

## **Relation médecin-malade : patients douloureux et réseaux de soins**

*Mathieu Dousse*

La relation médecin-malade existe du fait que patient et praticien sont pris dans un rapport interpersonnel où chacun des deux protagonistes attend quelque chose de l'autre. Chacun a son histoire, sa personnalité et ses inquiétudes.

Les praticiens doivent avoir conscience en acceptant la prise en charge de patients douloureux chroniques qu'ils vont être privés de succès thérapeutiques rapides et que les consultations vont se répéter dans le temps <sup>(1)</sup>. Au travers de ce qui les réunit, la plainte douloureuse chronique pour l'un et le choix de sa position de soignant pour l'autre, vont se jouer une série de scènes ayant autant un rapport à la science qu'à l'art médical.

Nous nommerons ici "science de la médecine" tout ce qui est du registre de l'objectivité, ce qui est de la composante somatique de la plainte, son évaluation, la recherche d'une explication bio-médicale et l'orientation thérapeutique que le praticien souhaite trouver et que le patient attend. C'est cette partie même de notre travail qui existait derrière cette phrase de mise en garde de nos Maîtres : « ne passez pas à côté de... ». C'est le souci permanent et légitime du praticien qui pourrait en venir à envahir le cadre même de cette relation interpersonnelle au point d'en oublier ce qui relève de la subjectivité et fait tout l'art de notre métier.

Si "science" est un mot dur nous renvoyant au réel, à la preuve et au reproductible, le mot "art" laisse une place personnelle à l'artiste. Il ouvre tant à la subtilité de l'écoute et de la parole qu'à celle de la pratique, cadre où chacun de nous choisissons ce que l'on entend et les

mots que nous prononçons. La subjectivité, c'est aussi celle de la composante affective de la plainte douloureuse chronique, toujours présente et intervenant là de façon franche ou sournoise, mais toujours difficile à évaluer.

## ■ TRUISME MAIS TABOU

Ainsi, l'existence de cette relation médecin-malade est autant un truisme qu'un tabou.

C'est un truisme car il est inconcevable qu'en dehors de la réflexion bio-médicale purement technique n'existe pas quelque chose de l'ordre du relationnel qui s'installe :

- lorsque quelqu'un, se sentant malade et envahi par la plainte douloureuse chronique, fait la démarche de rencontrer un professionnel supposé savoir comment l'en guérir ou l'en soulager ;
- lorsque quelqu'un qui, à un moment de sa vie, a décidé de se former en vue de pouvoir soigner rencontre là celui pour lequel il a fait tout ce chemin.

C'est un tabou par le fait même que cet aspect de la relation interindividuelle, qui va être inévitablement présent dans l'exercice du métier de médecin, n'est que pas ou peu abordé dans le cadre des études médicales<sup>(2)</sup>. Ces dernières ne nous apprennent pas à consulter. Il nous y est enseigné la "Clinique", c'est-à-dire ce qu'il convient de rechercher chez l'autre dans son corps dit réel sans que n'y soit jamais évoqué ni la façon d'y toucher, ni même la notion de corps imaginaire.

Cette réflexion autour du contenu de la relation médecin-malade, qui est du champ de la psychologie clinique, ne peut s'élaborer sans référence aux mouvements transférentiels et contre-transférentiels et à leurs contenus. C'est peut-être du fait que ce qui se joue dans cette relation renvoie à un modèle théorique psychanalytique, hors du cadre de la preuve, qu'existent des résistances chez ceux qui seraient supposer en favoriser l'enseignement. Ainsi, parce que cela ne leur a pas été enseigné, certains en ignorent simplement l'existence sans conscience des risques.

## ► L'ignorance du risque

Le serment d'Hippocrate nous fait promettre de ne pas faire certaines choses dans le strict respect de nos patients et de la morale de notre métier, mais il ne nous indique pas quoi faire sinon faire de notre mieux. Ainsi, pouvons nous pointer à partir de là que le premier souci, dans le cadre de ce rapport au patient douloureux chronique, serait de ne pas lui nuire, évoquant, si nécessaire, que la mauvaise maîtrise du rapport médecin-malade présenterait un risque.

