

Prise en charge du patient au XXIème siècle

Patient, Médecin, Machine !

**Francis KLOTZ*

Voilà donc en ce début du XXIème siècle, l'homme malade ou supposé l'être, informé, informatisé, répertorié, consultant un médecin qui comme un chevalier n'est plus accessible et humaniste, mais protégé derrière une carapace de machines et de nouvelles technologies qui l'isole du patient, le sécurisant dans son diagnostic et son approche thérapeutique

Le patient a changé. Il considère souvent la médecine comme une prestation, comme un service au même titre que ce qu'il obtient de son garagiste ou de son plombier. Il n'est plus le dolant devant le sachant. Il est l'exigeant devant l'orchestrateur des technologies de la santé.

Il pense savoir grâce aux médias et à l'information immédiate et n'a donc plus de respect pour celui qui écoutait et faisait la synthèse, avant de proposer un diagnostic et une thérapeutique.

Il ne respecte plus le savoir ; il veut éradiquer son angoisse de la maladie et exige des résultats éventuellement retranché derrière le volet juridique de la médecine ; le droit au résultat, la pénalisation de l'erreur ou de l'insuffisance.

Le médecin pour sa part a du mal à garder ses repères. Son image a changé. La formation qu'il a reçue est souvent éloignée des standards actuels utilisés, se modifiant quotidiennement au gré du progrès de l'imagerie et des nouvelles technologies. Son attitude en face du malade doit évoluer, s'il ne veut pas tenir le rôle de technicien supérieur de la santé.

Garder un esprit de synthèse, rassembler les éléments du puzzle, faire coller le tout avec l'intime et l'humain de chacun, là est toute la difficulté. Ne pas se cacher derrière ces fameux examens para cliniques de plus en plus complexes, mais aussi de plus en plus explicites, avec leurs résultats informatiquement traduits et souvent imagés sur l'écran en trois dimensions.

Le médecin est pressé, le médecin est souvent spécialisé et ne travaille parfois que sur une partie d'organe. Certains de nos confrères repoussent ou refusent le colloque singulier, repoussent l'empathie nécessaire à la relation médecin-patient, se retranchent derrière la science avec un grand S, la technologie avec un grand T, oubliant que l'homme est homme avec son histoire, les bonheurs et les malheurs de son passé, ses espoirs pour l'avenir. L'appauvrissement de la relation médecin malade pousse le malade vers l'angoisse, amène le médecin à l'ennui et à l'indifférence.

Mais revenons à la machine sans état d'âme !

« La machine » avec un grand M est toute l'aide mécanique, électronique, informatique, numérique, biotechnologique, mise au service du diagnostic et de la thérapeutique.

La machine éclaire, traduit, interprète, la machine fait peur, elle est redoutée car elle peut dévoiler la vérité froide et implacable. La machine est espoir immense et angoisse insoutenable. Elle doit être gérée, domptée, jugulée par un humain formé à l'interprétation, à la synthèse, à l'accessibilité.

Elle est un pivot de l'«evidence base medicine», mais elle ne doit pas affaiblir le facteur humain et transformer le malade en objet ou en matricule.

La machine n'est pas sensible, elle est étalonnée pour des objectifs universels au temps T de sa conception. Elle s'oppose à la singularité de l'individu. Les

procédures normatives sont nécessaires à la technologie, mais elles ne prennent pas en compte les informations en mosaïque kaléidoscopique du vécu et de l'interrogatoire de chaque être humain.

Il nous faut avoir un aperçu à grands traits de crayon de ce que représente la machine médicale au XXIème siècle. Les progrès techniques ont avancé 100 fois plus vite en 30 ans que durant les deux millénaires passés.

La relation médecin-malade en a-t-elle pâti ?

Certainement, car les rapports de subjectivité et la confiance dans l'expérience du sachant ont été mis à mal par l'objectivité des résultats para cliniques.

L'imagerie médicale a fait des progrès exponentiels.

