

Préface

JE VOUDRAIS tout d'abord exprimer ma fierté en tant que directeur de l'UFR de médecine de l'UPEC de rédiger la préface de ce livre. Former les étudiants en médecine à la relation médecin-malade semble une évidence et pourtant la mise en place de cette formation nécessite une approche professionnelle et pluridisciplinaire. Lorsqu'on regarde loin dans le passé, notre maître Hippocrate avait placé trois éléments essentiels de son discours : « la maladie, le malade, le médecin ». Le message était clair, le malade affronte sa maladie et le médecin l'accompagne. Plusieurs siècles plus tard, Galien a inversé les rapports : « maladie, médecin, malade ». Le changement de sens est radical et nous avons vécu avec cette approche de la toute-puissance de la médecine et d'un patient qui finalement n'était plus acteur de sa maladie et relégué au second plan.

Aujourd'hui, fort heureusement, la leçon d'Hippocrate revient en force, les malades sont acteurs de leur maladie, acteurs de leur parcours et demandeurs d'une relation différente avec le médecin en exigeant de celui-ci une présence différente loin de l'infantilisation d'autrefois. Les malades deviennent aussi enseignants et de nouveaux formateurs prennent ainsi place au sein des facultés de santé.

Avancer dans la réflexion dans cette modernité retrouvée implique que les acteurs s'expriment. Le travail de témoignages qui s'affiche dans ce livre est important, car il met en exergue les difficultés de l'étudiant dans l'approche de la relation médecin-malade. On comprend que rien n'est naturel dans cela, l'empathie par exemple ne doit pas envahir l'espace pour ne plus aider, mais elle est plus que nécessaire aussi pour soigner. Il faut donc comprendre, écouter et réagir et au bout du compte se confronter à des groupes de parole, à des jeux de rôle, à des espaces de simulation pluriprofessionnels lorsqu'ils sont pertinents.

C'est cette réflexion que vous trouverez dans ce livre et l'accompagnement des professionnels rompus à cette connaissance. Vous y rencontrerez la souffrance aussi de l'étudiant, sa solitude et la nécessité de l'espace de parole.

Je remercie l'ensemble des étudiants et des enseignants qui ont su s'exprimer avec autant de talent. La relation médecin-malade, malade-médecin est une aventure humaine hors-norme, magique dans l'histoire de l'humanité.

Jean Luc Dubois-Randé

Doyen de la Faculté de Médecine de Créteil.

Président de la conférence des doyens.

Introduction

Former les étudiants en médecine à la relation avec le malade

Dr Guy Even, coordonnateur

PARTONS, si vous le voulez bien, de trois constats. Il n'y a pas d'acte médical de soins sans qu'un malade et un médecin se rencontrent et sans qu'il y ait entre eux relation. Cette rencontre est régulièrement l'occasion pour le patient d'exprimer une demande qui dépasse la seule prise en charge de la maladie. Le praticien s'engage dans cette relation avec un « style » et une « personnalité » que son histoire a contribué à constituer.

De ces évidences empiriques découle la nécessité de former les étudiants en médecine sur le plan relationnel. L'expérience pédagogique dont il est fait état dans ce livre s'inscrit dans cette perspective. C'est en donnant la parole aux étudiants et aux enseignants qui en ont été les acteurs que nous avons choisi de la présenter.

Les écrits de ces étudiants en médecine de troisième année nous parlent de ce qui les touche, les séduit, les révolte ; des découvertes et des difficultés rencontrées lors des premiers contacts avec les malades, avec la maladie et le monde hospitalier. Ils nous restituent ce que ces futurs médecins ont observé à partir de leur position de stagiaire à l'hôpital et ce que le fait

d'avoir pu travailler en groupe sur cette expérience leur a apporté. Ils soulignent avec force qu'en ce début de XXI^e siècle on ne s'engage pas dans cette profession sans intentions qui concernent le sujet malade et l'attention à lui porter. Ne serait-ce qu'à ce titre, il nous a semblé que ces écrits méritaient d'être publiés. Leur contenu et leur qualité ont constitué la motivation première de l'élaboration de cet ouvrage.

