

Médecine : le pouvoir partagé.

Prof. R. Krémer

"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.

Dans un ouvrage intitulé "Méditation sur le pouvoir" (1), illustré de textes de tous les temps, Philippe De Woot établit une distinction entre :

- le pouvoir de domination, cynique et amoral, exercé dans une jungle où force et ruse sont justifiés. C'est le pouvoir exercé par les médocastres de Molière qui pour impressionner leur victime parlent latin et citent Aristote. Aujourd'hui encore, nous avons parmi nous quelques rares Diafoirus certes moins caricaturaux que le personnage de Molière, mais tout aussi prétentieux, autoritaires et retors.
- le pouvoir de service, humaniste et démocratique, imprégné de justice et de compassion dans un monde civilisé : c'est le pouvoir de Pasteur et d'Albert Schweitzer.

Philippe De Woot s'empresse d'ajouter que tout n'est jamais noir ou blanc et que les deux types de pouvoir sont en nous avec des qualités et des faiblesses des deux côtés.

Pour le médecin, dans le pouvoir de domination les buts sont l'honneur, l'argent, le maintien d'une clientèle. Les écueils sont le manque d'écoute, la vanité, le sentiment de supériorité personnelle, la méconnaissance et le mépris de l'homme malade. Dans le pouvoir de service, le but est la charité et le progrès, les points négatifs peuvent être le sentimentalisme, le manque d'autorité, les hésitations.

Il est facile d'user et même d'abuser du pouvoir, même inconsciemment; la blouse blanche, le stéthoscope autour du cou, un langage savant, crypté, des machines mystérieuses qui crépitent, des écrans animés impressionnent.

La connaissance est également un pouvoir en soi. Au tour de salle, Laennec parlait latin pour ne pas être compris des malades.

Préfaçant un livre sur la balance du pouvoir entre médecins et patients, L.W. Zaroff, un chirurgien américain (2) 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."

Nous avons tendance en médecine à préférer les schémas, les règles générales et les diagnostics précis; nous nous méfions des cas particuliers que nous appelons "histoires de chasse" d'un terme un peu méprisant. Nous craignons les cas que nous ne pouvons pas étiqueter et ranger dans une classe pathologique bien connue et auxquels un traitement standard, prôné par les guides de pratique clinique, ne peut être appliqué aveuglément sans aléa. L'exceptionnel, l'incompréhensible, nous inquiète; le doute nous déstabilise. Et lorsque nous rencontrons ces cas "marginaux", nous nous consolons par des phrases toutes faites :

"Les exceptions confirment la règle", "Une hirondelle ne fait pas le printemps". Et pourtant il est clair que les conclusions des études sur "cohortes" sélectionnées ne peuvent pas être appliquées sans mûre réflexion au patient qui vous fait face.

Le malade : le partage du pouvoir (2)

Le patient est vulnérable, fragile, déstabilisé parce qu'il va devoir abandonner des habitudes, perdre sa dignité, révéler ses infirmités et ses faiblesses, abandonner son corps dans des postures parfois dégradantes, souffrir, gémir, supplier ... Le médecin n'est pas toujours conscient du pouvoir qu'il exerce sur un malade anxieux, humilié, demandeur : nos intonations, nos attitudes, le jeu de physionomie peuvent avoir un impact surprenant, de même qu'un langage trop technique, des mots savants ou mal compris ... Certains termes comme "tumeur, embolie, opération, anévrisme ..." nous semblent banals, mais ont chez le patient une signification désastreuse. Au téléphone, nos propos ne peuvent guère être nuancés et nous ne connaissons pas la réaction de l'interlocuteur; nous ne devrions jamais expliquer un cas difficile, ni annoncer une nouvelle grave autrement que dans un dialogue face à face. Nous n'imaginons pas toujours la crainte que nous inspirons : récemment, une malade à qui je demandais comment se comportait sa tension artérielle m'a dit : "Mon médecin n'est pas commode, toujours pressé ! Il ne me prend jamais la tension, je n'ose pas lui demander de me la prendre : il se fâcherait, je crois."

Et pourtant, le malade a des droits et peut exercer un pouvoir. A bon escient ou non, il peut refuser un traitement ou un examen, choisir tel médecin ou tel hôpital, exiger un autre avis, demander des explications ... C'est au médecin à permettre au patient d'user de son droit et à lui donner les moyens de partager le pouvoir, en l'écoutant, en l'informant, en dialoguant. Il faut expliquer la maladie en un langage simple, donner le choix de plusieurs consultants ou hôpitaux, proposer l'avis d'un confrère si l'on perçoit un doute ou si l'on a soi-même une hésitation sur le diagnostic ou le traitement.

