

**Déjeuner du 27 février 2013**

**Intervention du Professeur André Kayat : « La relation médecin/malade »**

*Préambule :*

*Le Professeur André Kayat, chirurgien cardiaque au CHU de Caen est présenté par Jean-Claude Angoulvant : spécialiste en néonatalité, en transplantation cardiaque, en « ressuscitation » (réanimation après arrêt cardiaque long), coordinateur national du protocole « Cœur artificiel à domicile »...*

*Ces dispositifs sont coûteux : 100 k€ par dispositif, en plus du coût des soins...*

**La problématique de la relation « médecin/malade »** représente un phénomène qui n'est pas chiffré en termes de coûts (donc qui n'a pas de prix !) mais qui prend beaucoup de temps au personnel médical.

Il s'agit d'une relation complexe, dite aussi « relation chaotique », qui suppose l'interaction de szyx personnes-acteurs et qui, au lieu de se subir, doivent inter réagir et se compléter.

Cette relation est en général traitée de 2 façons :

a/la position traditionnelle ou « paternaliste » de celui qui sait (le médecin) par rapport à celui qui est dans l'ignorance (le malade)

b/(à l'autre extrême) le « principe d'autonomie » où le malade doit savoir ce qu'il en est pour lui

Cette relation suit bien entendu l'évolution de la société : on évolue vers le principe d'autonomie !

« Une personne humaine (le malade en l'occurrence) est capable de comprendre, le rôle du médecin étant de l'informer pour qu'il comprenne (et accepte) la décision de traitement ».

C'est ce qu'on appelle parfois « le consentement éclairé » (ou résigné ?).

Le consentement éclairé, qui est la position intermédiaire sur laquelle on s'accorde aujourd'hui, comporte dans les deux mots qui le compose l'essentiel des 2 grands principes cités ci-dessus, le consentement n'est pas résignation et être éclairé comporte une part d'autonomie dans la décision.

Dans cette relation, les grands principes d'Hippocrate restent valables :

- ne pas nuire
- donner la meilleure orientation pour traiter le mal
- avoir une compréhension empathique vis-à-vis du patient

Mais il faut aller plus loin aujourd'hui et intégrer des éléments de « théorie de la communication » et même des éléments de philosophie !

Ainsi se pose **le problème de la « vérité »**

L'opposé de la « vérité » est la « non vérité », pas nécessairement le « mensonge » ou « l'erreur ».

À ce point de la présentation, le Pr Kayat fait état d'un livre écrit par une anthropologue sur la relation médecin/malade qui parle du « mensonge » du médecin et des patients (« *tout le monde ment !* »), comme dit le Dr House dans la série TV américaine du même nom).

Manifestement, il est clairement opposé à cette approche et développe un certain nombre de points autour desquels le sens même de la communication et des outils qui la portent sont développés. Et plus particulièrement la structure du langage et la compréhension.

Or un « non-dit » n'est pas nécessairement un « mensonge ».

Dire la vérité suppose d'utiliser le **langage**.

« Nous avons un sixième sens : le langage ; c'est lui qui « porte la vérité ».

Est évoqué ensuite la « hiérarchie des sens » : « le plus bas dans l'échelle est le toucher (réaction de défense), suivi de l'odorat, l'ouïe et le goût, la vision étant le sens le plus élevé... avant le système de communication qu'est le langage »

L'interprétation du langage par le patient passe par la connaissance, et la vérité – sur les causes de la maladie comme sur les conséquences possibles du traitement - se formule de façon statistique, est donc plus complexe pour le patient qui a généralement du mal à intégrer les probabilités, qui concernent les groupes, rapportées à son MOI (très individuel).

Un concept s'avère alors utile : le « vecteur santé → mort » qui est un vecteur spécifique à chaque individu mais qui pose la question : « où le malade se situe-t-il lui-même sur ce vecteur ? ».

La relation client-malade est donc complexe, car elle comprend :

- la gestion de la sémiologie dans la présentation du diagnostic
- c'est une relation d'angoisse
- le discours est très particulier
- toutefois la complexité des moyens utilisés est en soi rassurante : importance des technologies mises en œuvre à MON bénéfice !
- l'annonce (= le protocole, comme l'on dit) est un moment délicat
- l'acte thérapeutique « je vais vous envoyer chez untel » dans le sens « je vous confie à untel » est aussi un marqueur important de la relation...
- ... dire au malade ce qu'il est prêt à entendre

Il y aurait une profession intermédiaire à créer : « accompagnateur de malade », complémentaire de celle du médecin.

Il existe aussi un autre phénomène notable : les malades guéris n'y croient pas toujours !

Ils font une dépression. (Les maladies graves entraînent une prise en charge que l'on peut qualifier d'envahissante. L'allègement des soins et le retour progressif à une autonomie retrouvée sont assez souvent accompagnés par un épisode dépressif marqué par un sentiment d'abandon).