C'est bien là l'élément majeur, ce risque pour l'autre, qui rend incontournable la réflexion visant à devenir capable, non seulement de consulter, mais encore d'élaborer autour de ce que nous jouons et ce que le patient joue dans le cadre de ce rapport médecin-malade.

## ► Le risque du silence

Ce risque est présent si le praticien reste silencieux, contourne l'échange verbal avec le malade en se cantonnant à la science, à la recherche de la preuve sous-tendant la part somatique de la douleur. En témoigne la différence terminologique entre médecine somatique où il est question de "l'interrogatoire" et la psychiatrie où nous parlons de "l'entretien".

Il y aurait là quelque chose du registre de la perte de chance pour le patient que serait le simple fait d'oublier de mentionner que la douleur est le fruit d'un mécanisme mixte. C'est souvent par peur de la réaction du patient, autant que par absence de finesse dans la présentation verbale, que le praticien contourne l'évocation de la composante affective de la douleur chronique.

Est-ce parce que l'on n'apprendrait pas à consulter durant nos études que ne pas savoir le faire et ne pas tenter de travailler pour améliorer le pôle "artistique" de notre métier pourrait être considéré comme normal ?

## ► Le risque du mot

Si le silence est risqué, les mots sont tant porteurs de sens que leur utilisation est dangereuse pour celui qui n'en pèserait pas le poids. Les mots comme les phrases ont un sens métaphorique dont il conviendrait que celui qui les emploie prenne conscience tant la métaphore peut être

autant thérapeutique que “la forme la plus subtile de la violence”<sup>(3)</sup>.

La position d'autorité où nous placent nos patients renforce encore le poids des mots que nous prononçons. Il se joue là quelque chose autour du rapport à la toute puissance, facile à installer pour le praticien, tant le patient, fragilisé par la maladie, en accepterait la présence s'il ne la sollicite pas.

Le choix que chaque praticien fait de l'utilisation - ou non - de l'arme de la toute puissance inscrit déjà les bases de ce que sera le rapport médecin-malade. Mentionner là que tout praticien “a choisi” pourrait en surprendre plus d'un qui, installé dans un degré de rapport à la puissance, n'aurait pas l'impression d'en avoir fait le choix conscient à un moment quelconque. De fait, le contenu même de la relation transférentielle, est influencé autant par le rapport que le praticien a vis-à-vis de sa toute puissance que par ce que le patient a comme image d'un médecin<sup>(4)</sup>.

Dans ce cadre là, c'est au médecin de se questionner sur le sens d'un mot ou d'une phrase tels que pouvant être entendus par le patient. Si le corps réel pour le médecin n'est pas le corps réel au sens du patient<sup>(5)</sup>, les mots autant que le jargon médical ne sont pas forcément perçus dans le même sens.

## ► La connaissance du risque

Ainsi, le rapport médecin-malade est en place avant même que nous soyons en contact avec le patient et se prolongera bien au delà de la consultation. Décider d'en ignorer l'existence faute d'en avoir appris les bases du fonctionnement, c'est au mieux amputer la prise en charge d'une chance thérapeutique et au pire le risque de précipiter l'enkystement de la plainte en ne s'intéressant qu'à la part somatique de la douleur. Ne rien dire est alors aussi dangereux que de ne pas peser le poids et le sens de ses paroles.

Ce rapport est en place avant la première rencontre car le patient a déjà eu une expérience du cadre au travers des consultations antérieures avec d'autres praticiens autant que par l'influence “médiatico-sociologique”. Ainsi le terrain peut être favorable autant que miné. Pour ce qui est des douloureux chroniques, portant leurs plaintes de praticiens en praticiens, il y a fort à parier qu'il est plus souvent miné même si cela n'apparaît pas spontanément.

