qui montre la complexité des problématiques, lesquelles ne se limitent pas à un droit ou à un règlement, que Sylvie Fainzang fait surgir les véritables enjeux de la relation soignant/soigné. En effet, dans l'usage, il existe toujours des pratiques de rétention de l'information, des soustractions de vérité, des mensonges, des omissions ou encore des vérités qui sont transmises de manière assez brutale sans vérifier si le patient souhaite vraiment les entendre. De fait, face à un risque de mort possible ou proche, chacun a droit à son ambiguïté, à ce qu'il veut entendre et ne pas entendre et à son propre cheminement pour se confronter à cette vérité.

Il serait trop simple de juger un médecin qui pratique ces semi-vérités ou ces demi-messages, d'incompétent. Il convient aussi de savoir entendre les *bonnes raisons* du médecin (Boudon, 2007). Cela ne signifie aucunement qu'il ne faut pas tenir compte du droit à savoir des personnes. Il s'agit juste de prendre conscience du fait que la bonne conduite est difficile à déterminer et à tenir, quelle que soit la bonne volonté des acteurs. Ainsi si le concept du respect de l'autonomie des personnes est premier dans le code de déontologie des médecins, ce même code précise peu après que si le

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

médecin pense que la personne est fragile, il peut mentir pour ne pas rajouter de la souffrance à la souffrance. De quelle manière est-il alors possible de prendre en compte, dans les relations soignants/soignés, les contradictions, les paradoxes, les ambigüités, les injonctions paradoxales afin de parvenir à une relation plus équilibrée, ou tout au moins qui puisse tendre en ce sens ?

8 Relations soignant-soigné et développement du savoir

La relation soignant/soigné est aussi liée à l'évolution du travail des soignants et de la prise en charge des pathologies. Le savoir est devenu tellement immense, précis, spécialisé, complexe, qu'il n'est plus possible qu'il soit maitrisé par un seul professionnel. Il existe par exemple des spécialistes du cancer du sein du quadrant externe inférieur du sein gauche. En outre, dans certains domaines, le savoir évolue tellement vite que le soignant doit se former en permanence. La formation des médecins est d'ailleurs devenue un enjeu essentiel qui est règlementé. La prise en charge des patients est alors de plus en fragmentée et gérée par de multiples acteurs. Par conséquent, les acteurs doivent s'organiser différemment. Ainsi de nouveaux concepts ont émergé comme ceux d'itinéraire thérapeutique ou de trajectoire de santé, de carrière, développés par les sciences humaines et sociales. En miroir, les soignants, *via* les institutions, ont développé les concepts de parcours de soin, de parcours de santé, qui nécessitent que les professionnels s'initient à travailler de manière pluriprofessionnelle, apprennent à se coordonner et à collaborer.

Cependant, comme toujours derrière l'apparente simplicité des mots qui définit l'idéal auquel il faut tendre, il existe une réelle complexité particulièrement bien restituée dans l'ouvrage de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014) qui explicite les concepts de *coordination et parcours* et de *dynamique du monde sanitaire social et médico-social*. Cet ouvrage permet de comprendre que parfois, plus on essaye de se coordonner, plus on met en place de dispositifs pour mieux travailler ensemble, plus on complexifie le mille-feuille et plus on cloisonne. Quant à l'idéal du travail en collaboration, il est tout sauf simple à mettre en place entre la ville et l'hôpital mais aussi entre des acteurs qui se perçoivent avant tout comme autonomes et responsables. Mieux se coordonner, mieux collaborer entre professionnels a abouti à la transformation de l'organisation des soins avec, dans la perspective de développer l'approche pluriprofessionnelle, la mise en place de dispositifs comme les pôles de santé, les CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)[6] et les MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire – ou Pluriprofessionnelle)[7]. Il s'agit de mettre fin à l'isolement des soignants, de leur permettre de se rencontrer et de les inciter à travailler ensemble puisqu'ils se retrouvent dans les mêmes murs.

[6] Une communauté professionnelle territoriale de santé est, en France depuis 2016, une structure d'exercice coordonnée qui permet la structuration des soins de proximité dans un territoire défini. Elle a pour rôle d'initier des actions territoriales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé en fonction des besoins du territoire.

[7] En France, une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), ou pluriprofessionnelle (MSPP), est un établissement regroupant des https://fr.wikipedia.org/wiki/Professionnel_de_la_sant\%C3\%A9professionnels de la santé exerçant plusieurs disciplines différentes (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues…) et implantés notamment dans les territoires ruraux caractérisés par une faible densité de ces professionnels.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Dans cette logique, la relation soignant/soigné qui semblait s'intégrer de toute éternité dans le cadre du colloque singulier et qui est souvent encore réfléchie de manière duelle entre deux acteurs, tend là aussi à devenir plurielle. De quelle manière penser une relation qui ne se fait plus uniquement à 2 mais à X acteurs qui ne discutent pas forcément ensemble, qui ne se rencontrent pas ou qui ne se connaissent pas ? Comment penser une relation entre des acteurs qui ne partagent pas forcement des valeurs et des philosophies de soin identiques et qui se retrouvent dans l'obligation de se coordonner et de collaborer, sans avoir en outre pris le temps de définir ces concepts ? Quelle peut alors être la place de la personne dans ce dispositif de plus en plus complexe, comment s'y retrouver ? Si la MSP facilite en théorie le travail en collaboration des soignants, elle est aussi un espace pour la personne bien plus complexe qu'un simple cabinet médical, un cabinet infirmier ou de kinésithérapeute.

N'y a-t-il pas alors un risque de se perdre et d'avoir beaucoup plus de mal à construire une relation de confiance quand il faut se confronter à X secrétaires et à déambuler dans de nombreux couloirs sans toujours savoir à quelle porte frapper, dans quelle salle d'attente s'asseoir ? Quand de surcroît obtenir un rendez-vous est devenu de plus en plus difficile (cela peut même devenir un parcours du combattant) et que le patient est déjà content d'avoir une consultation ? Quelle place pour une réflexion sur les relations soignants/soignés alors qu'il ne s'agit pas de la question prioritaire ? L'accès au soin est même devenu un enjeu politique, une priorité. De ce fait, la question de la relation soignant/soigné semble relever encore de la réflexion de spécialistes.