L'échographie est devenue très performante en peu d'années avec ses applications en obstétrique, en hépato gastroentérologie, en rhumatologie. En cardiologie, l'échographie doppler a permis de supprimer beaucoup d'exams sanguins. Les ultrasons couplés à l'informatique permettent d'obtenir des images très sophistiquées, ainsi que la mesure des volumes cavitaires cardiaques et des débits.

La radiologie analogique qui avait rivalisé d'ingéniosité avec les examens en contraste nécessitant une analyse parfois hasardeuse et des actes agressifs pour le patient, a été supplantée par la radiologie numérique plus économe en rayonnement X et en moyens de reprographie.

Dans cette tempête technologique, cette radiologie conventionnelle s'est adjoint l'informatique et l'électronique dans la création de la tomodensitométrie, permettant avec les appareils de dernière génération, d'obtenir des images en coupe proches du naturel, ainsi que des

reconstructions en trois dimensions qui trouvent maintenant une application extraordinaire avec les imprimantes 3D, reconstituant des organes et permettant au chirurgien d'étudier sur un modèle ce qu'il va pouvoir réaliser comme intervention. Ceci est particulièrement impressionnant en traumatologie cranio-faciale.

La sophistication des scanners 64 barrettes permet de visualiser parfaitement les réseaux vasculaires et particulièrement le réseau coronaire.

L'avènement de l'imagerie par résonance nucléaire a permis des pas de géant dans la visualisation statique et dynamique du système nerveux central. Les pneumo encéphalographies et les artériographies cérébrales ont été reléguées au musée. Elle permet également de mettre en évidence, grâce à la finesse discriminative des images, des lésions pulmonaires, hépatiques ou pancréatiques de très petite taille.

La tomographie par émission de positons, d'apparition plus récente permet de détecter des lésions néoplasiques et particulièrement des localisations secondaires de petite taille assurant ainsi un meilleur ciblage thérapeutique.

Les avancées technologiques : nanotechnologies, biologie moléculaire, informatique et sciences de la cognition résumées dans l'acronyme : « NBIC », progressent tous les jours et ne laissent pas de répit aux progrès diagnostiques et thérapeutiques.

Les nanotechnologies permettent de travailler dans l'infiniment petit (le milliardième de mètre) avec des nano transporteurs de molécules thérapeutiques et des nano robots capables de réparer in situ des dégâts causés par la maladie.

La biologie « high tech » agit directement sur le génome, permettant de modifier les structures de l'organisme. En couplage avec les nano robots, on voit se profiler l'apprenti sorcier.

L'attelage ne peut fonctionner sans l'informatique qui permet une puissance de calcul infinie et un accès illimité aux informations. La micro robotique ne peut fonctionner sans la microinformatique permettant des interventions sophistiquées commandées à distance du patient.

Ainsi par exemple, vont naître de véritables micro véhicules de combat, constitués de liposomes contenant des particules d'or pénétrant dans les cellules cancéreuses où cet or est déversé dans le cytoplasme. L'intervention d'un laser infrarouge chauffe ces particules et augmente la chaleur de la cellule qui se détruit.

La régénération des neurones peut être aidée par un réseau de nano fibres fait de polypeptides capables de stimuler la croissance de l'axone.

Un nano échafaudage permettant de porter des cellules souches peut permettre grâce à un bioréacteur de créer un rein fonctionnel testé sur l'animal.

Les progrès dans la maîtrise de la cognition sont effectifs grâce aux neurosciences, en développement vers des éléments d'intelligence artificielle.

L'association de toutes ces technologies permet une convergence d'actions sophistiquées au niveau du corps et du cerveau. Des collectivités de micro robots pourraient agir sur des ordinateurs biologiques contrôlant nos cellules.

Les frontières de la mort sont reculées sans cesse grâce à ces technologies et à la découverte des mécanismes du vieillissement qui peuvent être contrôlés par la

conjonction de moyens biomoléculaires servis par des technologies d'avant-garde.

