Le médecin généraliste, son patient atteint de cancer et... leur relation

The general practitioner, his cancer patient and their relationship

M.-F. Bacqué

© Springer-Verlag France 2012

Le médecin généraliste fait partie de l'environnement proximal du patient. Cependant, il est rarement consulté après la découverte d'un cancer.

De nombreux médecins de famille français se plaignent d'ailleurs de voir littéralement « disparaître » leur patient après l'annonce du cancer. Et lorsque, à distance, le patient présente des difficultés psychiques, il semble encore plus difficile de maintenir la prise en charge.

Ainsi, bien qu'omnipraticiens, les généralistes se sentent souvent impuissants devant les signes psychiatriques et la psychopathologie des malades atteints de cancer. Pourtant, l'augmentation prospective du nombre de patients atteints de cancer va impliquer ces professionnels de terrain de façon accrue.

Le nombre de malades augmente (entre 400 et 500 000 nouveaux cas par an), le nombre de familles touchées (une sur trois) et le nombre de cancers par personne (deux voire trois dans une longue vie). Les médecins généralistes seront donc sérieusement mis à contribution dans un futur proche...

Lien encore défaillant entre médecine hospitalière et médecine proximale

Si l'hôpital peut être comparé à un milieu expérimental dans lequel le patient vient subir des traitements scientifiquement élaborés, le cabinet du généraliste fait, au contraire, partie du « biotope » du patient. Cet environnement proche comprend également les groupes sociaux composés de la famille, des amis et des professionnels de terrain. Ainsi peut s'établir cette relation familière, bien que de qualité exceptionnelle, et véritablement « domestique » entre médecin et patient.

Or, le médecin généraliste, lorsqu'il intervient à différentes étapes du cancer, manque d'une vraie synergie avec la

démarche hospitalière. Bien qu'améliorée, la communication des informations sur la nature du cancer et les programmes de traitement est rarement transmise en temps et en heure au généraliste. Ce décalage entraîne parfois une disqualification de ce praticien de proximité, qui limite encore plus ses capacités d'intervention auprès du patient. Pourtant, si une véritable éclipse fait disparaître le patient, pour un premier temps, dans les arcanes de l'hôpital ; sa réapparition chez son praticien de proximité se produit à l'occasion de petites complications ou de renouvellement d'ordonnance. Le médecin généraliste se trouve alors bien isolé, hésitant à rester pendu au téléphone pour contacter l'oncologue hospitalier ou à jouer en cavalier seul, au risque de commettre des erreurs. Enfin, la fin de vie à domicile ou ambulatoire jusqu'à l'hospitalisation terminale (la plus fréquente) est souvent supervisée par le généraliste. Ici encore, le généraliste hésite entre réseau de soins, associations de soins palliatifs ou génie personnel de l'organisation.

Repérage des difficultés psychologiques et appel aux spécialistes en psychopathologie

Pendant longtemps, les généralistes se sont appuyés sur leurs connaissances solides en sciences et en philosophie pour développer leur propre savoir sur la relation. Ces médecins de la génération de Bernard [1], puis de Hoerni [4] ou de Zittoun [6] avaient un bagage existentiel qui leur permettait de faire face à la blessure, à la mutilation et même à la mort. Ils accompagnaient leurs patients tout le long du chemin et transmettaient des modèles d'accompagnement des patients à des oncologues, mais aussi à des généralistes. Certains généralistes comme Gomas [3] ou Delfieu [2] ont développé dans leurs ouvrages ces principes et les ont diffusés aux médecins intéressés par la démarche globale et relationnelle avec le patient.

Mais les générations de praticiens diplômés en 2012 acquièrent dans leurs études de médecine principalement des résultats scientifiques et leurs applications. La dimension

M.-F. Bacqué (✉)
Directrice de l'EA 3071 à l'université de Strasbourg
e-mail : mfbacque@club-internet.fr

philosophique a complètement disparu, elle laisse la place à quelques heures de « sciences humaines ».

Les difficultés psychologiques sont rabattues sur une connaissance très globale de la psychiatrie. La formation à la relation au travers d'un véritable engagement est trop rare, mais son amélioration mérite d'être soulignée. Les chaires universitaires de médecine générale permettront, sans aucun doute, de démultiplier ces formations pratiques, et peut-être la formation à la relation sera-t-elle même proposée aux médecins spécialistes (qui en sont *étrangement* indemnisés) !