9 Des relations complexes entre sciences médicales et sciences sociales

Clairement, les soignants ne sont pas des sociologues, ni des anthropologues. Cette phase est souvent répétée et pourtant, comment comprendre les relations soignant/-soigné sans s'intéresser aux rôles des acteurs, de tous les acteurs, y compris au rôle des tradipraticiens, des thérapeutes non conventionnels qui font partie des itinéraires thérapeutiques des patients tout en disparaissant, la plupart du temps des radars, sans déconstruire leurs postures, sans saisir leurs représentations sociales et surtout sans s'intéresser à certains concepts de base des relations soignants/soignés tels que *l'interaction sociale* ou le *monde du patient* ? Quel soignant, quel patient ira spontanément lire l'ouvrage d'Edmond Marc et de Dominique Picard intitulé *L'interaction sociale* (1989), un ouvrage sur le concept d'accompagnement (Paul, 2020) ou sur la manière de prendre en compte, par l'anthropologie médicale, la culture de la personne malade (Good, 1994) ? Les soignants n'en n'ont, dans l'absolu, nul besoin pour leurs pratiques. Pourtant s'ils veulent comprendre leurs patients, être en mesure d'analyser la manière dont se tissent les relations soignants/soignés, dont apparaissent les conflits, les quiproquos, les difficultés auxquels ils sont confrontés, lire ce type d'essai parait essentiel. Sinon le risque est de penser uniquement en termes de freins, de résistances, de chercher les bons leviers et de s'inscrire dans une vision gestionnaire de la relation soignant/soigné. Ce besoin de comprendre, de se confronter à de nouveaux savoirs est consubstantiel aux sciences humaines et sociales.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

En médecine générale et en soins infirmiers où la recherche qualitative se développe rapidement, cette démarche émerge de plus en plus. Cependant, au-delà du savoir, à quoi peut bien servir la recherche qualitative en santé ? De quelle manière ces études de terrains qui examinent au microscope les interactions entre les acteurs peuvent-elles renouveler l'approche des relations soignants/soignés ? Comment ces études peuvent-elles faire sens tant pour les personnes que pour les soignants ainsi que pour les institutions qui participent aussi à définir le grand cadre au sein duquel s'inscrivent les relations soignants/soignés ? Tenter de répondre à ces questions est sans doute l'un des défis de ce livre.

10 La question de la formation

Les réponses passent aussi et théoriquement en premier lieu, par la formation des professionnels de santé aux sciences humaines et sociales ainsi que par l'apprentissage d'un dialogue entre sciences médicales et SHS. Cette formation, la nécessité non pas seulement d'une sensibilisation, mais de cours théoriques doublés de travaux dirigés, de manière à opérationnaliser les concepts et à montrer aux futurs professionnels de santé l'importance de la prise en compte de la culture des patients dans la relation, est défendue depuis de nombreuses années par les anthropologues et les sociologues (Collière, 1990, Loux, 1995, Pourchez, 2016). Car au sein de la complexité des relations soignants/soignés, il existe une multitude d'actions menées par des acteurs différents possédant, les uns et les autres, différents champs de savoirs. Et du point de vue des sciences médicales, la relation soignant/soigné a toujours été perçue comme un enjeu important même si elle n'était pas toujours considérée comme centrale, et qu'elle était même parfois paradoxalement inexistante dans les formations.

De leur côté, les soignants maitrisent des champs particuliers. Les médecins sont, par exemple, formés à diagnostiquer, à prescrire et de plus en plus, surtout les médecins généralistes, à savoir communiquer.

Ainsi, les premiers enseignements en sciences humaines et sociales ont été intégrés dans le cursus des études médicales dans les années 1990 (unité d'enseignement UE7, en première année commune aux études en santé -PACES). L'objectif était alors de désenclaver une discipline des sciences biomédicales à cette époque hégémonique dans ses enseignements, en élargissant la focale aux enjeux sociaux, éthiques et historiques de la pratique médicale. L'arrêté du 28 octobre 2009 a permis de mettre l'accent sur l'importance de garantir un volume horaire de 30 heures annuelles dédiées aux SHS. Les objectifs pédagogiques de cette mesure visaient à développer l'esprit critique, à acquérir une culture professionnelle commune, et bien sûr, à enrichir la réflexion, notamment sur la question de la relation soignant/soigné.

Au fil des années, le cadre réglementaire a évolué, répondant aux évolutions du système de santé. En 2020, la PACES a été remplacée par des parcours spécifiques (PASS et LAS), et l'exigence de la présence de contenus en Sciences Humaines et Sociales a été maintenue.

Pour autant, en fonction des facultés de médecine (également parfois nommées UFR santé afin, justement d'affirmer une ouverture, des sciences médicales vers les SHS),

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

il existe une grande disparité dans les propositions d'enseignements, les ressources et moyens mis à disposition, lesquels sont inégalement répartis. Bien que le Collège national des enseignants en SHS en médecine (CoSHSeM) recommande une approche longitudinale sur toute la durée de la formation médicale, les étudiants des filières médicales n'ont pas tous accès aux mêmes opportunités. Ceci se ressent à terme sur la manière dont les futurs praticiens considèrent puis construisent les relations soignants/soignés.

Pour ce qui est de la formation infirmière, l'arrêté du 31 juillet 2009 fixant les modalités des enseignements, introduit clairement des unités d'enseignements dédiées aux SHS. Les sciences infirmières mettent au cœur de leur base conceptuelle la relation soignant/soigné, initiée par Hildegarde Peplau (1952). Cette relation de proximité ne peut se construire qu'avec un sentiment partagé de confiance. Celle-ci permet par exemple de favoriser l'adhésion aux propositions de soins de la part du requérant. Mais le contrat moral indispensable à la relation soignant/soigné ne peut voir le jour que s'il existe une communication de qualité et empathique. Il s'agit d'un art qui fait appel à de hautes valeurs humanistes et à un travail constant d'amélioration, lequel s'appuie sur les sciences humaines.

Ainsi, le premier champ d'enseignements porte le titre suivant : Sciences humaines, sociales et droit. Deux unités d'enseignements sont prévues, l'une au premier semestre, l'autre au second. Leurs domaines regroupent psychologie, sociologie et anthropologie. Au total, sur la première année de formation, 65 heures sont consacrées aux cours magistraux, 25 heures aux travaux dirigés et 35 heures à des travaux personnels guidés. La répartition horaire entre les différentes disciplines est laissée à l'appréciation des instituts. Par conséquent, en fonction des ressources, les volumes horaires respectifs sont très changeants d'une institution à l'autre.

Concernant l'anthropologie ou la sociologie, nous ne pouvons que regretter la méconnaissance de ces disciplines au sein des équipes de formation, ce qui n'est pas étonnant car les formateurs actuels n'ont pas eu accès à ce type d'enseignement dans leur cursus quand celui-ci est antérieur à 2009.