La chirurgie est protocolisée et robotisée parfois totalement, permettant de réduire les durées d'hospitalisation et les séquelles.

La mise en place de prothèses intra vasculaires (stents), par voie endoluminale, permettant de supprimer des sténoses, en particulier au niveau des artères coronaires, a changé le pronostic des conséquences de l'athérosclérose et plus précisément de l'ischémie coronarienne aigue ou chronique.

Les traitements des maladies de système ont fait des pas de géant avec l'utilisation des immuno modulateurs modernes constitués par des chimères tels que les anti TNF anti facteur de nécrose tumorale qui sont des cytokines modulatrices de l'immunité.

Nous touchons aux frontières du meilleur des mondes, mais aussi aux limites du danger et du diabolique. Car le trans-humanisme qui cherche à modifier la nature humaine pour le bonheur de tous en reculant les frontières de la maladie et de la mort, est un concept qui peut être hasardeux.

Le progrès exponentiel ne s'arrêtera pas. Ce ne serait d'ailleurs pas souhaitable, mais son contrôle est nécessaire.

Mais qu'en est il vraiment de la relation médecin malade ? Pouvons nous la sauver, même si elle est démystifiée et bafouée par certains. Oui elle reste la base fondamentale de la médecine.

Le médecin « technicien » dira à son malade : vous avez eu tous les examens possibles, vous avez un bilan de jeune homme, l'imagerie médicale ne montre

rien. Que voulez vous de plus ? Le malade devrait répondre s'il osait : « que vous me parliez, que vous m'expliquiez, que vous m'écoutez ! »

La relation médecin malade est la mise en regard de deux vécus : l'un exprime sa souffrance, l'autre l'analyse et propose un diagnostic et un traitement. " *le mot*" prononcé devant la découverte d'une affection chronique éventuellement sévère ou mortelle va être déterminant pour la prise de conscience du patient, pour le vécu à venir de ce sujet par rapport à sa maladie.

"*le mot*" va raisonner dans le conscient mais aussi dans l'inconscient sur toutes les facettes de l'histoire du malade, histoire personnelle mais aussi de l'entourage. La pensée va être sans cesse rappelée à l'ordre par ce corps malade.

"*Le mot*" va prendre forme par rapport à la culture. Cette intervention poly factorielle va faire intervenir la tradition, la religion, le niveau de connaissances générales et celui réel ou factice de connaissances médicales.

L'exigence ne doit pas devenir monstrueuse et comme le décrivait D.W.Winnicott (1) « *Les soins se définissent comme la rencontre de la fiabilité avec la dépendance* ». Il faut faire la différence entre « *fiabilité humaine* » et « *fiabilité mécanique* ». La médecine est de plus en plus spécialisée et instrumentalisée. Le malade considère comme un droit d'avoir accès à ces techniques sophistiquées « *mécaniques* » qui estompent son angoisse, qui vont exorciser sa maladie ou au contraire le précipiter aux enfers! Mais la fiabilité humaine reste la clef de la prise en charge.

Dans la société occidentale où nous vivons, le droit de l'individu est devenu un principe premier ; ce qui est un progrès considérable par rapport à d'autres formes de civilisation ; mais il semble qu'il y ait une perversion « *narcissique* » de ce droit !

Le « je » est hypertrophié et isole l'individu dans la foule solitaire. Les médias poussent irrésistiblement dans ce sens, que ce soit par le type d'émissions télévisées (« *C'est mon choix* », « *Tout le monde en parle* ») ou par la publicité (« *Parce que je le vaux bien !* »). L'égoïsme occulte le mal-être de l'autre qu'il soit psychique ou physique. L'obligation de fiabilité et de résultats est devenue considérable.

Le principe de précaution est omniprésent et le droit à l'erreur est banni. L'exigence est devenue reine, ce qui dans l'absolu est très satisfaisant ! Mais le revers de la médaille nous révèle : la lenteur, la paralysie, les tracasseries, la dépersonnalisation dans la pratique quotidienne, nées de la technobureaucratie, altérant gravement la relation médecin-malade par la hantise obsessionnelle de cerner la responsabilité.

