

MISE AU POINT / IN-DEPTH REVIEW

LES ENJEUX ACTUELS DANS LA RELATION MÉDECIN-MALADE

<http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/65-2/review2.pdf>

Elie SAMAHA*

Samaha E. Les enjeux actuels dans la relation médecin-malade. *J Med Liban* 2017; 65 (2): 106-107.

Au Liban, la particularité du système national de santé, la diversité de la formation médicale, les nombreuses communautés religieuses et leurs différentes croyances, ainsi que les différents niveaux sociaux exigent que le médecin ait, en plus de son éducation universitaire, des compétences relationnelles solides.

Avec l'accroissement des problèmes d'éthique en société et des plaintes contre les médecins, parler et écrire sur la relation médecin-malade devient de plus en plus une nécessité. Le malade doit-il tout savoir ? Si oui, comment l'informer, quoi lui dire, et quand ? L'Art médical est un art de l'accompagnement avant d'être un art du soin ou de la guérison.

Histoire de la relation médecin-malade

Bernard Hoerni [1] distingue trois périodes dans l'histoire de la relation médecin-malade : la période s'étendant jusqu'au XVIII^e siècle où la médecine « traditionnelle » maintenait le malade en position d'obéissance vis-à-vis du médecin ; la période transitionnelle entre le XVIII^e et le XIX^e siècle qui introduisit la notion d'autonomie du patient ; et la période allant de la seconde moitié du XX^e siècle jusqu'à nos jours où le modèle « autonomiste » s'est imposé sous l'influence de philosophes, sociologues, associations de patients et médecins, en majorité nord-américains [2].

Aujourd'hui, cette relation est influencée par plusieurs facteurs comme les médias et l'internet qui ont considérablement facilité l'accès à l'information. Le malade n'est plus cet individu passif qui remet au médecin la responsabilité des décisions le concernant. Mieux informé, le malade exige que le médecin le tienne au courant des résultats de ses investigations, et le fasse participer aux décisions concernant le diagnostic et le traitement.

La réaction du patient face à sa maladie

Le terme « patient » vient du latin *patiens* ou celui qui supporte. Le patient est celui qui souffre et endure.

La réaction du patient face à la souffrance diffère d'un individu à l'autre. Son enfance, sa personnalité, son éducation, ses expériences antérieures, et la gravité de sa pathologie jouent un grand rôle dans son comportement face à toute agression externe ou interne (comme la maladie).

*Dr E. Samaha, Service de Neurochirurgie, Centre hospitalier universitaire Hôtel-Dieu de France, Beyrouth, Liban.
e-mail: elie.samaha@hdf.usj.edu.lb

Certains patients réagissent avec angoisse, d'autres sont plus patients ; certains craignent le regard des bien-portants, d'autres sont plus indifférents. D'après la théorie de l'attachement, par exemple, le malade recherche, devant la maladie, une figure d'attachement de laquelle il peut tirer confort et protection [3].

C'est pourquoi, au cours de sa formation médicale, le médecin doit être tenu au courant des différentes réactions éventuelles du malade devant la maladie et s'adapter aux différentes situations qui se présentent.

Le partage du pouvoir

« L'on n'a qu'à parler avec une robe et un bonnet, tout galimatias devient savant et toute sottise devient raison. »

Béralde, dans *Le Malade imaginaire*

Devant le médecin, le patient-malade est vulnérable, fragile, et déstabilisé parce qu'il va devoir changer des habitudes, révéler ses handicaps et ses faiblesses, et livrer parfois son corps dans des postures dégradantes.

Inversement, le patient peut refuser un traitement ou un examen, exiger un autre avis, ou choisir un autre médecin ou hôpital. C'est au médecin de lui donner les moyens de partager le pouvoir, en l'écoutant, en l'informant, et en dialoguant. Il faut qu'il lui explique la maladie en un langage simple, qu'il lui donne le choix de plusieurs conduites thérapeutiques, d'avis d'autres consultants, et qu'il propose de demander l'avis d'un confrère s'il perçoit un doute ou s'il a lui-même une hésitation sur le diagnostic ou le traitement.