Ils sont accompagnés de textes rédigés par les enseignants. Ces pages témoignent de leur enthousiasme devant l'implication et la capacité d'élaboration dont font preuve ces apprentis médecins dès lors qu'on leur donne la possibilité de s'exprimer sur ce qu'ils vivent, sur le plan relationnel, dans les stages hospitaliers. Elles parlent de la façon dont les enseignants ont habité le dispositif pédagogique, s'y sont investis et ont pris soin de leur groupe. Elles rapportent les difficultés qu'ils ont rencontrées, les découvertes qu'ils ont faites, les obstacles auxquels ils ont été confrontés et la manière dont ils ont tenté de les surmonter. Elles font place enfin aux élaborations théoriques par lesquelles chacun d'entre eux tente, à partir de ses propres référentiels, de rendre compte de sa pratique d'enseignant.

Les étudiants de l'ensemble de la promotion sont répartis en huit groupes fixes d'une vingtaine de participants pour dix séances de deux heures. Les cinq premières, sous forme de groupes de parole, traitent de situations qu'ils ont rencontrées dans leurs stages. Les suivantes utilisent la technique du jeu de rôle. Les groupes sont coanimés par deux intervenants, l'un médecin, l'autre psychologue, psychiatre ou psychanalyste. La rédaction d'un court mémoire conclut ces deux temps.

Les textes d'étudiants que vous allez découvrir en constituent quelques exemples. Leur rédaction a pour objectif de favoriser l'élaboration personnelle et la réflexion de chacun sur ce qui s'est passé dans cet enseignement, en utilisant pour cela des extraits d'articles ou de livres^[1]. Le lecteur ne s'étonnera donc pas de voir revenir, au fil de ces pages, certaines phrases émanant de ces auteurs. Celles qui sont pour les étudiants les plus « parlantes ». Celles qui font repère. Celles qui constituent une part

des outils dont nous avons besoin pour penser notre activité et qui telle une ritournelle – ce « petit air que les enfants chantonnent dans le noir, pour tracer un territoire au sein d'un chaos » [G. Deleuze] – peuvent nous aider face à la complexité de l'exercice du métier et à ses difficultés.

Par l'articulation de ses parties, ce livre – et c'est la seconde motivation de sa publication – est aussi une invitation, un appel et une proposition. Une invitation à ce que se développent dans les facultés de médecine des espaces où les étudiants puissent parler et réfléchir ensemble à ce qu'ils vivent dans l'exercice de leurs fonctions. Un appel à ce que des dispositifs pédagogiques et des méthodes d'apprentissage spécifiques leur soient dédiés. Une proposition enfin d'éléments pouvant être utiles à d'autres pour la construction de tels cadres de formation.

Note

1. Les extraits sont tirés de :

Balint Michael, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, Payot, Paris, 1966.

Canguilhem Georges, *Étude d'histoire et de philosophie des sciences*, Vrin, Paris, 1983.

Galam Éric, « La médecine s'exerce dans un contexte », *Pédagogie de la relation thérapeutique*, Conférence permanente de la médecine générale, editoo.com, 2003. Israël Lucien, « La relation malade-médecin », *Encyclopædia Universalis*.

Rimbault Ginette « Y a-t-il une théorie de la relation ? » *Champ psychosomatique*, La Pensée sauvage édition, Grenoble, 1998.

Ce serait mentir que de dire...

Étudiant en médecine. Anonyme

CE SERAIT mentir que de dire que j'ai été tout de suite emballé à l'idée de recevoir cet enseignement. Le caractère obligatoire de la présence aux séances, ainsi que le fait d'être obligé de travailler en groupe ne faisaient que renforcer les *a priori* (que je sais à présent infondés) que j'avais par rapport à la psychologie en général. Ces *a priori* ne furent pas balayés d'entrée de jeu. J'avoue avoir pensé à la fin de la première séance que les exercices proposés n'avaient, somme toute, pas grand intérêt, et que si les douze séances devaient se dérouler de la même manière, elles constitueraient une perte de temps pure et simple. En fait, je sais maintenant qu'à l'époque, je ne comprenais pas encore l'intérêt que pouvait présenter le travail d'échange dans un groupe, le fait d'écouter les réactions des autres, ou même de m'interroger sur la façon dont je me positionnais par rapport à ces diverses opinions et réactions. J'étais en état de repli total, un peu comme ces états qui, par fidélité à des principes archaïques, ou par simple peur de l'avenir et du progrès qu'il apporte, se condamnent d'eux-mêmes à vivre en autarcie. J'étais certainement l'un des éléments les plus cyniques, pessimistes et sombres de mon groupe, et le pire dans tout cela, c'est que cet état me convenait parfaitement.