Devant cette dérive sociétale qui gomme la confiance et le devoir au profit du droit et de la preuve, le corps médical responsable de la prise en charge du malade tente de se défendre, déchiré entre précaution et humanité. Le devoir d'assistance à l'autre doit rester la motivation première du médecin et des professionnels qui l'accompagnent.

Le devoir et le respect vis à vis de l'autre sont mis à mal jusque dans l'intimité de la cellule familiale. Le malade ressent douloureusement cette faille voire cet abandon !

Entourer le malade dans une complicité entre le médecin et la famille, ce devrait être chose naturelle, mais il semble que la peur de l'erreur fasse tout formaliser, nommer, institutionnaliser, ainsi naissent des « correcteurs de carences » telle « *la proximologie* » qui voudrait mettre en règle l'entourage du patient par les siens ! La pratique de la médecine en Afrique Noire permet

souvent de constater cet admirable entourage naturel et sans faille du malade par les siens.

Gardons notre raison et notre goût du devoir envers l'autre. L'hôpital n'est pas une usine productrice de soins, le médecin n'est ni technicien supérieur, ni contremaître. Les métiers de la santé doivent cultiver la différence et ne s'exercer qu'avec une vocation dont le « *primum movens* » n'est pas de satisfaire les droits de l'autre mais le devoir de l'assister en l'aidant à retrouver une image physique ou psychique altérée par la maladie.

La sélection scientifique et la sophistication des techniques médicales de pointe orientent beaucoup de nos brillants étudiants vers des créneaux étroits, spécialisés, où ils excellent dans leur technique : écho-endoscopie, échocardiographie, radiologie interventionnelle...Spécialistes d'organes et souvent de parties d'organes, un certain nombre de praticiens ne voient plus le malade, ne lui parle plus, ne communique avec lui que par l'intermédiaire de leur machine ; ils ont à faire à des « malades lourds », cancéreux, immunodéprimés ou vasculaires qui ont besoin d'écoute et de sensibilité de la part du médecin. Ces malades qui ont la malchance, de retour dans leur unité d'hospitalisation, d'être pris en charge par un interne très spécialiste et peu humaniste, vont vivre leur épreuve de manière douloureuse, non seulement physiquement mais psychologiquement. Comme le dit Cyril Koupernik « *Il faut dessiller les yeux des plombiers (des organes), il peuvent et ils doivent, à l'instar du pompier de Ionesco « devenir des confesseurs ».*

Le rôle du médecin est majeur et peut être vicié par un bénéfice individuel financier, par une hyperconsommation de médicaments, par un excès d'actes pour préserver sa responsabilité.

L'éthique et la déontologie sont des éléments régulateurs. Il faut optimiser les moyens sans nuire à la qualité et à la sécurité. Il ne doit pas y avoir de dépendance de la rémunération à des critères liés à la rentabilité de l'établissement. Les rémunérations liées à des normes de productivité faussent l'éthique de manière quasi constante. Ce problème est particulièrement difficile à contrôler lorsque la médecine spécialisée est pratiquée dans des établissements à but lucratif.

L'arbitrage entre l'utilisation des moyens entraîne un affrontement entre économie et éthique. La décision doit être prise si possible de manière collégiale par exemple pour l'admission ou non d'un malade en réanimation avec le coût qui sera induit.

La décision médicale est au carrefour d'intérêts individuels et collectifs le médecin devant préserver l'individu mais aussi la santé publique.

