



Bernard Hœrni

« Comment faire comprendre qu'un patient n'est pas mal placé pour juger un médecin ? »

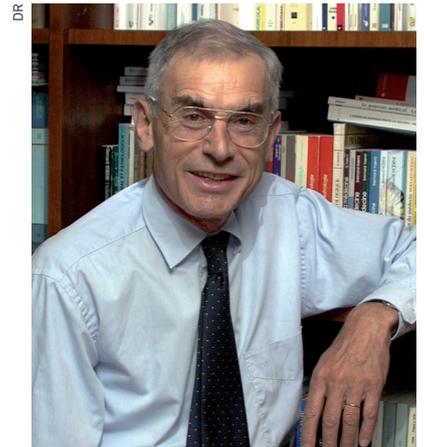
Bernard Hœrni vient de publier aux éditions Imothep un livre sur la relation médecin-malade. Les échanges entre soignant et soigné ont beaucoup évolué, depuis 1968, avec le mouvement de contestation de toute autorité, et depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui met l'accent sur l'information du patient et son consentement éclairé.

La relation médecin-malade est en pleine évolution ; d'aucuns citent l'influence d'Internet, la judiciarisation de la médecine, ou la revendication des patients à ne plus subir une relation paternaliste. De façon résumée, quels facteurs bousculent le plus cette relation ?

Au cours de ces dernières décennies, la relation médecin-malade a au moins autant évolué et modifié la pratique médicale que les avancées scientifiques ou techniques. On montre et on voit mieux ces dernières, qui sont plus spectaculaires, plus frappantes et dont les médias nous abreuvent, alors que les questions dont nous parlons sont rarement présentées, parce que plus austères, moins simples. Cette relation est d'ailleurs à élargir, comme je l'envisage

dans le livre : le malade est plus souvent un patient, en bonne santé ; le médecin s'associe de plus en plus à d'autres professionnels de santé ; il y a en France deux fois plus d'infirmières que de médecins. Il faut donc parler de soignants et de soignés.

Il arrive que les médias montent en épingle un procès. Il y a des centaines de millions d'actes médicaux chaque année dans notre pays : comment pourrait-on imaginer qu'aucun ne prête à contestation, d'autant qu'il y a des individus querelleurs, voire procéduriers, qui attaquent tout et n'importe quoi. Les médecins ne doivent pas se laisser impressionner par les risques de dérive à l'américaine, par la prétendue augmentation continue du nombre de procès intentés contre des médecins, ce qui n'est pas vrai, ni justifié.



BERNARD HœRNI est né en 1940. Professeur de cancérologie à l'université Victor-Segalen-Bordeaux II, il a dirigé pendant sept ans l'Institut Bergonié, centre régional de lutte contre le cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest. Il a présidé la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, la Société française du cancer, l'European association for cancer education et le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Même chose pour Internet : les malades se sont de tout temps renseignés, de la façon la plus pittoresque quelquefois, sur leur maladie, leur médecin, leur traitement. Certes Internet amplifie considérablement cette possibilité de s'informer, mais



l'abondance de ce que l'on trouve et sa qualité sont telles que bien des patients sont noyés sous un flot d'informations surabondantes et générales, alors qu'ils ont besoin d'une information précise et personnalisée, que seul un professionnel peut leur donner. Il est vrai cependant que cela stimule les médecins pour se tenir au courant, pour savoir aussi expliquer à un patient les distinctions entre ce qu'il a trouvé sur le web et ce qui le concerne lui, précisément. Et cela prend du temps. Mais la bonne

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

médecine prend plus de temps que l'autre.

Le plus important est que les rapports sociaux ont profondément changé. Il y a plus qu'avant une contestation de toute autorité, de tout paternalisme. Les individus se sont émancipés : les femmes, les employés, les élèves, les peuples colonisés..., les patients sont parmi les derniers à en faire autant. Ils ne sont plus systématiquement passifs, soumis et obéissants ou faisant semblant de l'être et c'est très bien. Les médecins contemporains ne peuvent que s'en réjouir, même si cela complique un peu leur exercice. Nous avons des raisons de choisir médecine plutôt qu'art vétérinaire...

A contrario de ces changements, la parole échangée entre le médecin et le patient n'a-t-elle pas quelque chose d'intemporel et de stable au travers des époques ?...

Il y a bien sûr des éléments stables, mais les conditions de la parole et de la communication ont beaucoup changé. On hésite moins à s'exprimer sincèrement, voire crûment, avec moins de déférence systématique. Le niveau d'éducation s'est relativement plus amélioré pour la

population générale que pour les médecins, il y a moins de décalage entre les uns et les autres. Pensez, par exemple, à l'abandon du « mensonge médical » qui a si longtemps prévalu. Comment pouvait-on mentir aux malades et s'étonner qu'ils ne nous fassent pas confiance ?