De leur point de vue, la maladie est un « fait historique » avec ses habitudes, voire ses rites, et quand ils sont guéris ils en sont privés !

Il faut donc redonner un sens à la vie (au retour à une vie normale, la sur-vie) ; tracer un itinéraire avec clarté pour le malade.

**L'environnement du patient joue un rôle très actif (médical, familial, médias...)**

Sur le plan médical, la prise de décision vis-à-vis de l'acte thérapeutique doit être collégiale ; cela l'est de plus en plus souvent, c'est sécurisant, mais il faut un seul interlocuteur vis-à-vis du patient ; pour cela, il faut un dossier de référence auquel chaque membre de l'équipe médicale se reporte avant de parler au malade ; mais des progrès restent à faire dans le sens de l'info qui suit...

Le vécu du patient est « irritatif » : il y a le contexte des médias (« le droit à l'info »), l'influence du juridisme (« le droit à la réussite du traitement, le droit au succès, au résultat »...)

Si le secret médical impose un dialogue singulier, la gravité du diagnostic et du pronostic, la complexité de l'itinéraire thérapeutique impose de ne pas laisser le patient seul face à sa maladie. La participation de la famille, ou d'une personne de confiance (déclarée en tant que telle) avec l'accord du patient, peut jouer ainsi un rôle apaisant et positif d'accompagnement.

### **L'aléa, l'erreur, la faute (d'un point de vue pratique et juridique)**

Aléa : toutes les procédures et les règles de bonne pratique ont été suivies, il n'en reste pas moins que le taux incompressible de risque est là. La complication ne relève pas du juridique et est prise en charge par un fonds d'indemnisation.

La différence entre l'erreur et la faute relève d'une expertise et de fait est plus subtile. Sans en examiner les aspects techniques qui répondent à chaque pathologie et à son approche spécifique, on pourrait dire que l'erreur est excusable alors que la faute ne l'est pas. L'expertise juridique, si elle en constitue une première approche, ne représente pas tout, loin sans faute, l'enquête pénale la précède parfois. Il faut savoir que la mort d'un patient en salle d'opération peut relever d'une inculpation pour homicide ; même si la gravité de la pathologie justifie tout à fait cette mort.

En résumé, l'erreur relève d'une procédure civile d'indemnisation, la faute peut s'accompagner de sanctions pénales.

« La société (influence des médias, importance du juridisme) rattrape l'organisation des soins »

La complexité des réseaux de soins et des filières de prise en charge sont telle qu'elles relèvent de plus en plus de professionnels de santé spécialisés appelés en France : conseiller de santé ou disease manager dans les pays anglo-saxons.

Ainsi, dans 3 pays développés, qui ne sont pas réputés pour la faiblesse de leurs soins médicaux, l'Allemagne, la GB et les USA, ceci existe déjà. Ainsi,

— c'est l'interlocuteur clé (obligé) du patient

— celui qui fait la synthèse entre le réseau de santé, les pratiques médicales et le patient...

— les assureurs, qui sont en première ligne dans ces pays, ont mis le paquet et font faire des économies...

La « télésanté » est aussi en forte croissance.

Le rôle des associations de patients se renforce dans l'éducation thérapeutique = implique le patient dans sa maladie.

Les responsables actuels du système de santé publique ont pris conscience de l'importance de la prévention et du rôle des associations d'accompagnement (cela rejoint l'un des thèmes en cours de réflexion au sein de Contrat Social : « l'accompagnement »)

### **Un mot sur la « ressuscitation » (anglicisme)**

Il y a 60 000 morts par an sur la voie publique. En cas d'arrêt cardiaque (fibrillation) il faut réagir en 3 à 4 minutes or les pompiers, ou le Samu, ont une moyenne d'intervention de 9 minutes (ce qui est déjà très court). D'où l'installation d'un nombre de défibrillateurs « accessibles au public » de plus en plus nombreux (une application sur smartphone doit bientôt présenter l'emplacement du défibrillateur le plus proche) !

L'équipe du Pr Kayat a mis au point un protocole de récupération qui vérifie la survie neurologique des patients transportés à l'hôpital « alors qu'il est trop tard » ; il s'avère que 55 % des patients ont encore une survie cérébrale après une heure d'arrêt cardiaque (pris en charge efficacement par les équipes de secours) ; après transplantation ou dérivation externe, 31 % sont ainsi « ressuscités » sans séquelle après 48 heures Ils ont ensuite une espérance de vie analogue à celles des personnes ayant été opérées de façon programmée.

En **conclusion**, la médecine « traditionnelle » vit ses derniers instants (mais pendant combien de temps encore ?)

Les jeunes médecins ne s'installent plus en libéral. La féminisation de la profession change beaucoup de choses, de même que le fait que le système de soins soit de plus en plus technique, plus scientifique, plus long (10 ans d'études)...

\*\*\*