Le malade doit avoir le droit aux soins sans discrimination, en tous lieux et à tout moment ce qui nécessite des systèmes de santé riches et omniprésents. La balance bénéfice abus est difficile à équilibrer

La personnalisation des soins est idéale mais de plus en plus difficile à pratiquer. La machine tend à standardiser, le médecin est là pour écouter et soulager, la machine n'est pour lui qu'un bras de levier, un moyen parfois extraordinaire pour soulager son patient. La modernité et la technologie ne sont pas antinomiques avec une approche hippocratique millénaire de l'éthique médicale

Le droit à l'information est fondamental et souvent bafoué

Sans faire de passéisme, le médecin qui avait fait « ses humanités » souvent scientifique de talent pour son époque, avait par sa culture générale, tendance à être plus proche d'autrui.

Le vécu du patient se traduira de manière polymorphe et non toujours attendue par: la lutte déterminée, la curiosité, l'angoisse dynamique, la boulimie de connaissances, qui peuvent entraîner une course effrénée de consultations multiples mais aussi le recours à l'irrationnel et aux médecines parallèles. A l'inverse l'apathie, l'abattement, la dépression, voire un état stuporeux peuvent s'installer.

Dire ou occulter? Expliquer simplement ou s'abriter derrière la connaissance scientifique non partageable avec le profane? Le médecin est confronté quotidiennement à ce dilemme et doit "gérer " son malade avec ses connaissances, son bon sens, son courage, mais aussi "l'intuition" qui lui permet de découvrir en quelques instants les grands traits de caractère du sujet qui se trouve en face de lui.

Dans le monde grec, les disciples d'Hippocrate avaient déjà saisi toute la finesse de cette prise en charge globale du malade dans les célèbres temples d'*Asclépios*, la prise en charge médicale tenait compte de manière harmonieuse de la part du *soma* et de la *psyché* dans la maladie.

Aucun livre, aucun cours magistral ne permet d'acquérir l'intuition nécessaire à la prise en charge du malade dans sa globalité. "L'affinement" nécessaire du médecin ne peut s'obtenir qu'avec l'acquisition d'une sensibilité particulière composée d'une alchimie complexe de connaissances scientifiques, de vécu personnel, de compagnonnage, d'ethno culture et même de curiosité artistique. Seul l'humanisme peut forger cette sensibilité, permettant de faire passer un flux de confiance entre un praticien X et un patient Y au vécu unique et présentant une affection organique bien codifiée. Cette affection va s'exprimer dans ses composantes organiques mais

va aussi devenir une maladie du corps entier, une maladie de l'Être atteint dans son image, dans son paraître, mais aussi dans le schéma qu'il se faisait de l'avenir.

C'est aussi une maladie sociale; le patient entre dans une catégorie socialement dépréciée, dont la fiabilité professionnelle va être altérée. Il va rentrer dans le cercle de la compassion mais aussi de la méfiance. "L'arrêt de travail" étant malheureusement partagé par le malade organique, le malade psychiatrique, le simulateur et le malhonnête!

La maladie est cette mosaïque unique pour chaque malade qui nécessite de la part du médecin une attention précise et une intuition fine au delà de connaissances scientifiques et techniques souvent de qualité.

Le malade a le droit d'avoir accès à son dossier médical. Quoi de plus normal pour un homme libre vivant dans un pays démocratique ! Quoi de plus naturel que l'individu désire connaître les résultats des examens paramédicaux et le diagnostic proposé d'une affection qui le concerne lui seul. Quoi de plus dangereux que de livrer des résultats d'examens bruts à quelqu'un qui n'a ni les clefs de l'interprétation, ni la culture médicale pour l'évaluer et la comprendre. Combien de fois avons-nous reçu des patients affolés par leurs résultats d'analyse de sang où le taux de glycémie, de cholestérol ou d'acide urique est inscrit en caractères gras avec un astérisque parce qu'il dépasse de quelques milli ou micro moles la fourchette moyenne de la normalité.

Combien de comptes rendus d'imagerie médicale avons-nous dû « désamorcer » : échographie révélant un kyste rénal ou hépatique, conclusion d'interprétation d'un scanner hépatique argumentant les hypothèses diagnostiques d'une image nodulaire intra parenchymateuse avec la résonance du mot « tumeur ».