Préfaçant un livre sur la balance du pouvoir entre médecins et patients, L.W. Zaroff, un chirurgien américain retraité, confesse l'abus de pouvoir : *« En 25 ans de chirurgie, je n'ai jamais abdiqué le pouvoir. Je ne me suis jamais demandé ce que le patient ressentait avant une opération. Je n'ai permis aucune communication réelle, ni aucune véritable négociation. J'ai changé de comportement lorsqu'un ami m'a opéré d'une hernie plutôt compliquée. J'ai demandé à être traité comme tout patient, mais cela ne m'a pas plu. En fait, jusqu'ici j'avais triché avec mes malades. Ils méritaient plus et mieux que mon seul savoir-faire en salle d'opération. »* [4]

La relation au cabinet de consultation et à l'hôpital

Le rôle du médecin est de soigner son patient en vue de le guérir ou d'améliorer sa qualité de vie. Au cours de l'interrogatoire et de l'examen clinique, non seulement le diagnostic commence à se former, mais la relation médecin-malade s'affirme aussi.

Savoir écouter le patient et savoir gagner sa confiance sont deux critères indispensables pour le succès de la relation médecin-malade. Le patient attend de la consultation, au minimum, une écoute attentive et compréhensive et souvent un certain nombre de gestes techniques (prise de tension et auscultation cardiaque, par exemple). La manière avec laquelle le patient est écouté détermine la qualité de la relation qui se nouera ensuite entre le médecin et son patient.

On a remarqué, en clinique, qu'une bonne relation médecin-malade contribue à l'efficacité du traitement [5,6]. De plus, les plaintes du patient, juridiques ou autres, dépendent bien évidemment des résultats médicaux, mais aussi essentiellement de la bonne communication, de l'information fournie et de la complaisance du médecin envers le malade. Si ce « contact » médecin-malade est établi correctement, la complication éventuelle est mieux acceptée et risque moins d'être interprétée comme une faute médicale [7]

Au Liban, le malade ne se préoccupe désormais plus uniquement de la qualité des soins mais aussi de la qualité de vie au sein des établissements hospitaliers. Il s'attend à une prestation adaptée à sa demande (hôtellerie, accueil, confort, activités), et son avis sur l'hôpital, le médecin traitant, et les soins qui lui sont prodigués en dépend. Cependant, il est important de noter que l'hôpital est beaucoup plus qu'un hôtel. La personne qui occupe une chambre est un patient et non un client. Il doit avoir un nom et non pas un numéro lors de la passation entre les soignants. Ceci donne de l'estime au patient fragilisé par la maladie.

Le secret professionnel, et la confiance

L'exercice de l'art médical commence par la rencontre entre deux individus : le patient, demandeur de soins d'une part, et le praticien qui pratique son art d'autre part. Pour permettre au médecin de déterminer son état de santé, le malade doit dévoiler son problème physique, mais aussi discuter de son état psychique et parfois social. Il doit pouvoir, librement et sans crainte, se confier au médecin : parler de ses symptômes et de son histoire clinique (l'anamnèse) et soumettre son corps aux examens cliniques et paracliniques pour le diagnostic et le traitement. Une relation de confiance doit donc s'établir entre

lui et le médecin et doit être basée sur la confidentialité et la complaisance.

La confiance et la confiance sont nécessaires à l'art de guérir, elles doivent être protégées par le secret professionnel qui trouve son fondement dans le respect de la personne et de sa vie privée.

La relation médecin-malade répond à des règles précises que tout médecin doit connaître, sans pour autant être un sujet statique qui suit un modèle donné. C'est un état dynamique qui dépend de la personnalité du médecin, comme du malade, et qui évolue en fonction de paramètres divers.

Cette relation est naturellement inégale : elle demande un échange entre un individu dans le besoin, et un autre possédant la connaissance, l'expérience et le pouvoir de guérir. Pour qu'elle soit réussie, elle nécessite la présence de complaisance, respect, confiance, et confidentialité.

RÉFÉRENCES

1. Hoerni B. L'autonomie en médecine. Nouvelles relations entre les personnes malades et les personnes soignantes. Paris: Payot éditeurs, 1991.
2. Belmas E, Nonnis-Vigilante S. Les relations médecin-malade. Des temps modernes à l'époque contemporaine. Presses universitaires du Septentrion, 2013.
3. d'Elia G. Attachment: a biological basis for the therapeutic relationship? *Nord J Psychiatry* 2001; 55 (5): 329-36.
4. Malherbe JF. Pour une éthique de la médecine, 3^e édition. Artel-Fides éditeurs, 1997.
5. Small M, Vickers A, Anderson P, Kay S. The patient-physician partnership in asthma : real-world observations associated with clinical and patient-reported outcomes. *Adv Ther* 2010 Sept; 27 (9): 591-9.
6. Mc Allister C, Leykum LK, Lanham H et al. Relationships within inpatient physician housestaff teams and their association with hospitalized patient outcomes. *J Hosp Med* 2014 Dec; 9 (12): 764-71.
7. Bismark MM, Brennan TA, Paterson RJ et al. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand : a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 17-22.