Quoiqu'il en soit, les ressources académiques en anthropologie de la santé sont rares dans les sites universitaires et ceci impacte, évidemment, la manière dont vont se construire, par la suite, les relations entre ceux qui seront devenus des professionnels de santé et les patients qu'ils auront à prendre en charge. Il faut également reconnaître qu'en France[8], les formations paramédicales ne sont, par ailleurs, très souvent, pas considérées comme prioritaires par de nombreux enseignants universitaires, hormis par ceux ayant une posture militante, convaincus de l'absolue nécessité de former les soignants à la culture de l'Autre pour une meilleure prise en charge et une amélioration de la relation soignant-soigné.

Les formations médicales et de soignants visent à mettre sur le marché du travail des professionnels pouvant répondre à la commande que leur fait la société et les personnes

[8] Contrairement à ce qui se fait dans d'autres pays, comme la Suisse ou le Canada, où les SHS possèdent une place centrale dans les enseignements, l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières précisant que tout programme doit « inculquer des connaissances de sciences humaines et sciences sociales » aux étudiants (Vonarx, 2019).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

qui requièrent leurs actions. Cela comporte évidement la maitrise de techniques de soins et de traitements. Il ne faut pas oublier qu'avant tout cela, la base de toute intervention, aussi technique soit elle, est la relation à l'Autre. Et connaître la culture de cet Autre est fondamental, à plus forte raison quand elle ne correspond pas à la culture biomédicale dominante (Humblot, 2024). Car même dans les services de soins dispensant des soins de haute technicité (réanimations, blocs opératoires, imagerie…), le premier soin est avant tout relationnel. La qualité de ce dernier est déterminant vis-à-vis du contrat qui s'établit entre le requérant et le soignant. Si toutefois, ce n'est pas réalisable avec la personne malade elle-même, ce sera avec ses proches qu'il faudra établir une relation de qualité. Ceci permet de comprendre toute l'importance d'appréhender la personne dans sa globalité, physique, sociale, culturelle, et pas uniquement par le prisme de la somme des signes cliniques. Mais ce principe n'est valable que si et seulement si le soignant considère que la personne en demande de soins est réellement un acteur de son existence, et par conséquent, de sa santé.

Compte-tenu de leurs référentiels de formation, les kinésithérapeutes et les diététiciennes semblent encore plutôt centrés sur le développement des compétences spécifiques de leurs métiers.

Le patient, quant à lui ne bénéficie pas de formation spécifique hormis dans les cas de maladie chronique où une éducation thérapeutique peut lui être proposée. Il n'est pas pour autant un « vaisseau vide », car, comme l'a montré François Laplantine (1986), il est porteur d'une culture, de représentations sociales qui lui permettent de construire un cadre explicatif à sa maladie.

Il se retrouve ainsi dans la posture de l'impétrant qui doit tout découvrir quand le problème s'impose à lui.

Mais le dialogue entre les sciences humaines et sociales et le monde de la santé ne fait qu'émerger (bien que ces disciplines commencent à avoir une place dans la formation des professionnels). Le corpus des sciences humaines et sociales est souvent inconnu des soignants et s'il faut savoir gérer la relation soignant-soigné, il n'est pas question de déconstruire le concept ni de saisir, dans une perspective phénoménologique, les multiples processus à l'œuvre.

En outre, les recherches récentes en neurosciences apportent un nouvel éclairage sur les mécanismes biologiques de l'empathie et de la confiance, éléments clés de la relation soignant-soigné. Ces découvertes ouvrent de nouvelles perspectives pour améliorer la formation des professionnels de santé et optimiser les interactions avec les patients.

11 Une relation qui se transforme

Par ailleurs, l'ensemble des facteurs qui interviennent dans la relation soignant-soigné s'inscrivent dans le temps ; les relations soignants-soignés sont en mouvement. Ainsi depuis les quarante dernières années, dans le domaine des soins, l'évolution des pratiques a considérablement modifié la dynamique de ces relations. L'émergence de la médecine centrée sur le patient (et pas encore totalement sur la personne) a marqué un tournant important, mettant l'accent sur l'importance de la communication et de la prise de décision partagée. Le cadre philosophique et social dans lequel s'inscrivent

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

les relations entre soignants et soignés se redéfinit : le paternalisme semble appartenir au passé et le respect de l'autonomie de la personne tend à devenir la règle. L'idée de négocier n'est plus taboue et n'est plus renvoyée à une forme de marchandage. Le patient, avec ses associations, est de plus en plus considéré comme un partenaire obligatoire. Les injonctions ne sont plus les mêmes.

Par ailleurs, de nombreux professionnels de santé ont pris conscience d'une part, de l'importance de la culture des patients dans la relation, et d'autre part, découvrent que la biomédecine, qui a été jusqu'à présent considérée comme la seule et unique médecine présente à la surface de la terre, n'est finalement qu'une médecine parmi d'autres (Pourchez, 2024) et qu'il ne s'agit plus de parler d'une forme unique de relation soignant (biomédical)-soigné mais davantage d'une relation thérapeute-demandeur de soin.

12 Des technologies qui évoluent et transforment la relation

Notre réflexion analyse également la manière dont les nouvelles technologies sont venues modifier les relations soignants-soignés. Les avancées technologiques, bien qu'améliorant les diagnostics et les traitements, ont souvent été perçues comme créant une distance entre soignants et soignés (Peter, 2010). Les technologies médicales avancées ont transformé les interactions entre les uns et les autres. Pourtant, les outils numériques tels que les dossiers médicaux électroniques (EHR) et la télémédecine améliorent l'accès à l'information et facilitent la communication entre patients et professionnels de santé, du moins en principe. En effet, si la robotique a fait son entrée dans la médecine (Pouchelle, 2007), que devient la relation soignant-soigné quand le soignant est remplacé par un écran (qui permet tout de même une forme relative d'interaction avec le soignant) ou un robot (qui n'en offre aucune) ?

Pour autant, l'émergence de la santé numérique et de la télémédecine transforment radicalement les modalités d'interaction entre soignants et soignés (Moulin *et al.*, 2022). Ces nouvelles technologies soulèvent d'ailleurs également des questions inédites sur la nature de la relation thérapeutique à distance et sur la protection des données personnelles de santé. Cependant, il est crucial que ces technologies soient intégrées d'une manière qui renforce plutôt qu'elle ne remplace la relation humaine essentielle entre soignant et soigné.