Je vois en consultation un patient cardiaque qui devrait être hospitalisé, en urgence, pour un infarctus du myocarde ou un angor instable. Il refuse obstinément pour des raisons qui vont du chien qu'on ne peut pas laisser seul au prochain mariage d'un enfant. Il ne faut pas s'emporter, menacer, faire signer une décharge, mais expliquer posément : votre état cardiaque est aussi urgent et aussi sérieux qu'une appendicite, une fracture du fémur ou une hernie étranglée pour lesquelles vous ne songeriez pas à vous opposer à l'hospitalisation immédiate. Il faut aussi expliquer le problème à l'entourage ... Je ne me souviens pas qu'un patient ne se soit pas laissé convaincre.

Dans d'autres cas, lorsque plusieurs attitudes thérapeutiques sont acceptables, il faut permettre au malade de participer au choix après l'avoir correctement informé : il peut, par exemple, préférer la qualité de vie à une survie plus longue ou plus certaine, comme dans certains cancers.

Si le pouvoir était partagé entre médecin et malade en un colloque singulier, les choses seraient assez simples, mais dans la pratique, bien d'autres acteurs incontournables interviennent dans cette relation confidentielle et amicale pour l'aider, la compliquer ou la détériorer.

-

La pression des proches,

L'entourage est omniprésent, le plus souvent animé de bonnes intentions, mais parfois exigeant, méfiant, revendicateur, avec des préjugés ou une connaissance approximative de la situation.

La famille proche s'immisce parfois maladroitement dans le dialogue sous des prétextes divers, depuis "il ne va pas tout vous dire", jusqu'à "il est dur d'oreille". Le médecin doit gérer cette situation avec doigté : "Madame, vous aurez tout loisir de compléter les déclarations de votre mari. Je vous écouterai après lui. Mais j'aimerais avoir un récit et des réponses de première main, même si elles sont incomplètes et subjectives."

Plus rarement, les membres de l'entourage ont des opinions, des discours ou des exigences différentes. Il n'est pas rare que des problèmes d'argent soient sous-jacents. Dans ces cas, le médecin doit manœuvrer avec diplomatie et protéger son patient.

A l'hôpital, la relation est plus complexe du fait de la participation du nursing, des paramédicaux et des stagiaires et assistants. Le rôle du personnel infirmier est essentiel. Plus proche du malade, l'infirmière connaît mieux ses doutes, craintes et doléances; elle reçoit souvent ses confidences; elle est parfois la seule à rencontrer certaines personnes de l'entourage.

Quotidiennement, le médecin doit écouter son infirmière et l'informer du diagnostic, des investigations programmées et de la conduite thérapeutique prévue.

Étudiants et stagiaires sont parfois malhabiles dans leur contact avec le malade et l'entourage; par un langage inadapté, ils peuvent effrayer et faire perdre confiance. Ici également, c'est au médecin à informer élèves et collaborateurs, de la psychologie du patient et à leur expliquer le pourquoi et les aléas des investigations et du traitement.

Sécurité sociale, économie de la santé : la pression économique

L'état providence se doit de veiller à une consommation médicale responsable et de rappeler sans cesse aux médecins qu'ils ne peuvent ignorer le prix des médicaments et des actes médicaux, tant pour le patient que pour la sécurité sociale, et doivent faire le choix des méthodes diagnostiques et thérapeutiques dans l'esprit du meilleur rapport qualité-prix ou mieux coût-bénéfice.

Ce droit de regard de l'état au nom de la société devrait s'exercer d'une manière nuancée et non par des mesures linéaires, maladroites et souvent injustes. Diminuer le remboursement d'une prestation, augmente la part payée par le patient et peut favoriser la surconsommation. La pléthore médicale que l'état a laissé s'installer en Belgique est également un facteur d'abus possible.

Dans le domaine de l'économie de la santé, le rôle de l'université est essentiel : elle doit donner l'exemple de la prescription responsable dans ses cliniques, l'enseigner tout au long des années d'études et montrer aux futurs médecins que le diagnostic doit se faire par étapes, en choisissant les examens les plus utiles, et que les médicaments les plus coûteux et les plus récents ne sont pas nécessairement les meilleurs.