Seul le dialogue et l'explication patiente des résultats d'exams para cliniques peuvent venir à bout de l'angoisse des patients.

Le libre accès à l'observation hospitalière ou à la fiche de consultation est redoutable car elles contiennent les hésitations, les hypothèses, les intuitions des médecins. Cette intimité du raisonnement médical ne peut être livrée « crue » au patient, elle demande également interprétation et modulation. De longues années d'études et d'expérience clinique sont nécessaires pour créer « le filtre » qui n'est pas mensonge mais adaptation et mise à la portée du profane de ce qui le concerne directement et intimement : sa vie, sa maladie, son avenir !

Le patient a droit à la vérité sur ce qui le concerne intimement : sa maladie. Nous ne pouvons lui donner en pâture des chiffres, des mots, des phrases, qui peuvent générer angoisse et terreur. Leur interprétation ne peut être cohérente qu'avec les références du long apprentissage médical et la clef culturelle qui leur donne leur justesse. Ne confondons pas « libre accès » et « droit de savoir »

Dans le colloque singulier médecin-malade, la confiance s'établit par le regard et par le mot. La valeur du mot est déterminante, la manière de le placer, de l'énoncer, de l'accompagner, de l'expliquer peut en faire varier le sens et la portée. La suite du dialogue peut en être changée.

La pensée du médecin s'exprime par des mots, mais ces éléments de langage, s'ils ont la précision lexicale, ne sont pas neutres. Ils ne peuvent être comparés à une formule mathématique qui a un sens précis univoque pour tous. Ils sont chargés de leurs sens, de leurs homonymies, de leurs clivages . La connotation attachée au mot est donc différente selon les associations d'idées et le contexte, le lieu, les références. Elle peut avoir des significations radicalement

opposées entraînant selon celui qui la reçoit : malentendus, incompréhension voire rupture définitive de la relation. On croit la langue objective car elle existe indépendamment de nous, qu'on l'apprend et qu'elle nous permet de nous comprendre. Mais dès qu'elle est parlée par un individu son poids personnel surcharge cette réalité institutionnelle. Chaque locuteur se la réapproprie, joue avec les mots, le ton, l'expression du visage. La parole suppose des mots, leur usage dépend de la volonté, de la liberté, de l'imagination et de l'histoire de chacun. Elle est donc unique pour celui qui l'émet et celui qui la reçoit.

Le médecin annonce rassure, accompagne. Il doit choisir ses mots :

Trouver le mot à dire, le mot qui ouvre le dialogue, le mot qu'il faut pour qui il faut, le petit mot qui apaise, le grand mot qui rassure, le gros mot qui balaie le pessimisme ; avoir parfois le mot pour rire et dire en peu de mots le complexe en simple. Il doit faire comprendre à demi mot le pronostic en employant des mots du langage courant sans se cacher derrière des locutions scientifiques incompréhensibles ou des termes flous. Enoncer clairement et précisément mot à mot l'ordonnance en répétant les posologies simplement. Persuader le malade en lui expliquant par exemple, avec des mots simples l'intérêt de l'activité physique et du changement des habitudes alimentaires pour sa santé au lieu de lui imposer de manière drastique régime et gymnastique obligatoire, ce qui sera perçu comme une brimade et sera inopérant !

Par le calme et la mise en confiance, il doit lui tirer un mot, lui faire comprendre que la médecine n'a pas dit son dernier mot et qu'il ne croit pas un mot d'une fatalité malfaisante. Affirmer au patient qu'il n'a qu'un mot à dire pour qu'avec des mots on retrouve le mot qui sauve et les mots qui manquent pour appréhender le chemin de la rémission ou de la guérison.