Cependant, au fur et à mesure des séances, j'ai senti s'opérer quelques modifications dans ma façon de penser, d'abord minimes, de l'ordre du simple « tiens ! je n'aurais pas pensé à ça... », suivies de changements de plus grande ampleur, changements que j'ai remarqués quand, pour la première fois, j'ai réussi à me dire « je ne suis pas d'accord avec cette personne, mais ce n'est pas parce qu'elle ose exprimer son opinion en public que je dois la considérer uniquement comme quelqu'un qui ressent le besoin de se faire remarquer ». J'ai bien conscience que ces évolutions, surtout présentées de cette manière, peuvent sembler dérisoires ; j'ai également conscience que le fait que je les présente comme des évolutions peut choquer, étant donné que, normalement, la majorité des gens n'ont pas besoin de faire un travail sur eux-mêmes pour parvenir à se dire ce genre de choses. Je vais tenter d'illustrer plus clairement ce que je veux dire, au travers de différents exemples de situations vécues au fil des séances.

Deux des cas évoqués en cours m'ont particulièrement marqué, non pas que j'ai totalement occulté les autres, mais ces cas me renvoyaient tous les deux à mon éternelle question : comment me comporter face à un patient dans une situation que l'on pourrait qualifier de « délicate » ?

Comment réagir face à une situation de tension ?

Le premier de ces deux cas était celui d'un jeune homme de dix-huit ans, que l'on venait d'opérer pour lui faire une greffe de rein. Jusqu'ici, pas de problème... Sauf que le jeune homme en question, comme tout greffé, devait prendre un traitement immunosuppresseur pour éviter un rejet de greffe, et refusait catégoriquement de suivre ce traitement, et même d'écouter les avis des médecins, alors que dans le même service, un autre jeune homme du même âge attendait une greffe de rein sans avoir encore trouvé de donneur. Les réactions dans le groupe ne furent pas très mitigées, la grande majorité des gens se disant choqués par une telle attitude. Ma toute première réaction fut de me dire : « De toute façon, à quoi bon dire que l'on est cho-

qué, ou même quoi que ce soit d'autre, qu'est-ce que ça va bien pouvoir changer au cas de ce garçon ? » Je n'ai pas réagi personnellement. En fait, je rejetais le « débat », parce que j'étais trop occupé à penser à l'attitude du patient, au fait qu'il ne se rendait pas compte de la chance qu'il avait, et surtout à la correction monumentale, qu'à mon sens, il méritait. Cette dernière pensée n'avait rien à faire dans le cadre d'une réflexion sur la relation médecin-malade, et pourtant je me souviens qu'elle m'obsédait tellement qu'elle m'a mis dans un état de rage profonde qui me semblait alors impossible à canaliser. C'est en ceci que ce cas m'intéresse, parce qu'il m'a obligé à me demander, une fois calmé, comment j'aurais réagi si j'avais été le médecin en charge de ce patient, ou plus exactement, comment il fallait réagir, comment trouver les bons mots, comment ne pas s'énerver, etc. ? Une fois passée l'expression collective du « choc », d'autres réactions ont été formulées, qui renvoyaient non plus à la situation en elle-même, mais plus exactement à des hypothèses concernant ce qui pouvait se passer dans la tête de ce jeune patient. Certains évoquèrent le fait que, peut-être, il se trouvait dans une phase particulièrement violente de sa crise d'adolescence, d'autres se demandèrent si ce n'était pas le fait de devoir suivre un traitement à vie qui lui pesait énormément, le conduisant à avoir ce type de comportement. C'est à ce moment que j'ai commencé à avoir une démarche un peu plus constructive, à mettre de côté mes réactions « primaires » pour m'interroger à mon tour sur l'angoisse potentielle de ce jeune homme. J'ai tenté de me mettre à sa place pour me demander comment je réagirais dans cette situation, non plus en tant que médecin, mais en tant que patient, car, comme Georges Canguilhem l'a écrit : « Il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade (...), la théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister. » C'est ainsi que j'ai été amené à me demander si, au-delà du poids du traitement, et de la privation de liberté qu'il représentait, il n'y avait pas également une peur de l'inconnu. En effet, s'il est logique de se dire qu'une personne qui se trouve mutilée du jour