- Il est miné parce que la plainte persiste là où d'autres ont déjà tenté de la faire taire, et que plus est grand le nombre de praticiens consultés moins est possible le risque d'être passé à côté d'un diagnostic somatique et plus doit être importante la participation psychologique.
- Il est miné encore par ce qui a été dit ou entendu dans le cadre des échanges avec le praticien antérieur.
- Il est miné toujours par ce que le patient attend du médecin : un diagnostic organique et un traitement magique, sans abord aucun de l'intrication somato-psychique.

Dans ce cadre là, ce n'est plus la science de la médecine qui va faire la différence mais bien l'art que le praticien aura à mettre en place, une relation médecin-malade où sera dit ce qui ne l'a pas encore été, entendu ce qui n'a pas été dit ailleurs et élaboré un projet thérapeutique. Plus est retardée l'annonce de la part prédominante de la composante affective de la plainte, plus va être "artistique" la façon de l'aborder dans le cadre de l'entretien pour éviter "l'explosion de la mine".

## ■ LE PRATICIEN DANS LA RELATION

Le fait de décider pour le praticien de réfléchir à ce qui se joue dans le cadre de cette relation ne signifie pas pour autant que ce dernier pourrait se prévaloir d'une position psychothérapeutique. Il ne s'agit ici que d'un travail élémentaire qui est la base de toutes élaborations, mais qui n'est rien de plus qu'une base. Cette confusion est fréquente et certainement l'un des fondements de la réticence que peuvent avoir certains à s'intéresser à la relation médecin-malade. Mais ce ne serait pas la seule difficulté.

### ► La difficulté de l'annonce

L'une des particularités de la prise en charge des patients douloureux chroniques tient dans la juxtaposition étiologique d'une composante sensorielle et d'une part affective liée à une participation fruit de mécanismes dits "cognitifs" pour les uns et "intrapsychiques" pour les autres, suivant leur appartenance à un courant théorique ou à un autre. Si, en ce qui concerne la prise en charge de la composante somatique, une piètre qualité des rapports entre le médecin et le malade ne

viendra pas invalider à coup sûr un protocole thérapeutique, du fait même que l'efficacité du traitement peut être relativement indépendante de la volonté du patient, il n'en sera pas de même en ce qui concerne la part affective de la plainte. D'un côté le praticien demande au patient de bien vouloir exposer ses troubles, décrire ses symptômes. Il examine le corps et complète ses recherches par la réalisation d'exams. Il cherche là une cause dans une sorte d'ambivalence où il serait question que ses recherches aboutissent en amenant ainsi une sorte de gratification du travail, mais où il serait délicat que ce qu'il y découvre soit si grave qu'il faudrait en annoncer la mauvaise nouvelle au patient. C'est parfois comme s'il souhaitait trouver, mais laisser à un autre le soin d'annoncer la mauvaise nouvelle.

L'annonce de la "mauvaise nouvelle" serait la plus grande difficulté à laquelle le praticien pense pouvoir être confronté. Mais quelle serait la plus mauvaise nouvelle ?

Il y a là une confusion fréquente qui serait à l'origine d'une sorte d'échelle de gravité au sommet de laquelle se situerait la mort. Un patient qui meurt est certainement un événement grave pour le médecin qui est renvoyé là aux limites de sa toute puissance. Mais un patient souffrant d'une douleur chronique invalidante qui, si elle n'est pas prise en charge dans sa globalité, risque de se transformer en véritables tortures, et ce jusqu'à ce que mort s'en suive, pourrait juger la mort moins grave que la douleur. Or, si le médecin admet que la mort "gagne toujours", l'image que lui renvoie un patient torturé est certainement plus difficile à appréhender que celle de la mort. Nous nous trouvons encore là dans le cadre d'une réflexion autour de la toute puissance.