Il faut aboutir à une autodiscipline en matière d'économie de la santé, pour éviter qu'un pouvoir étatique, contraignant et maladroit ne se livre à une inquisition tous azimuts et manie la carotte et le bâton pour équilibrer à tout prix le budget de la sécurité sociale.

La science dominatrice : les guides de pratique clinique sont-ils l'Évangile ?

Le XX^{ème} siècle fut celui du développement accéléré de la science dans tous les domaines et particulièrement en médecine; toute découverte doit être confirmée par des études statistiquement prouvées. Il n'y a plus guère de place pour l'expérience personnelle, le doute, les impressions à confirmer, les essais individuels ...

Les grandes études cliniques, affublées d'acronymes alléchants, se multiplient et englobent de plus en plus de malades dans des protocoles de plus en plus sophistiqués. A partir des résultats de ces études, des groupes d'experts rédigent des recommandations ("guidelines") qui, sans avoir force de loi, exercent néanmoins un pouvoir considérable sur l'enseignement de la médecine et la pratique au quotidien. Les dangers de cette médecine purement scientifique ont été dénoncés par de nombreux auteurs, dès le XIX^{ème} siècle, parfois d'une façon exagérée. Ω

Ces études sont nécessaires, très utiles et améliorent notre pratique, mais il faut rester critique et se méfier d'une application systématique et irréfléchie.

Ces recherches ont été menées sur des populations (cohortes) de patients rigoureusement sélectionnés, notamment par l'âge mais surtout par l'absence d'autre pathologie que celle pour laquelle le médicament est prescrit; on ne tient pas toujours compte des effets secondaires, ni des abandons de traitement. On comprendra aisément que la recommandation tirée de l'étude ne va pouvoir être appliquée aveuglément à nos patients, porteurs par exemple de pathologies multiples.

Un consentement informé du malade est exigé pour l'entrée dans l'étude : cette exigence éthique est souvent mal appliquée. Le texte que le patient va signer doit être facile à comprendre : la terminologie médicale doit être évitée, mais il est clair que peu de malades ont des connaissances médicales et une objectivité vis-à-vis de leur affection leur permettant d'apprécier les contraintes et les aléas de l'étude. Le médecin peut donner souvent libre cours à son talent et à son pouvoir de persuasion.

L'industrie : le pouvoir de séduction

L'industrie et surtout les firmes pharmaceutiques exercent une pression constante sur la médecine et les médecins avec des moyens financiers considérables et une remarquable habileté médiatique; le but est de récupérer la mise des études antérieures et de financer la poursuite de la recherche dans un âpre climat de compétition.

Une publicité comparée, plus ou moins tendancieuse, est confiée à une armée de délégués, véritables avocats de la firme qui s'efforcent d'influencer la prescription médicale et offrent services et petits cadeaux.

Des journaux toutes boîtes fleurissent, largement subsidiés parce qu'ils ouvrent leurs colonnes à des textes purement publicitaires.

En outre, les firmes organisent des réunions et congrès destinés à promouvoir tel nouveau médicament : les orateurs invités sont prestigieux, les hôtels constellés d'étoiles, les restaurants gastronomiques, le programme socioculturel attractif.

Bien entendu, le médecin ne peut toujours refuser ces sollicitations et invitations, mais doit garder son libre arbitre et baser sa pratique et ses choix sur des informations objectives.

Il ne faut pas oublier non plus que c'est le dynamisme de l'industrie qui permet la découverte et la mise au point de la plupart des médicaments nouveaux. Cette recherche s'inscrit toutefois dans l'esprit du monde capitaliste et concerne surtout des molécules destinées à combattre des maladies des pays riches : hypertension artérielle, dyslipémie, artériosclérose, Parkinson, cancer ... Des budgets énormes sont consacrés à des études destinées à comparer des molécules concurrentes d'une même famille : les différences étant ténues, des milliers de malades doivent être enrôlés afin d'atteindre une puissance statistique suffisante ...

Par contre, des sommes dérisoires sont consacrées aux maladies dites orphelines et aux

fléaux qui ravagent le tiers-monde.