13 La transaction financière : clientèle ou patientèle ?

S'intéresser à la relation soignant-soigné amène obligatoirement à interroger le rôle de la transaction financière et à son impact sur la relation. Là où certains soignants réduisent au maximum le temps de consultation (il faut bien payer le loyer du cabinet, les charges…), d'autres se font admonester en raison de leurs temps de consultation trop longs et d'un manque de rentabilité de leur cabinet.

Quel est alors le rôle de la transaction financière ? Concourt-elle à valider la relation ? Mais dans ce cas, celui qui paie se met nécessairement dans une position d'obligé par rapport à celui qui le prend en soin et qui en est rémunéré.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

14 Dépasser l'opposition entre cure et care

Enfin, ainsi que l'écrivent Francine Saillant et Eric Gagnon, l'opposition entre cure et care est quelque peu dépassée :

> « On admet généralement que la biomédecine ou médecine cosmopolite pourrait être caractérisée par une séparation entre le *cure* et *le care,* catégories que l'on traduit souvent par « traitements » et « soins ». On considère habituellement la biomédecine comme le royaume du traitement, de la technique et du corps-machine, c'est-à-dire du cure, royaume auquel il manquerait l'humain, la globalité, le lien social, c'est-à-dire le *care*. Cette distinction entre le *cure* et le *care*, très largement répandue, est rarement remise en question, même par ceux et celles qui reconnaissent que la biomédecine est loin d'être aussi homogène qu'on ne la présente souvent. On accepte dorénavant qu'il n'y a pas, d'un côté, la biomédecine et, de l'autre, les médecines dites traditionnelles ; on admet l'idée « des médecines » (incluant la biomédecine) variables selon le contexte historique, culturel, économique ou technique, que ce contexte soit un paradigme, une institution ou un milieu culturel. Malgré cela, on ne va pas souvent au-delà des distinctions entre le *cure* et le *care*, utilisées pour parler « d'un trop de technique » et « d'un pas assez d'humain ». Comme s'il n'y avait pas de technique dans l'humain et comme si le trop technique se définissait en dehors de l'humain, en dehors de l'humanité. Mais aussi, comme s'il y avait d'un côté une médecine très technique, cosmopolite et universalisante, et de l'autre, des médecines gardiennes de l'humain, de l'humanité. L'expression « humanisation des soins » traduit cette idée » (Saillant, Gagnon, 1999 : 8)

Ainsi il est possible de se poser la question de la raison (des raisons) qui préside(nt) à la recherche d'une « humanisation des soins » dans les mouvements alternatifs (médecines dites douces), de médecines non occidentales dans lesquelles l'humain serait respecté, préservé et au sein desquelles la relation soignant-soigné serait différente de ce qu'elle est dans la biomédecine.

Dans les pratiques biomédicales, Francine Saillant et Eric Gagnon nous rappellent que

> « par l'intermédiaire des soins, formes variées « d'attention à l'autre » qui interviennent dans diverses pratiques thérapeutiques, il y aurait cette possibilité d'un travail effectué autour de l'individu, de son corps de son histoire, de sa parole ». (1999 : 12-13)

La réflexion autour de la relation soignant-soigné se doit donc de dépasser l'opposition cure/care afin de parvenir à une relation qui serait plus équilibrée ainsi qu'à une prise en charge globale de l'individu. Par conséquent, la question du soin, et celle de la relation soignant-soigné sont avant tout, des objets de recherche d'ordre sociologique et anthropologique.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

15 Organisation de l'ouvrage

Françoise Loux, qui a, durant plus de cinquante années, défendu l'importance de la compréhension de l'Autre dans les cursus de formations médicales, introduit la réflexion et ouvre le débat à partir de son expérience riche d'un demi-siècle de militantisme pour la reconnaissance des sciences humaines et sociales dans les études de santé. Elle effectue un retour sur la manière dont, d'une formation qui, il y a cinquante ans, préparait les futurs professionnels de santé à une relation asymétrique au sein de laquelle seul le professionnel était supposé savoir, l'on est passé à la reconnaissance des connaissances et compétences des malades. Ainsi, elle montre la manière dont une représentation jadis stigmatisante des savoirs populaires, lesquels étaient qualifiés « d'erreurs », a évolué pour laisser la place tout d'abord à une écoute de la parole des usagers, grâce, notamment, à l'action des associations de malades puis à une reconnaissance de leurs compétences.

Les diverses contributions contenues dans cet ouvrage se répartissent ensuite en trois volets. Dans un premier temps qui constitue le cœur de l'ouvrage, et ceci afin de faire émerger le croisement des regards, les relations soignants-soignés sont analysées selon différents angles et disciplines. Celles-ci sont associées à la psychologie, aux sciences médicales, à l'anthropologie, à la sociologie avec des approches situées soit dans un cadre biomédical et/ou plutôt européen, avec divers articles d'acteurs de la relation, soit dans un cadre associé aux thérapies traditionnelles, la relation étant dans ce cas une relation tradithérapeute-soigné. Une seconde série d'articles examine diverses propositions de solutions (consultation transculturelle, coaching dans la relation, recours au théâtre, recours au numérique, éducation thérapeutique du patient). Enfin, c'est, dans une dernière partie, toute l'importance de la formation des soignants pour la relation soignants-soignés qui est soulignée.

Dans un premier temps, la dyade soignant-soigné est examinée avec un focus sur les soignants. Ainsi que nous l'expliquent Magali Ollagnier-Beldame et Christophe Coupé[9], l'expérience vécue des soignants lors de premiers rendez-vous avec des patients est marquée par une dynamique complexe où se croisent leur savoir professionnel et leur ressenti personnel. Ces moments sont essentiels, car ils déterminent souvent la qualité de la relation thérapeutique. L'intelligence sensible, qui se manifeste par une qualité de présence et d'écoute à l'autre et à soi, ainsi que par une capacité à percevoir des indices verbaux et non verbaux dans la situation, joue un rôle crucial dans l'établissement de cette relation. Les soignants, qu'ils soient infirmiers, médecins ou psychothérapeutes, mobilisent des compétences intersubjectives et une forme d'attention particulière. Celles-ci ne se limitent pas aux mots de l'entretien clinique, mais intègrent également les sensations corporelles et émotionnelles qui émergent pendant l'interaction. En ce sens, l'expérience vécue des soignants – leurs ressentis et leurs perceptions – est aussi significative que l'évaluation objective des symptômes du patient. Les premières rencontres, souvent chargées d'asymétrie de pouvoir, sont aussi des moments où se joue l'établissement de la confiance. C'est dans ces instants que les soignants peuvent dépasser les rôles sociaux imposés pour engager une relation plus

[9] Cette présentation d'article reprend intégralement le résumé fourni par Magali Ollagnier-Beldame et Christophe Coupé.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

humaine et équilibrée, centrée sur l'individu. Par ailleurs, ces premières interactions offrent aux soignants une occasion de pratiquer la réflexion sur leur propre vécu et d'ajuster leur pratique. Cette réflexion, alimentée par l'analyse des perceptions sensorielles et des gestes attentionnels, peut permettre de transformer leur approche du soin.