Lorsque le bilan revient sans résultat probant, ce que les somaticiens nomme "un bilan négatif" sans tenir compte du fait qu'il soit plutôt "positif" pour le patient, il se doit de gérer l'information au mieux des intérêts du patient et donc d'envisager la dimension psychologique de la plainte. L'annonce de l'existence d'une composante affective majeure responsable de l'essentiel de la plainte douloureuse chronique est pour certains aussi problématique que l'est l'annonce de la communément dite "mauvaise nouvelle". C'est probablement ce qui explique les propos rapportés par des patients du style : « il m'a dit que je n'avais rien, que c'est dans ma tête, que j'inventais ma douleur... », « il était en

colère, pas content de n'avoir rien trouvé... », « il m'a dit que j'aurai mal toute ma vie et que je finirai dans une chaise roulante, que je ne devais pas me plaindre parce qu'il y en a d'autres bien plus gravement malades... ».

## ► La difficulté de l'écoute

Là encore, les choses ne sont pas si simples. Si le praticien s'intéresse aux libres propos de son patient, il est probable qu'il soit confronté à un monologue autour de la plainte, de la douleur, de sa localisation et de ses irradiations. Il est ici important de prendre en compte le fait que le patient ait été modélisé par les rencontres avec les précédents praticiens qui lui ont tous posés les mêmes questions au point qu'il va servir au suivant ce qu'il pense que ce dernier va lui demander.

Ce qu'il convient d'entendre est derrière la plainte première, sous ce discours stéréotypé. L'écoute du douloureux chronique, du moins dans les débuts de la prise en charge n'a rien à voir avec la "neutralité bienveillante" de certains ou le silence psychanalytique d'autres. Un degré de directivité est absolument nécessaire pour sortir le patient de son discours stéréotypé, pour contourner les défenses autant que le déni et faire émerger la dimension psychologique de la plainte.

Quelle que soit la spécialité du praticien, il pourrait exister un projet minimum dans le cadre de l'abord d'un patient ayant une plainte douloureuse chronique. Ce projet, au delà de l'évaluation de la part somatique, viserait à :

- induire un rapport de confiance, permettant de favoriser l'émergence d'un autre discours plus libre et plus riche ;
- accompagner le patient dans la compréhension des mécanismes somato-psychiques inévitablement présents derrière la plainte douloureuse ;
- structurer dans le temps autant que dans la diversité des intervenants une prise en charge cohérente, somatique autant que psychologique et éventuellement sociale, à laquelle le patient puisse adhérer ;
- éviter la iatrogénicité, tant des traitements que des paroles.

La notion même de prise en charge d'un patient par des intervenants différents, nous ouvre à ce concept moderne que sont les "réseaux de

soins” et que certains ont du mal à différencier du traditionnel vieux carnet d’adresses qu’ils utilisaient avant que le mot de “réseau” soit introduit dans les écrits de santé publique.

## ■ VOUS AVEZ DIT RÉSEAU DE SOINS ?

Si les réseaux de soins se différencient du carnet d’adresses, c’est certainement par ce qu’ils supposent non seulement la prise en charge d’un patient par plusieurs intervenants mais aussi la formation des membres du réseau tant à la relation médecin-malade qu’à la communication entre eux. Passant de l’archaïque centralisme “ville-hôpital” et consultations spécialisées, dont nous savons les limites de la réactivité et des moyens - en particulier dans la prise en charge de la part psychologique de la plainte - le projet de “réseaux de soins” utilisant l’important potentiel de la “ville”, s’il peut être mis en place, serait la réponse la plus adaptée.

### ► Le réseau comme espace d’échanges

La gestion par le praticien de la relation médecin-malade s’apprend. Si nous pouvons lire dans une publication du Conseil de l’Ordre des Médecins <sup>(6)</sup> que « cette relation sensible sollicite chaque médecin, riche de son savoir-faire et de son savoir-être », il convient de considérer que ces savoirs sont le fruit d’un long apprentissage pour le “savoir-faire” et d’une réflexion de soi sur soi pour le “savoir-être”. On ne peut s’améliorer seul dans son coin mais bien dans le cadre des échanges entre praticiens poussant à une réflexion sur sa pratique, ses choix stratégiques et le sens de ses réactions. L’approfondissement de cette réflexion s’élabore notamment dans le cadre de supervisions ou de “groupes Balint”.