Le pouvoir organisateur

Les hôpitaux luttent pour maintenir leur équilibre financier, dans une situation d'émulation. Pour rester compétitifs, ils doivent investir dans des appareillages coûteux et vite démodés: ils ne peuvent le faire qu'en espérant que ce matériel sera utilisé de manière à être amorti dans des délais acceptables. Il est normal que le gestionnaire demande au médecin de prévoir le nombre d'examen qu'il fera avec tel ou tel appareil qu'il désire. On peut imaginer qu'une telle situation puisse conduire à des achats peu rentables ou à une surconsommation.

Le pouvoir judiciaire : fatalité, erreur ou faute ?

Il est certain que le médecin n'est pas au-dessus des lois et qu'il doit répondre de ses actes devant ses pairs et devant la justice, mais les juges d'instruction et les tribunaux feront difficilement la part de la fatalité, de l'erreur ou de la faute. Quand faut-il réparer, quand faut-il punir et peut-on nuancer les jugements ?

Ce qui se passe aux États Unis dans le domaine de la faute médicale (malpractice) - les avocats abordant les malades à leur sortie de l'hôpital, les médecins paralysés par la crainte des procès - nous inquiète, car nous voyons des signes précurseurs d'une telle évolution chez nous : le renchérissement des primes d'assurance et la multiplication des plaintes pour faute professionnelle. Il faut espérer que des procès sans motifs suffisants ne vont pas devenir trop fréquents et empoisonner les relations patient - médecin.

Le pouvoir politique

Jusqu'il y a peu de temps, le médecin gardait une grande autonomie même dans des domaines délicats. Les décisions difficiles étaient laissées à son bon sens et à sa conscience, mais étaient prises en accord avec le malade et ses proches, en tenant compte de leur désir et de leurs convictions philosophiques, souvent après avoir pris l'avis de confrères ou de conseillers moraux.

Aujourd'hui, nos politiciens entendent légiférer et s'engagent dans des débats passionnés pour aboutir à des règles imparfaites et parfois rudimentaires, qui laissent la porte ouverte aux abus et pour lesquelles l'avis des gens de terrain n'a guère été pris en considération.

Qui mieux que le médecin ou l'infirmier connaît les conséquences psychologiques d'une interruption de grossesse et le caractère ambigu des tendances suicidaires, pour n'évoquer que le problème de l'avortement et celui de l'euthanasie ? Les élus du peuple n'ont pas nécessairement la science infuse, le jugement droit, ni la pensée dégagée de préjugés ou de préoccupations électorales.

Conclusion

Le pouvoir doit être judicieusement partagé entre le médecin et le malade qui se confie à lui, c'est une évidence. Par ailleurs, le médecin est soumis à des influences multiples, qui sont autant de pouvoirs qu'il doit prendre en considération tout en poursuivant son but : la guérison et la qualité de vie de son patient.

Parmi ces pouvoirs susceptibles d'influencer le travail médical, il faut citer : l'entourage et ses motivations variées, la sécurité sociale qui exige le meilleur rapport coût-bénéfice des prestations, l'industrie pharmaceutique, ses aides intéressées et son implication dans la recherche clinique, les gestionnaires des institutions de soin, mais parfois aussi le pouvoir judiciaire, sans parler du syndicalisme médical souvent corporatiste. Il n'est pas simple de

maintenir le cap d'une médecine indépendante pure et responsable, en dépit de ces pressions diverses et parfois contradictoires, sans oublier que le médecin doit également gagner sa vie et assurer son avenir et celui de sa famille.

Note bas de page

La science dominatrice : les guides de pratique clinique sont-ils l'Évangile ?

..... Les dangers de cette médecine purement scientifique ont été dénoncés par de nombreux auteurs, dès le XIX^{ème} siècle, parfois d'une façon exagérée. Ω

(1) Trois exemples de ces critiques virulentes :

- **Nous commençons des expériences sur le vivant et nous les complétons à l'amphithéâtre sur le cadavre : le but n'est pas la guérison, mais le progrès de la science. (Eugène Sue : Les mystères de Paris. 1844)**
- **He would rather have people die by the right therapy, than be cured by the wrong. (Sinclair Lewis : Arrowsmith. 1925)**
- **Il y a des médecins qui n'aiment pas les malades et qui sont jugés sur des travaux qui n'intéressent pas les malades. (Péquignot : Traité de Médecine. 1970)**

Références bibliographiques

1. **Philippe De Woot. Méditation sur le pouvoir. De Boeck. 1998.**
2. **L.R. Furst. Between doctors and patients. The changing balance of power. University Press of Virginia. Charlottesville. 1998.**