Alain Moreau et Matthieu Lustman prolongent cette réflexion en revisitant les concepts de *cure* et *care* traditionnellement présentés comme étant au cœur de la relation. En effet, la médecine et la relation soignant/soigné ont évolué au cours du temps et, de l'asymétrie, la relation est devenue, avec l'Approche Centrée Patient, une relation plus équilibrée, délibérative et partenariale dans une période où les capacités de guérir de la médecine se sont accrues. Cette modification de la relation s'opère au sein de la relation médecin-malade mais aussi, comme nous le montre Catherine Thomas, au sein de la relation femme-sage-femme avec, de plus en plus, la prise en compte des désirs des femmes, en termes d'accompagnement (choisir un médecin ou une sage-femme, avoir recours à une doula, mettre ou pas son bébé au monde dans un contexte hospitalier, choisir sa position d'accouchement, revendiquer le droit à une véritable préparation à l'accouchement…), de reconnaissance de leur choix d'un accompagnement qui devrait être global, personnalisé et non intrusif.

La relation soignant-soigné est aussi un espace de rencontre et tant Philippe Bonneels que Nathalie Leblanc explorent, dans le contexte de la santé mentale, la manière dont, justement, cette relation thérapeutique est un lieu de négociation. Cette négociation concerne tant l'interprétation de la maladie, la stigmatisation du malade, parfois, que ce qui est attendu, de part et d'autre de la relation soignant/soigné ou la manière dont l'accompagnement se met en place. Ainsi, si la rencontre est négociation, cette dernière révèle aussi des enjeux tels que ceux associés au pouvoir et à la domination (la relation asymétrique) ou à des aspects identitaires et culturels de la relation. Car comme l'écrit Nathalie Leblanc, « peut-on parler de soin, dès lors que le « soigné » se sent nié en tant que ce qu'il est ? » Pour le malade, la relation soignant-soigné doit alors s'inscrire dans une histoire, tant familiale que personnelle, sociale et professionnelle.

Mais cette relation, est-elle universelle ? Antoine Laugrand et Philippe Bonneels nous emmènent aux Philippines, explorer les pratiques de soin tant biomédicales que traditionnelles présentes chez les Blaan. La particularité de leur approche est qu'elle fait à la fois état des représentations associées au corps et à la santé dans cette culture que des relations qui se nouent dans le cadre de la médecine traditionnelle avec les tradipraticiens et tradipraticiennes. Les auteurs de cet article analysent également la manière dont est reçue et perçue l'action d'un médecin occidental, lequel est persuadé de venir accomplir une mission, quasiment de l'ordre de la mission civilisatrice, en vaccinant les enfants et en traitant les maux par le biais de la biomédecine et qui ne comprend pas les réticences des autochtones à son action. Car si, pour la biomédecine telle que la conçoit ce praticien, la maladie est essentiellement un phénomène biologique qui nécessite une intervention technique (administration de médicaments, vaccination…) dans un cadre totalement asymétrique, pour les Blaan, elle comprend des dimensions tant biologiques, que sociales, culturelles voire psychologiques. Les soins, comme la relation entre le thérapeute et le malade ne sont donc absolument

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

pas vus de la même manière. Là où ici, domine une vision globale du corps, vision holistique du monde au sein de laquelle le corps, l'esprit et l'environnement sont interconnectés, la biomédecine offre une vision strictement biologique du mal, lequel est causé par des agents pathogènes, avec une étiologie de la maladie qui s'intègre dans un modèle strictement mécaniste du corps dissociant le corps et l'esprit. Alors, loin d'être reconnu pour ses qualités humaines ou pour le lien qu'il établit avec ses patients, le médecin occidental est très vite connu pour sa capacité à ouvrir les corps, pratique qui devient complémentaire à la médecine traditionnelle.

Mathias Aboidjé, quant à lui, développe l'analyse de la relation soignant-soigné en contexte non occidental en examinant la place des collaborateurs thérapeutiques dans la relation entre praticiens et patients de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire. Ceux-ci, de par leur connaissance du tissu social et culturel, par leurs activités et les contacts qui se nouent avec les patients, constituent en effet des maillons importants de la relation soignant-soigné. Ici, c'est une relation de confiance qui s'établit. Tout est mis en œuvre pour que le patient se retrouve dans l'itinéraire thérapeutique qui lui est proposé, qu'il envisage la guérison avec sérénité. Le thérapeute est en relation constante avec le patient, il se rend disponible pour lui. Là, il n'y a plus de dyade, mais une relation tripartite. Dans les exemples présentés par Mathias Aboidjé, le collaborateur thérapeutique est un acteur de plein droit de la relation soignant-soigné au même titre que le thérapeute lui-même.

Qiansheng Huang, pour sa part, compare les relations qui s'établissent dans le domaine des soins traditionnels malgaches et chinois. Ainsi qu'il le remarque, les deux perspectives de la relation soignant-soigné présentes dans la biomédecine (la perspective d'autorité – la relation asymétrique- et la relation financière) sont nécessairement absentes dans les relations qui s'établissent lors de la consultation entre un patient et un tradithérapeute. En effet, le soignant est tout d'abord membre de la communauté, puis seulement ensuite, thérapeute. Et bien que la relation asymétrique soit une possibilité (car le soignant possède en principe plus de connaissances, sur la maladie, que son patient), s'il se comporte avec trop d'autorité ou de condescendance, il va perdre des patients et sa réputation en souffrira.

Il s'agit ensuite, dans un second volet de cet ouvrage, d'envisager les pistes, de lister les possibles, les actions envisageables à partir de toutes les données fournies par la recherche théorique. Car que faire de toutes ces connaissances acquises sur les relations soignants-soignés ? Comment les interpréter, les opérationnaliser ? Comment établir, entre soignants et soignés une relation équilibrée, qui permette une réelle co-construction des thérapies à mettre en œuvre ?