Ainsi, est-il important d’identifier non seulement ce qui est du transfert mais bien ce qui est du contre-transfert. Qu’il soit positif ou négatif, ce contre-transfert, lorsqu’il n’est pas bien géré, peut être des plus néfaste pour le patient.

Les échanges avec d’autres praticiens du réseau nous amèneront à aborder les cas de patients vus par plusieurs et qui vont dire à l’un

comment ils ont vécu le rapport à l'autre et le travail qui y est fait. Il y a là un matériel qu'il ne faut pas laisser se perdre. Combien est important de savoir ce que nos patients disent de nous et du cadre relationnel que nous avons installé et de ce qu'ils y ont élaboré. Il ne s'agit pas là de se donner une bonne ou mauvaise note, mais juste de vérifier si ce que nous avons essayé de mettre en place fonctionne.

De la même façon qu'il faut un temps à un patient pour accéder à la dimension psychologique et aux problématiques complexes sous-tendant la plainte douloureuse chronique, il faut aux praticiens un moment pour comprendre qu'il se joue, dans la relation médecin-malade, quelque chose de personnel qui vient de bien ailleurs, qui se reproduit là et qui doit être identifié. C'est peut être dans le cadre de l'échange en réseau qu'apparaissent plus clairement les différentes façons d'appréhender le même patient, permettant ainsi l'émergence d'un questionnement pour les praticiens et d'une cohérence pour les patients.

### ► Le réseau comme lieu de prise en charge globale

Si le patient est unique, les problématiques sous-tendant sa plainte douloureuse sont, elles, multiples. L'évaluation pluri axiale est extrêmement difficile à faire par un seul praticien. Comment peut-on en effet imaginer être bon partout ? Un praticien peut-il penser être bon tant dans l'évaluation somatique que psychologique autant que dans celle des répercussions sociales du handicap <sup>(4,7)</sup> ou de la maladie ?

Un des intérêts du réseau résiderait justement dans le fait qu'y soit regroupés des intervenants de santé ayant chacun leurs compétences propres et le désir de partager. Si l'idée du réseau est le fruit d'une réflexion de spécialistes de la santé publique, sa mise en place locale et son bon fonctionnement reposent uniquement sur la bonne volonté et l'énergie de ceux qui vont réellement y travailler. Il nécessite de ces derniers une capacité de remise en question permettant en l'acceptant de se départir du désir de soigner seul.

L'un des risques, en effet, pour le patient serait que le praticien mettant en évidence des arguments cliniques propres à faire un diagnostic somatique, fonce tout droit sans évaluation aucune des

autres dimensions. Or, si un trouble somatique est diagnostiqué, cela ne signifie pas pour autant qu'il intervient de façon majeure dans la plainte douloureuse. De la même façon, ce n'est pas parce qu'une lésion relèverait d'un acte chirurgical qu'il ne faudrait pas réfléchir à la chronologie du projet thérapeutique. Certains patients sont dans un si mauvais état moral qu'il y a de forts risques de décompensations à les opérer dans ce temps là.

## ► Évaluation des répercussions sociales

Le réseau peut et doit être une structure permettant l'évaluation de la dimension sociale sous tendant la plainte douloureuse. Ces problématiques sociales peuvent être dans des registres différents :