au lendemain va devoir réapprendre à vivre en fonction de son handicap, il ne semble pas déraisonnable de supposer qu'une personne privée d'un organe depuis la naissance, comme c'est le cas ici, va devoir apprendre à vivre comme toutes les personnes « normales ». Ce patient était en effet habitué à subir des dialyses rénales de façon régulière, sa vie était en quelque sorte organisée autour de son suivi thérapeutique. Il était donc possible d'envisager que, suite à l'arrêt brutal de ces dialyses devenues inutiles, il pouvait se sentir désemparé, comme quelqu'un qui fait ses premiers pas sur une terre totalement nouvelle. Dans cette optique, son agressivité aurait certainement été une manière pour lui de manifester son mal-être. Ceci n'est qu'une hypothèse, qui vaut ce qu'elle vaut, et qui est peut-être totalement délirante, mais ce qui m'importe dans tout cela, c'est qu'elle m'aura au moins permis de m'ouvrir un peu l'esprit.

Comment se comporter lors de « l'annonce de la mauvaise nouvelle » ?

Le deuxième cas qu'il m'a paru intéressant de mentionner, mais sur lequel je m'attarderai sans doute un peu moins est celui de l'annonce de la mauvaise nouvelle à un patient, en l'occurrence l'annonce du cancer. Bon nombre de médecins se trouvent un jour ou l'autre confrontés à ce type de situation, et il n'est pas facile lorsque l'on est un tout jeune étudiant de s'imaginer comment un médecin doit se comporter dans ces cas-là. Il y a d'abord l'annonce du diagnostic, qui est déjà une étape difficile en soi, puisqu'elle n'est agréable ni pour le patient ni pour le médecin. Mais il y a aussi l'après, et cet après me semble, à la limite, encore plus difficile à gérer que l'annonce en elle-même. Ginette Rimbault écrit, citant Michael Balint : « Notre connaissance des facteurs dynamiques qui agissent dans les relations médecin-patient est incertaine, lacunaire, et nous ne savons même pas si nous en connaissons tous les facteurs importants [...] Le patient a presque toujours peur. Le médecin est celui qui détient le savoir. Le patient attend un réconfort, espère être soulagé. Les patients doivent affronter le fait de leur

maladie. Le médecin doit souvent se faire l'arbitre dans une situation de réalité. » Ces cinq points semblent essentiels à considérer. En effet, il est parfaitement légitime que le patient ait peur, ce qui est difficile pour le médecin, c'est de répondre à cette peur. Parce qu'il « détient le savoir », il a la responsabilité de répondre aux attentes de son patient, en particulier l'attente d'une réassurance et d'un soulagement, mais également celle d'une aide pour affronter la maladie. On se retrouve donc ici face à l'un des problèmes évoqués plus haut : comment trouver les mots justes, ceux qui ne sont ni trop forts ni trop faibles, ceux qui vont atteindre le patient, ceux qu'il va accepter d'entendre ? Il y a un proverbe chinois qui dit : « Entre ce que l'on dit et ce que l'on ne dit pas, ce que l'autre entend, ce qu'il n'entend pas et ce qu'il croit entendre, ce qu'il comprend, ce qu'il ne comprend pas et ce qu'il croit comprendre, il y a déjà huit bonnes raisons pour que les hommes ne se comprennent pas. » L'expérience acquise au fil des années aide certainement à prendre de l'assurance en ce qui concerne l'annonce en elle-même, mais je doute qu'elle soit d'un grand secours pour ce qui est de gérer les réactions du patient puisque chaque patient est unique et a donc sa propre manière de réagir.

Comment se comporter en situation de stress ?

Cette dernière partie va traiter brièvement d'un exemple de cas abordé lors des jeux de rôle du second module. La situation était celle d'un médecin en pleine consultation, avec une salle d'attente surchargée. Le médecin vient de terminer avec un patient, il ouvre la porte de la salle d'attente pour faire entrer le suivant et est interpellé par une autre de ses patientes, qui n'a absolument pas rendez-vous, mais qui, selon elle, n'en a « vraiment pas pour longtemps » : « C'est juste pour... » (Titre du jeu de rôle.) Comment doit-on réagir dans ce genre de cas ? Refuser de faire entrer ce patient au risque de provoquer son mécontentement, ou bien le faire entrer et risquer de provoquer un mécontentement général, et notamment celui du patient dont c'est le tour ? J'étais personnellement incapable de répondre à