...et en est-il de même pour le contact physique ?

Il n'a jamais été abordé avec facilité. Laennec invente le stéthoscope parce qu'il hésite à poser son oreille sur une jeune poitrine... et le plus souvent les corps étaient sales. C'est seulement à la fin du XIX^e siècle que les médecins ont commencé à faire déshabiller les malades.

Ce qui a le plus changé, c'est la profusion et la qualité des examens complémentaires qui permettent au médecin d'examiner de manière moins intime son patient et qui donne des renseignements de meilleure qualité que l'examen physique. Mais ils ne peuvent pas tout remplacer et souvent ils ne font pas mieux et sont plus désagréables pour le patient, plus onéreux que le geste du praticien et ils demandent plus de temps.

Que faire devant un refus de soins ?

On met – enfin ! – l'accent sur le consentement éclairé du patient. Celui-ci n'a de valeur que si la personne est informée et si son refus est possible.

D'abord, ce refus est parfois bienvenu : il y a des traitements que les médecins hésitent à proposer, mais ils le font devant l'insistance du patient ou de son entourage, et ils sont soulagés que ce soit refusé. Quand on parle d'acharnement thérapeutique, je prétends qu'il dépend plus souvent des malades et de leur famille que des praticiens ou des équipes médicale, en tout cas aujourd'hui. Cela est bien documenté en cancérologie après épuisement des traitements éprouvés.

Le refus du patient doit être évalué : s'agit-il d'un réflexe rapide ou d'un

refus réfléchi ? Et surtout en fonction de l'enjeu : il y a des traitements dont l'intérêt est peu discutable, il faut alors ne pas se contenter d'un refus primaire, mais savoir faire preuve de persuasion sans aller jusqu'à la pression ou pire au chantage. Cela dépend aussi de la situation : en urgence, le médecin a d'abord le devoir de sauver. En situation moins pressante, le refus d'un patient bien informé et qui persiste dans sa position ne peut qu'être respecté. Un médecin a le droit de refuser aussi de soigner un malade, pourvu que ce soit en dehors d'une situation d'urgence, qu'il l'indique clairement à l'intéressé et ménage une continuité de soins en faisant passer les éléments nécessaires à un autre praticien désigné par le patient.

Dans votre livre, vous faites mention au burn out des médecins et de son impact négatif sur la relation du médecin avec son patient. Doit-on en déduire que vous jugez ce phénomène menaçant et en progression ?

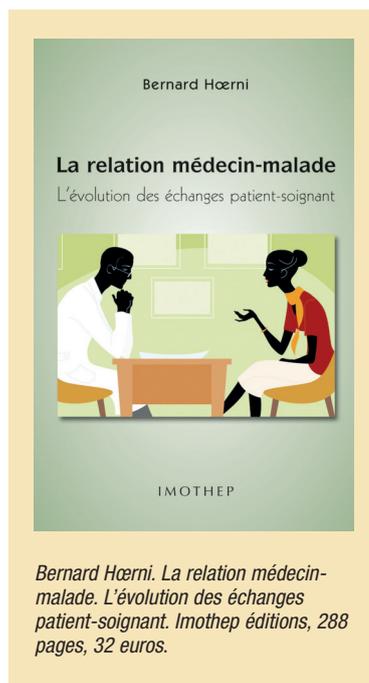
Je préfère dire syndrome d'épuisement. On en parle plus volontiers, mais ce n'est pas d'hier que les médecins ou les infirmières sont très sollicités, soumis à des situations éprouvantes. Autant le reconnaître et en tirer les conséquences pour le prévenir, car il est source d'erreurs préjudiciables pour les uns comme pour les autres. Une directive européenne, qui n'est pas propre aux professions de santé mais concerne d'autres professions susceptibles d'exposer autrui à des risques, a donné des indications pour respecter par exemple le repos compensateur. Cela fait des années que des pays plus attentifs que le nôtre aux conditions de travail ont pris des dispositions pour réduire comme, il y a dix ou douze ans en Grande-Bretagne, le temps de travail des internes de 84 à 80 heures par semaine. L'épuisement ne vient pas seulement du temps passé à travailler, mais plutôt des conditions du travail, et il est nécessaire que les équipes de soins y prêtent attention pour