- L'aspect médico-légal a son importance. Il en est ainsi des rapports aux structures assurancielles d'indemnisations qui doivent être connues des soignants très tôt dans la prise en charge. Ainsi, il sera bon pour le patient et pour ses rapports aux soignants que soit établi un contact avec le médecin conseil de la compagnie d'assurance visant à coordonner les avis cliniques et à structurer un projet de gestion de l'éventuelle incapacité résiduelle ou de la reprise d'une activité professionnelle. La connaissance des procédures en cours devrait déboucher sur un travail avec le patient autour de ses attentes et de ce qui se joue derrière.
- L'aspect de la gestion du handicap dans le cadre du professionnel est lui aussi important dans nombre de cas. Si le patient est hors d'un cadre professionnel du fait même de sa plainte douloureuse, une réflexion sur la possibilité de réinsertion est importante et fait partie du bilan global. Souvent, à la chronicisation de la plainte douloureuse et au handicap qui en résulte, s'associent un processus de désocialisation qu'il faut tenter de prévenir. Là encore, par l'intermédiaire du patient, un contact avec le médecin du travail est essentiel.

L'aspect relationnel social pourra facilement être évalué et les éventuelles répercussions familiales de l'incapacité liées à la plainte, leurs intrications dans la composante affective de la douleur doivent faire l'objet d'un travail spécifique. Il n'est pas rare que le changement lié à l'incapacité de l'un puisse entraîner l'éclatement de la structure familiale et, par là même, une recrudescence de la perception douloureuse.

Il faut attendre d'un réseau de soins qu'il offre la possibilité de structurer un travail d'équipe prenant en compte les dimensions sociales du handicap. Ces dimensions peuvent influencer autant la plainte, par leur action sur la composante affective, qu'une lésion somatique.

## ■ CONCLUSION

La mise en place d'un réseau de soins idéal où seraient pris en considération tant la part pluridisciplinaire des compétences mise à la disposition de chacun, praticien comme patient, que l'aspect formation et supervision du praticien dans sa relation médecin-malade peut sembler pour certains de l'ordre de vœux pieux. Il convient d'accepter que c'est vers la création de ce type de structures que doivent être dirigés nos efforts afin de permettre un véritable travail visant à aider tant les praticiens de terrain que les patients qui les fréquentent.

Elles répondent au nécessaire besoin que tous avons de partager, d'échanger et de réfléchir sur nos pratiques afin d'en améliorer l'efficacité. Si un éclairage fort a été ici donné à la complexité de la relation médecin-malade face aux patients douloureux chroniques, c'est bien parce qu'elle est particulièrement fine à manier du fait même de l'intrication entre les deux composantes de la douleur, de la confrontation au déni et aux mécanismes de défenses. Pointer ici que consulter ne s'apprend pas à l'université et nécessite une réflexion de soi sur soi dans le cadre d'un travail avec un référent spécialiste, serait le message le plus fort de ce texte. S'il est commun de critiquer l'inertie des enseignants faisant là référence à un certain "mammouth", ayons ensemble le courage de reconnaître que nous-mêmes sommes plutôt lents au changement, et que si les écrits de Balint <sup>(6)</sup> datent de 1966, les répercussions aujourd'hui en sont assez modestes, même si ceux qui en reconnaissent le bien fondé restent nombreux.

L'idée de réseaux de soins est plus récente. Chacun peut lui reconnaître un intérêt majeur, mais combien de temps faudra-t-il pour modifier les pratiques permettant de sortir le praticien de son attachement à l'individualisme au profit d'un fonctionnement collégial ?

## Références

1. Consoli SM. La relation médecin-malade. Traité de médecine Akos : 1-0010, 1998.
2. Rouy J-L, Pouchain D. Relation médecin-malade et médecine générale. Traité de médecine Akos : 1-0025, 2003.
3. Ricœur P. la métaphore vive. Seuil, Paris, 1975.
4. Allaz A-F. La rencontre avec le patient : modalités relationnelles In : A.-F. Allaz. Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques. Médecine et Hygiène, Genève, 2003, 91-95.
5. Ferragut et al. Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Masson, Paris, 2003.
6. Gautier I. La relation médecin-patient en mouvement. In : Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris : 2-3, juin 2003.
7. Dousse M. Facteurs environnementaux intervenant dans la genèse de la maladie. In : Ferragut E. La dimension de la souffrance en psychosomatique. Masson, Paris, 2000, 31-40.
8. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1966.