

Intégrer l'aidant dans la relation médecin-malade

Depuis une vingtaine d'années déjà, des études ont montré qu'une association étroite des proches au suivi médical favorise le dialogue des équipes soignantes avec le patient et sa famille. Pour autant, les préjugés ont parfois la dent dure : crainte d'être « cannibalisé » par l'aidant, perte de temps...

L'étude REMEDE portant sur la perception des praticiens et leur expérience de la relation à l'entourage des patients, durant la consultation a permis d'analyser 2 175 cas de consultation accompagnée. Elle révèle une réalité méconnue et bouscule des idées reçues sur la pratique des médecins généralistes.

➤ Une réalité méconnue

L'entourage ne fait pas perdre son temps au médecin. En moyenne, la présence d'un proche rallonge de 7 minutes le temps de consultation, avec d'évidentes disparités en fonction des situations. Toutefois, il ne s'agit pas d'une perte temps mais d'un « investissement relationnel », comme le montre la volonté des médecins d'impliquer l'entourage dans le projet de soins. Très souvent, ils recherchent la présence de partenaire(s), dans les cas de pathologies lourdes comme les maladies d'Alzheimer (95 %), de Parkinson (73 %), la dépression (76 %) et l'épilepsie (95 %).

Les proches sont présents quelle que soit la pathologie. L'étude montre que plus la maladie est lourde, plus les attentes des médecins vis-à-vis de l'entourage sont importantes. Néanmoins, des situations *a priori* moins graves, comme la prise en charge de l'HTA, montrent, dans les faits, une implication positive de l'entourage. 71 % des médecins estiment que le proche peut contribuer au respect des règles hygiéno-diététiques. 66% estiment qu'il peut aussi participer à un meilleur respect de l'observance des traitements.

➤ Quelques conseils simples pouvant favoriser l'intégration d'un tiers dans la relation médecin-malade

- Prendre en compte, si possible, l'avis du patient en présence d'un tiers
- Définir les objectifs communs à atteindre dans la prise en charge du malade
- Préciser les rôles et répartir les tâches de chacun
- Intégrer la dimension affective qui lie l'aidant à son proche : ne pas le voir comme une source d'objectivité
-

- Penser à l'aidant comme une personne à part entière et non seulement comme celui ou celle qui accompagne
- Adapter le niveau d'information à son interlocuteur, qu'il soit malade ou aidant : prise en compte de ce que l'aidant peut et veut entendre
- Ne pas donner d'informations contradictoires

Ceci permet d'éviter éventuellement un certain nombre d'écueils dans la relation qui s'établit entre le soignant et l'aidant.

- Désir trop prononcé de complicité mutuelle pour aider le patient mais qui exclut ce dernier ; entente entre l'aidant et le soignant pour dissimuler les faits au malade
- Méfiance vis-à-vis des proches de la part des équipes soignantes
- Propension trop importante des soignants à se décharger sur les aidants

Dr. Sylvie Gilot et Julie Vedovati, journaliste – HealthExperts

Références

- *Fantino B. et al., Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient, SFSP 2007 ; 19 : 241-252. Etude REMEDE. Consultable sur www.proximologie.com*
- *Chipier A., Rapin C.H. Relations soignants-familles dans les phases terminales, Rev. Med. Suisse Romande, 1988 ; 108 (2) : 135-136*
- *Chanal B., Malade, familles et équipes soignantes face au cancer digestif en phase palliative., Gastroenterol. Clin. Biol., 2004 ; 28 (5) : D31-38*
- *Joseph-Jeanneney B. et al., Autour du malade. La famille, le médecin et le psychologue. Paris, Editions Odile Jacob, 2002, 199 pages*
- *Saltel P., Adaptation psychologique des proches à la maladie et Comment aborder les situations de fin de vie ?, In : Atelier Adaptation psychologique des proches à la maladie, Forum « Cancer et Proches », Paris, 10 décembre 2003*