Le médecin doit connaître les mots et les utiliser avec sa culture, sa sensibilité, son intuition et sa connaissance du vécu du patient. Il est le « docte » en face du « patient » passif et souffrant. Il sait et détient le pouvoir de dire l'origine du mal. Le mot prononcé devant la découverte d'une affection chronique éventuellement mortelle va être déterminant pour le vécu à venir du malade. Il doit être simple et courant mais ni masqué ni faux, car toute allégation mensongère faussera la relation singulière et pourra entraîner sa rupture au cours de l'évolution de la maladie.

Le mot va raisonner dans le conscient, mais aussi dans l'inconscient et se répercuter sur toutes les facettes de l'histoire du malade mais aussi de son entourage. Il va prendre forme par rapport à la culture et son image va se façonner selon ses traditions, sa religion, son niveau de connaissances générales et parfois de connaissances médicales. Les mots ont un pouvoir qui leur échappe, il faut donc toujours se garder du dernier mot, du mot qui perd, du mot qui tue ! Servons nous d'eux dans notre métier avec respect et délicatesse, car comme l'écrivait Victor Hugo « *Les mots sont les passants mystérieux de l'Âme* ».

Nos jeunes médecins sont ils préparés à la pratique de cet humanisme ?

Leur formation et leur mode de sélection ne les prédisposent pas à l'exercice de la mise en pratique de la relation médecin malade. Ces futurs praticiens sont formatés dès l'enfance par le monde multimédia où l'émotion et la réaction primaire sont privilégiés par rapport à la réflexion. La plupart de ces sélectionnés sur des critères scientifiques ont une grande pauvreté culturelle et littéraire. La lecture a été anecdotique dans leur formation. Leur expression en français est pauvre et leur vocabulaire restreint. Les outils philosophiques et psychologiques de la connaissance de « l'âme humaine » ne sont pas acquis.

Sauf exception, la nouvelle génération de médecins n'a pas les armes pour rétablir l'équilibre entre une technologie sophistiquée et galopante indispensable et la sagesse nécessaire à une bonne relation médecin malade.

L'abnégation et l'humanisme ne sont plus des qualités fondamentales rencontrées chez les étudiants en médecine, car leur motivations sont déviantes liées aux sciences et aux techniques beaucoup plus qu'à un idéal humaniste nécessaire au rapport à l'autre complexe et sensible que demande la prise en charge d'un malade.

Les avancées technologiques majeures et sans cesse en mouvement doivent être des éléments déterminants et indispensables dans une prise en charge plus humaine du malade et ne pas contribuer à la construction de la médecine robotisée muette et sans âme. Le médecin doit avoir l'amour de l'humanité et l'humanité doit prendre le visage du malade

J'oserai dire, rebroussons chemin : accréditons la chaleur humaine!

Le consentement du patient doit être respecté. La liberté du patient doit être respectée : liberté de choix du médecin, droits fondamentaux de l'individu respectés, respect de l'intimité, respect des convictions, confidentialité visuelle et auditive maintenant difficile avec la diffusion des informations par internet.

Toute cette démarche d'assainissement ne doit pas faire oublier la relation du personnel soignant avec le malade. Du chef de service à l'interne, de la surveillante à l'agent hospitalier, les paroles de réconfort, la mise en confiance, le dialogue sont des éléments de prise en charge fondamentaux. Il ne faut pas sous estimer le rôle important des agents de service hospitalier qui par la chaleur humaine qu'ils peuvent apporter, contribuent à la sérénité du patient. Tout cela se dit. Tout cela s'apprend, même si ce devrait être dans la nature de "l'humain".

La machine est un espoir , les nouvelles technologies ouvrent un horizon a perte de vue sur un avenir meilleur si nous restons vigilant et si nous continuons à apprendre aux jeunes médecins que le principe premier de leur métier, c'est l'attention à l'autre et que si les moyens de diagnostiquer et de soulager ou de prolonger la vie sont devenus tentaculaires, l'hydre maléfique ne doit pas s'insinuer dans leur esprit en oubliant que l'homme est homme et que la sensibilité est une qualité fondamentale de leur métier.

*professeur à L'école du Val de Grâce Paris