

Les soignants face à la maladie grave

SOFOMECC – 17 octobre 2013

Dominique BLET, GCS Ouest Audois pour la douleur et les soins palliatifs.
Centre Hospitalier Antoine Gayraud, route de Saint Hilaire, 11890, Carcassonne cedex.

Introduction

La maladie grave évoque :

- L'absence de guérison
- La mort
- La complexité thérapeutique
- La responsabilité

La maladie grave convoque l'ambivalence des soignants

L'ambivalence du médecin

- Jubilation
 - Le beau diagnostique (voire une certaine fascination/ énigmatique dont se repaît l'hystérique)
 - Le diagnostique rare
 - La prouesse technique
- Frustration : je ne vais pas le guérir ?
- Résignation : abandon des recherches, voire du malade, ou, en réaction une obstination
- Inquiétude :
 - Vis-à-vis du diagnostique ?
 - La hantise de passer à côté d'un diagnostique (cancer du poumon sur scapulargie persistante)
 - Le diagnostique par excès (PR sur douleurs articulaires chroniques)
 - Vis-à-vis de l'annonce (héro) du diagnostique et des traitements (l'informer des alternatives). La crainte des réactions du patient (qui a consulté Internet).
 - Vis-à-vis de la famille
 - Vis-à-vis de sa compétence : est-ce que je sais ? dois-je transférer ?
 - Vis-à-vis de la responsabilité (médico-légale) le Code de la santé publique dit qu'il faut **tout** mettre en œuvre : quoi ?
 - Instaurer-suivre un traitement :
 - Introduire un traitement au long cours tel que les opioïdes (entre prudence excessive et banalisation)
 - Patients multi intolérants
 - Patient poly pathologique : insuffisant respiratoire, cardiaque, rénal,...
 - NB : notre humeur, notre fatigue, notre agitation peuvent conditionner notre décision de prise en charge. Le patient n'est pas dupe (la crainte qu'un labo ne soit passé par là ...)

Des mécanismes de défense

Face à l'inquiétude, nous nous défendons avec nos mécanismes de défense :

Ils relèvent de l'inconscient et ne sont « anormaux » que s'ils sont fixés.

- **Mensonge** (omission, ...) : évite la confrontation, fait perdre la confiance du malade, ne lui permet pas de mettre ses propres mécanismes de défense en place, le dévalorise.
- **Banalisation** : dévalorise la souffrance du malade et les traitements ...
- **Esquive**, évite de faire face, rend sourd à la souffrance du malade
- **Fausse réassurance** : entretient un décalage entre ce qui est su et ce qui est dit
- **Intellectualisation et discours scientifique** : noie le poisson, permet de clore la discussion et empêche les questions
- **Dérision** : ôte la parole au malade
- **Fuite en avant** : fait l'économie de la relation
- **Identification projective** : on se substitue au malade qui disparaît

Alors, que faire ?

Suivre les référentiels et recommandations

Le Code de la santé publique ?

Il faut informer le **patient** du diagnostic et des possibilités thérapeutiques

Il faut noter dans le dossier ce dont on a informé le patient (transfusion)

Il faut noter dans le dossier que l'on a pris d'autres avis et que l'on a évalué le rapport bénéfice/risque.

NB : ce ne sont pas nécessairement les situations de maladie grave qui provoquent des procès

Les recommandations ?

-Ce sont des guides, mais devenus quasiment opposables en cas de conflit

Mais :

Les recommandations sont basées sur des statistiques et le patient est singulier avec ses attitudes, ses croyances, ses comorbidités, ses antécédents.

S'appuyer sur l'équipe pluridisciplinaire :

- Le MG
- Les soignants
- Les autres spécialistes
- Les proches
- Les RCP non pour diluer la responsabilité mais pour rassembler toutes les compétences
- La procédure collégiale
- Le CHU

En conclusion :

Face à la maladie grave :

- Il faut informer le patient pour en faire un acteur de ses soins.
- Informer la famille d'un pronostic de gravité
- Echanger les informations avec collègues : notre monde a changé, des mutations se sont produites qui nous éloignent du colloque singulier, de la prise isolée de responsabilités mais qui nous imposent le partage d'informations et la discussion en équipe, la collégialité.

Le monde s'est ouvert et la médecine, fut-elle très technique, impose une ouverture sur le monde et sa diversité, sur une anthropologie. Quand on touche à la vie, à la mort, c'est tout l'être qui est concerné : être biologique, être psychique, être social. La maladie grave nous donne la chance de cette ouverture et la finitude de chacun que nous côtoyons appelle vers autrui.