Pour le moment, le généraliste ne convoque le psychoncologue qu'exceptionnellement, lorsqu'il fait partie d'un réseau où les consultations sont remboursées par les régions ou les associations. Le généraliste, de façon plus courante, contacte un confrère psychiatre ou signale les difficultés au service référent d'oncologie qui s'adresse à son psychiatre hospitalier. Ce déficit d'options plus adaptées est encore cruel aujourd'hui.

On observe en effet que le généraliste se sert de ses compétences relationnelles de manière spontanée pour les appliquer à la relation avec le patient. Avec l'expérience, il se sent plus sûr de lui face aux difficultés psychologiques des patients. Il distingue clairement le besoin de réconfort de celui de réassurance, il reconnaît quand il est nécessaire ou risqué de partager son expérience. Pourtant, ce savoir par l'expérience lui paraît anecdotique et non paré de l'habillage du discours scientifique... *Or, si le généraliste est bien lui aussi un spécialiste, c'est de la relation avec le patient et sa famille !*

Formation à la relation par la pratique du généraliste

Les experts de la psychopathologie ont largement théorisé cette approche médicale de l'accompagnement du patient atteint de cancer. Cependant, si les ouvrages ne manquent pas, la formation pratique est encore rare. Aujourd'hui, certaines facultés de médecine françaises proposent cette formation à la relation, indispensable au médecin de terrain. Les groupes Balint coanimés par des médecins généralistes et des psychanalystes agréés proposent au moins six mois de formation à raison d'une séance mensuelle de deux heures. Ce qui correspond, sur le plan universitaire, à un TD d'environ 12 heures peut sembler bien limité pour une formation par l'expérience, mais l'idée est que cette « initiation » débouche sur la poursuite de groupes Balint de médecins généralistes installés. L'intérêt de ces groupes est de s'appuyer sur les cas cliniques des médecins et de leur permettre, par la confrontation d'expériences réciproques de tirer des enseignements personnels conscients et incons-

cients sur leur pratique. Michael Balint pensait, d'après Moreau-Ricaud [5], que cette méthode permettait un changement en profondeur de la relation médecin/patient sans pour autant exiger que les médecins ne se lancent dans une psychanalyse personnelle. Ainsi, l'admission des éléments latents, cachés derrière les gestes, les paroles et les silences des protagonistes de la consultation confirmait leur place dans la prise de décision thérapeutique et son observance par le patient.

Valoriser les rôles sociaux et politiques du généraliste

Le médecin généraliste est un peu l'OS de la médecine. Concerné par les soucis domestiques des patients, capable de trouver des « solutions » à tous les problèmes, il est aussi censé comprendre le fonctionnement global du patient, dans son environnement. Ces qualités sont néanmoins frustrées par le coût de la consultation, toujours trop lourd pour le patient, trop limité pour le médecin (l'acte ne pouvant être prolongé à l'infini pour 23 €). *La complexité du suivi d'un malade chronique ne peut pas transformer le médecin généraliste en « bonne à tout faire de la médecine »*, pour paraphraser Freud : trop de charge, pas assez de valorisation et, au total, un jugement réciproque d'incompétence entre médecin et patient.

Il reste la relation « vraie », celle qui est décrite par tous les cliniciens et qui, souvent secrète, pèse sur le cœur et l'âme du médecin. Cette « spécialité » du médecin généraliste doit être prise en compte par les oncologues, comme un soin supplémentaire améliorant la prise en charge du patient atteint de cancer. En revanche, c'est à la société tout entière de reconsidérer ce service rendu par le généraliste aux malades atteints de cancer, par une reconnaissance active en termes de communication avec le grand public, mais aussi de juste rémunération.

Références

1. Bernard J, Langaney A (2003) Si Hippocrate voyait ça ! Éditions Jean-Claude Lattès, Paris
2. Delfieu D (2006) Les draps blancs. Éditions ESKA, Paris
3. Gomas JM (1993) Soigner à domicile des malades en fin de vie, 2^e édition revue et augmentée. Éditions du Cerf, Paris
4. Hoerni B (2011) 33 réflexions sur la médecine. Éditions Glyphe, Paris
5. Moreau-Ricaud M (2000) Michael Balint. Le renouveau de l'École de Budapest. Érès
6. Zittoun R (2007) La mort de l'autre. Une introduction à l'éthique clinique. Dunod, Paris