Alice Ranorojaona Pèlerin est anthropologue et médecin généraliste et elle nous suggère une première possibilité d'action par la *joroterapia*, technique d'entretien qu'elle a initié et mise en place lors de ses consultations et qui pourrait être considérée comme à la fois l'opérationnalisation et la continuité, dans un but thérapeutique, de sa connaissance des cultures de l'océan indien, mais aussi des entretiens microphénoménologiques présentés en début d'ouvrage par Magali Ollagnier-Beldame et Christophe Coupé. La thérapie s'envisage sur la base d'une relation de confiance qui s'établit avec le praticien, d'un entretien qui vise à faire remonter les facteurs poten-

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

tiellement à l'origine du mal-être, lesquels sont susceptibles de s'inscrire dans le corps du patient, d'un accompagnement et d'une co-construction de la thérapie. Le rôle du soignant est alors « dans ce cas, de l'accompagner à établir ce lien, afin de donner sens au mal-être qui est à l'origine de sa souffrance actuelle ». Puis, c'est par un rituel que le chaos, à l'origine de la maladie, va, par la voie symbolique, être annulé, menant à une réparation.

Mais la relation d'accompagnement présente dans la relation thérapeutique est également présente dans le coaching professionnel avec lequel elle présente quelques similitudes. Christine Baudot et Kamel Remache nous montrent que les objectifs sont communs et résident dans l'accompagnement du client vers une autonomisation progressive et une appropriation de ses capacités d'autodétermination. Pour ces deux auteurs, la mise en place d'une relation d'accompagnement ne peut s'envisager que si le soignant est lui-même dans une posture réflexive quant à ses propres croyances, à ses attentes personnelles.

Dans une autre perspective, alors que notre monde est devenu numérique et connecté et que cette réalité participe forcément de la relation entre le thérapeute et son patient, Sami Souihi et Thiago Abreu qui sont tous deux non des soignants mais des enseignants-chercheurs en informatique (ce qui valide la nécessité d'envisager la relation soignant-soigné à l'aune de l'inter, voire de la pluridisciplinarité), tordent le bras à une idée reçue en sciences humaines et sociales qui voudrait que la technologie soit, en quelque sorte, l'ennemie de l'humain (ou de l'humanitude) et nous montrent ce que les nouvelles technologies, l'informatique, les dispositifs connectés, les téléconsultations, loin d'appauvrir la relation, peuvent au contraire, quand la relation directe est impossible en présentiel, apporter tant aux soignants qu'aux malades :

> « Pour les patients, le numérique promet un accès simplifié et équitable aux soins. Les solutions de santé connectée permettent un suivi personnalisé, une meilleure gestion des pathologies chroniques, et un rôle plus actif dans la prise de décision médicale, grâce à des informations accessibles en temps réel. Par ailleurs, l'interopérabilité des systèmes garantit un partage fluide des données entre les prestataires, assurant ainsi une prise en charge plus cohérente et centrée sur le patient.
>
> Du côté des professionnels de santé, le numérique allège les contraintes administratives, optimise le temps dédié aux soins et renforce la précision diagnostique grâce à des outils basés sur les données et l'intelligence artificielle. Les solutions de téléconsultation et de collaboration interdisciplinaire ouvrent également de nouvelles possibilités pour étendre l'accès à des soins spécialisés, particulièrement dans les zones sous-médicalisées ».

En somme, en permettant au soignant de pouvoir se consacrer pleinement au patient et à ce dernier d'être plus actif dans les prises de décisions médicales, voire dans la gestion de sa maladie chronique, le numérique vient en appui à la relation et favorise une véritable co-construction du soin.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

C'est alors, puisqu'il y a co-construction du soin et de la relation, toute la question de l'éducation thérapeutique du patient qui est posée, de son rôle dans la relation soignant-soigné. Alors qu'elle est actuellement présentée comme incontournable, Matthieu Lustman et Jacques Cittée en définissent les contours, en examinent chaque aspect et montrent qu'elle est aussi un outil permettant l'analyse de la relation soignant-soigné.

Mais établir une relation entre un soignant et un soigné c'est aussi, dans une certaine manière et comme l'écrivait Goffman (1973), se présenter. Sarah Veyron qui est, elle-aussi, non pas soignante mais metteuse en scène et interprète, explore, pour sa part, un espace-temps qu'elle situe en amont du soin. Elle définit le profil de celui qu'elle nomme le « spect'acteur ». Celui-ci va « devoir choisir un nom et préciser âge et situation en quête qu'une nouvelle identité, et ce pour ne plus être soi-même ». Car « Être un autre ou une autre permet de dire et faire ce qu'on veut pour servir sa proposition ». Le théâtre, ici,

> « touche à la fois ceux qui s'appréhendent comme « malades » mais également ceux qui ne s'appréhendent pas comme tels. Il intervient en amont de la « maladie ». La rupture est une figure récurrente dans la dramaturgie. Elle forme un point de convergence où s'imbriquent la réalité et la fiction »

Comme dans la relation qui s'établit entre le soignant et le soigné, le spect'acteur peut choisir qui il est, quel scénario il va définir. C'est ce choix premier qui va donner le ton de la relation. Mais il peut en proposer plusieurs et dans ce cas, si nous restons dans le parallèle effectué avec la relation soignant-soigné, le soignant va devoir choisir entre les scénarii proposés. Ainsi le théâtre permet de questionner le rôle de chacun, du soignant, du soigné, de questionner les paramètres de la relation, le contexte, le lieu, la place et le rôle joué par chacun des protagonistes.

L'article de Pauline Vassalo prolonge les articles précédents, les ancre dans le vécu des malades et clôture cette seconde partie de l'ouvrage par un témoignage personnel basé sur un vécu thérapeutique qui lui a parfois été imposé, qui s'est parfois avéré traumatique, dans un système maltraitant. C'est la raison pour laquelle ce chapitre se veut aussi être un rappel des droits des usagers. Elle rappelle le fait (qui devrait pourtant être une évidence pour tous) qu'un patient est avant tout une personne qui possède des droits ; qu'aucun patient ne se résume à une pathologie ou à un problème. Ayant décidé de s'appuyer sur son vécu personnel, sur son parcours de vie, de soin et de rétablissement pour mieux aider les autres, elle a repris ses études pour devenir pair-aidante professionnelle « afin de les accompagner vers le rétablissement et les rendre acteurs de leur soin ». Son expertise est celle de son parcours, et celle, aussi, des personnes qu'elle aide et accompagne.