De médecin-malade à patient-soignant

Constaté que la relation médecin-malade a profondément évolué en quelques décennies est aujourd'hui si banal qu'il est tentant de ne même plus s'arrêter à ce qu'elle est devenue. Pourtant, il est essentiel pour tout médecin de se frotter peu ou prou à son examen : il y va de la qualité des soins qu'il prodigue. Il découvre alors que le terrain est immense, les manières de l'arpenter nombreuses, les perspectives parfois insoupçonnées. Cancérologue, ancien président du Conseil national de l'Ordre des médecins, le professeur Høerni en dresse une cartographie complète que le lecteur peut aborder comme un traité à lire d'un bout à l'autre ou comme un manuel à utiliser selon les intérêts et les envies. Inscrit dans la préoccupation contemporaine de prendre soin du patient et non seulement de soigner sa maladie, son ouvrage prend nettement parti pour une médecine qui soit une « science de l'homme, dans toutes ses composantes », attentive à ses propres évolutions et soucieuse d'en tirer les leçons.

Même si le « colloque singulier » est devenu une affaire collective, il se déroule et se déroulera pour longtemps encore dans l'intimité de deux êtres humains qui se rencontrent. Bénéficiant d'une grande expérience de médecin et d'écrivain, le livre de Bernard Høerni est appelé à faire autorité.

S.C.



Est-ce que cela est clair, vous convient ? Vous n'avez pas d'autres questions ?».

Votre ouvrage fait l'effort d'être à la fois exhaustif et pédagogique. Dans sa riche bibliographie, on note quelques romans. Parmi ceux-ci, pourriez-vous en choisir un ou deux dont la lecture vous paraît particulièrement enrichissante ?

Il est impossible d'être exhaustif compte tenu des milliers de travaux publiés chaque année dans ces domaines des sciences humaines médicales. Beaucoup sont des observations très sérieuses, reposant sur des études randomisées qui n'ont rien à envier à l'*evidence-based medicine*, même si elles sont méconnues ou ignorées. Cette méconnaissance, par des enseignants formés il y a longtemps et qui ne se tiennent pas suffisamment au courant de ces développements récents, quand ils ne les dédaignent pas, fait que la formation des étudiants aujourd'hui en pâtit. C'est regrettable pour eux comme pour leurs futurs patients.

Dans mon livre, je me suis efforcé de balayer tous les aspects de la relation entre praticien, médecin ou professionnel paramédical et patient pour sensibiliser à des domaines trop méconnus : qui sait, par exemple, qu'il y a des dizaines d'articles publiés sur l'usage du téléphone et maintenant du courriel en médecine ? La plupart sont intéressants et ont des implications pratiques qui méritent d'être connues, simplifient le travail des médecins, réduisent leur risque d'épuisement.

Si on sait les écouter, les malades nous en apprennent beaucoup. Il y a beaucoup de témoignages instructifs et il est difficile d'en choisir un ou deux. Comme cancérologue, je ne saurais trop recommander *Le Pavillon des cancéreux*, de Soljenitsyne, fondé sur une expérience vécue et remarquablement écrit et traduit. J'ajouterai *L'Intrus*, court témoignage du philosophe contemporain Jean-Luc Nancy, également fondé sur une transplantation vécue. ♦ 414240

éviter ce qui expose à l'épuisement : souvent des conditions au travail de tension.

Peut-on – et si oui comment – apprendre à un jeune médecin à « bien » se comporter avec son patient ?

Oui, bien sûr, mais cela ne va pas de soi, comme on a longtemps fait semblant de le croire. Le compagnonnage ne suffit pas, ne serait-ce que parce que quelques « maîtres » donnent un mauvais exemple. Dans les années 1960, je n'étais pas le seul à être choqué de voir un chef de service passer la chambre d'un malade mourant « pour lequel il n'y avait plus rien à faire » sans y entrer.

La principale difficulté est de croire qu'il n'y en a pas. C'est faux, la profession médicale est un métier difficile. Il faut le dire, attirer l'attention des étudiants sur les difficultés quotidiennes que l'on rencontre. Il

faut les y sensibiliser, par des exemples qui ne manquent pas, leur expliquer que les difficultés ne se résolvent pas toutes seules, avec de la bonne volonté.

Les méthodes pour améliorer les comportements ne manquent pas, mais sont très peu utilisées dans notre pays (jeux de rôles, enregistrements vidéo ensuite commentés, confrontation à des patients simulés ou « éduqués ») qui sont utilisées ailleurs pour faire passer les examens de clinique, plus sérieusement que chez nous. Comment faire comprendre qu'un patient n'est pas mal placé pour juger un médecin ? Comme professionnels, nous nous devons d'abord d'être compétents, mais nous devons aussi donner satisfaction aux patients. Et pour savoir si on répond correctement aux attentes d'un patient, il faut le lui demander. Aucune consultation ne devrait se terminer sans une ultime question : «