La troisième partie de l'ouvrage pose les enjeux qui sont ceux de la formation des personnels de santé. Un premier article, qui se veut, en quelque sorte, un écho à tout le travail réalisé pour la promotion des Sciences Humaines et Sociales dans les études en santé par Marie-Françoise Collière et Françoise Loux, montre le décalage

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

présent entre les enseignements tels qu'ils sont présentés dans les cursus d'études et la réalité du terrain pour les élèves infirmiers. Jean-François Humblot, qui fut formateur IFSI avant d'être anthropologue et directeur d'Institut, prend l'exemple des enseignements dispensés à Mayotte, pourtant théoriquement département français. S'appuyant tant sur des observations personnelles, sur des récits d'étudiants ainsi que sur des mémoires rédigés pour leur diplôme de fin d'études, il pointe l'incompréhension, le manque d'écoute, les contradictions, le manque de reconnaissance de la culture des patients. Comment, dans un tel contexte, parvenir à établir une relation soignant-soigné ? Quelle est la formation proposée aux étudiants ? Comment les aide-t-on, lors de leur formation, à apprendre à établir le lien avec les patients ? Est-ce même juste envisagé ? Car dans des contextes dans lesquels la langue et la culture du soigné sont différentes de la langue et des référents culturels du soignant, la relation ne peut se construire. Encore moins se co-construire.

Un dernier article de Laurence Pourchez prend enfin l'exemple du suivi longitudinal d'une maternité de niveau II située à l'île de La Réunion. Elle analyse l'évolution des pratiques et de la relation soignants-femmes (parturientes et mamans) sur une vingtaine d'année et observe le bénéfice important fourni, dans la relation, par la reconnaissance de l'Autre, par la possibilité donnée aux femmes de s'exprimer, de co-construire le lien. Pour autant, elle regrette aussi la fragilité des avancées, le fait qu'elles interviennent plus souvent grâce à des individus (chefs de service, cadres de santé motivés…) qu'à de réelles et durables décisions en termes de politiques de santé.

16 Conclusion

La diversité des approches professionnelles que nous proposons dans cet ouvrage enrichit la compréhension globale des relations soignants-soignés. Chaque type de professionnel apporte une perspective unique qui contribue à une prise en charge plus complète et personnalisée du patient. L'intégration des sciences humaines et sociales aux cursus médicaux permet d'aborder cette complexité sous différents angles, offrant ainsi une vision plus nuancée et inclusive des soins de santé.

Ainsi, l'approche ouverte des relations soignants-soignés proposée dans cet ouvrage révèle la richesse et la complexité de ce champ d'étude. Elle souligne également la nécessité d'une collaboration étroite entre les sciences médicales et les sciences humaines et sociales pour appréhender pleinement les enjeux contemporains de la santé, des soins et des relations soignants-soignés. Il s'agit même peut-être d'aller au-delà de la collaboration, de fissurer les frontières et d'intégrer pleinement les sciences médicales ou plutôt « les sciences soignantes » pour éviter l'égomanie de la médecine dans le champ des sciences humaines et sociales et donner pleinement sens au concept de transdisciplinarité.

L'enjeu est peut-être qu'à l'avenir chaque professionnel perçoive les sciences médicales et les sciences soignantes comme une science humaine et sociale ?

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Références bibliographiques

Abdmouleh, R. (2007), « Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice », Insaniyat, n° 38, https://journals.openedition.org/insaniyat/3239

Aboidje, A. M. (2024), « Analyse des stratégies mises en place par les praticiens de la médecine traditionnelle dans la lutte contre la pandémie de Covid 19 en Côte d'Ivoire », in Pourchez, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXI^e siècle. Enjeux et perspectives.*, Paris : Editions des archives contemporaines :103-128, doi : https://doi.org/10.17184/eac.8777

Adam, P., Herzlich, C. (2017), *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Armand Colin.

Aronowitz, R. (1999), *Les maladies ont-elles un sens ?* Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.

Baszanger, I. (éd.) (1992), *La trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme. anselm L. Strauss*. Paris : L'harmattan.

Benoist, Jean (1995), « Illness, disease, sickness, visages et masques de la maladie », *La recherche*, n° 281 : 7-9.

Berger, P, Luckmann, T. (1966), *The Social Construction of Reality. A treatise in the sociology of knowledge*. New-York : Doubleday & Company.

Bernadou, A. (2011), « Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical », in *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Jean-Marie Barbier (éd.). Paris : PUF : 29-41.

Bloch, M.A, Hénaut, L. (2014), *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social.* Paris : Dunod.

Bloy, G., Schweyer, F.X.,(éds.) (2010), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Boudon, R. (2007), *Essais sur la théorie générale de la rationalité : action sociale et sens commun*. Paris : PUF.

Calvez, M. (2004), *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Carricaburu, D., Ménoret, M. (2004), *Sociologie de la santé.* Paris : Armand Colin.

Collière, M. F. (1990), « l'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers », Anthropologie et Sociétés, vol. 14, n° 1, p. 115-123.

Corbin, J., Strauss, A. (1988), *Unending Work and Care : Managing Chronic Illness*. San-Francisco : Jossey-Bass Inc.

Coutel, C. (2021), *Pour une République laïque et sociale, Héritages, défis, perspectives*. Paris : L'harmattan.

Declercq, P. (2001), *Les naufragés*. Paris : Plon.

Darmon, M. (2003), *Devenir anorexique*. Paris : La Découverte.

Dioumassy, K. (2024), « Stress et immunité durant la pandémie à covid-19. Une réponse individuelle et adaptée à ses propres acquis », in Pourchez, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives.* Paris : Editions des archives contemporaines, p. 243-258, doi : https://doi.org/10.17184/eac.8785

Dufour-Gompers, R. (1993), *La relation avec le patient*. Paris : Privat.

Durif, C. (1994), *Une fabuleuse machine, anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*. Paris : Métaillié.

Elias, N. (2016), *La dynamique sociale de la conscience : sociologie de la connaissance et des sciences*. Paris : La Découverte.

Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris : Odile jacob.

Fainzang, S. (2006), *La relation médecins- malades : information et mensonge.* Paris : PUF.

Fondation de France (2024), « Recherche médicale : l'apport indispensable des sciences humaines et sociales »,

https://www.fondationdefrance.org/fr/cat-recherche-medicale-sante/recherche-medicale-l-apport-indispensable-des-sciences-humaines-et-sociales

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Fox, R. (1959),*Experiment Perilous : Physicians and Patients Facing the Unknown*. Free Press.

Freidson, E. (1984), *La profession médicale*. Paris : Payot.

Froment, A. (2001), *Pour une rencontre soignante*. Paris : Editions des Archives Contemporaines.

Goffman, E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*. Paris : Les Éditions de Minuit.

—- (1975), *Stigmate*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Good, B. (1994), *Medicine, Rationality and Expérience*. Cambridge : Cambridge University Press.

Herzlich, C. (1969), *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : EPHE/ Mouton.

Hochart, M. (2016),« Vers la généralisation du pouvoir d'agir et de l'empowerment », *Pratiques en santé mentale,* 3 : 25-30.

Hoerni, B. (2008), « Dignité des patients et respect des soignants », *revue medicale suisse*, https://www.revmed.ch/view/581678/4603267/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2008-23s_sa19_art19.pdf

Huang, Q. (2024), « L'argent dans la relation soignant-soigné et dans la médecine traditionnelle à Madagascar et en Chine », in Pourchez, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Paris : Editions des archives contemporaines, p. 129-148, doi : https://doi.org/10.17184/eac.8778

Humblot, J.F. (2024), « Du Togo et de Mayotte à l'étude des itinéraires thérapeutiques de patients atteints de cancers en Franche-Comté », in Pourchez, Laurence (dir.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives*, Paris : Editions des archives contemporaines, p. 217-242, doi : https://doi.org/10.17184/eac.8784

Kamimura, A., Higham, R., Rathi, N., Panahi, S., Lee, E., Ashby, J. (2020), « Patient-Provider relationships Among Vulnerable Patients : The Association With Health Literacy, Continuity of Care, And Self Rated Health », Journal Of Patient Experience, Jan. 12, 7 (6), p. 1450-1457 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7786733/

Kleinman, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press.

Laplantine, F. (1986), *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.

Latour, B. (2007), *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte.

Louis-Courvoisier, M. (2008), « Sciences humaines et médecine, une alliance féconde », *Revue Médicale Suisse*, 154, https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-154/sciences-humaines-et-medecine-une-alliance-feconde

Loux, F. (1995), *Traditions et soins d'aujourd'hui : anthropologie du corps et professions de santé*. Paris : InterEditions.

Lussier, M.T., Richard, C. (2016), *La communication professionnelle en santé*. Montréal : Editions Erpi.

Marc, E., Picard, D. (1989), *L'interaction sociale*. Paris : PUF.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2024), *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager et réaliser le changement*. Paris : InterEditions.

Mol, A. (2002), *The Body Multiple : ontology in medical practice*. Durham, NC : Duke University Press.

Moulin, T., Simon, P., Diot, P., Sibilia, J. (2022), « Santé numérique – télémédecine : l'évidence d'une formation universitaire pour tous les professionnels de santé », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 206, N° 5, p. 648-656.

Paul, B. (1955), *Health, Culture and Community : Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. New-York : Russell Sage Fondation.

Paul, M. (2020), *La démarche d'accompagnement*. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.

Parsons, T. (1951), *The social system*. New-York : Routledge.

—- (1970), « Structure sociale et processus dynamique, le cas de la pratique médicale moderne », in *Médecine, maladie et société,* Claudine Herzlich (éd.). Paris : Mouton.

Peplau, H. (1952), *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. 1995 pour la version française. Paris : Interéditions.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Peter, J.P. (1971), « Les mots et les objets de la maladie : remarques sur les épidémies et la médecine dans la société française de la fin du XVIIIe siècle », *Rev Hist* (Paris), 246 (499), p. 13-38.

Pierret, J. (1997), « Un objet pour la sociologie de la maladie chronique : la situation de séropositivité au VIH », *Sciences Sociales et Santé,* 15-4, p. 97-120.

Pouchelle, M. C. (2007), « La robotique en chirurgie cardiaque : avancées technologiques et vacillements professionnels », *Communications*, n° 81, p. 183-200.

Pourchez, L. (2016), « Quand une professionnelle des sciences sociales rencontre des professionnels de la médecine : vingt ans de collaboration avec les professionnel(le)s de la santé à La Réunion », in *Quand les professionnels de la santé et des sciences sociales se rencontrent*, Pourchez Laurence (éd.), Paris : Editions des Archives Contemporaines, p. 83-104.

—- (2024), « Introduction », in Pourchez Laurence (éd.), *Faire de l'ethnomédecine au XXIe siècle. Enjeux et perspectives.*, Paris : Editions des archives contemporaines, p. 1-16, doi : \url{https://doi.org/10.17184/eac.8768}

—- (2025), « Vers une médecine intégrative en médecine : L'apport des Sciences Humaines et Sociales, ? », *Louvain Medical Journal*, mai, 144, p. 23-27.

Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Rapport n° 174 (2001-2002), déposé le 16 janvier 2002, https://www.senat.fr/rap/l01-174/l01-17420.html

Ramachandran, M., Brinton, C., Wiljer, D., Upshur, R., Steele Gray, C. (2023), « The impact of eHealth on relationships and trust in primary care : a review of reviews », BMC Primary Care, 24, Article 228, https://doi.org/10.1186/s12875-023-02176-5

Renaud, M. (1985), "De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherche sur le malade et la maladie", in *Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie*, Jacques Dufresne, Fernand Dumont, Yves Martin (éds.). Québec : Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC) et les Presses universitaires de Lyon (PUL), p. 281-291.

Rivers, W. H. (1917), « Medicine, Magic and Religion », *Lancet*, XCV., p. 919–23, 959-64.

Sainsaulieu, Y. (2007), *L'hôpital et ses acteurs : appartenances et égalité*. Paris : Belin.

Silvera, G.A, Haun, C.N. (2022), « Technology about me, without me : An examination of the relationship between patient-facing technology and patient experience », Patient Experience Journal, vol. 9, issue 3, Article 13, https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1702\&context=journal

Stewart, M. A. (1995), « Effective physician-patient communication and health outcomes : a review », CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 152(9), p. 1423-1433. https://www.cmaj.ca/content/152/9/1423

Véga, A. (2000), *Une ethnologue à l'hôpital*. Paris : EAC.

—- (2001), *Soignants/soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris : De Boeck.

Vonarx, N. (2019), « L'intégration des sciences humaines et sociales dans les formations en santé : passer par les arts et le cinéma pour relever les défis », *Pédagogie Médicale* 20, 43-51.

Publications multimédias

Benoist, J. (2010), « Une maladie, des interprétations multiples », in DVD *Guérisons*, Réalisatrice Régine Dalnoky. Paris : CNRS.

Peter, J.P (2010), « Histoire d'une relation manquée », in DVD *Guérisons*, Réalisatrice Régine Dalnoky. Paris :CNRS.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017