

## La confrontation des temporalités dans la pratique gastroentérologique : une source de conflit éthique

*The ethical conflict caused by the perception of time in gastroenterological practice*

Françoise Charles-Moore

Centre Hospitalier, Avenue Fleming,  
64400 Oloron Sainte Marie

@ Correspondance : F. Charles-Moore  
francoise.moore@ch-oloron.fr

**G**astroentérologue dans un hôpital de proximité, j'ai été amenée à suivre une formation en soins palliatifs afin de répondre aux besoins des patients hospitalisés. Cependant, la pratique quotidienne dans ces deux domaines à priori opposés me plaçait régulièrement devant la difficulté de combiner le rythme rapide des endoscopies et le temps nécessaire à l'accompagnement des patients en fin de vie. Un diplôme universitaire d'éthique soignante m'a alors permis d'analyser les conflits éthiques générés par la confrontation des temporalités, que connaissent sûrement la plupart des gastroentérologues, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

Depuis l'Antiquité, le temps est appréhendé comme un écoulement. Les minutes s'égrènent irrémédiablement : le passé est chassé par le présent, qui devient lui-même immédiatement « passé » lorsque le futur le remplace. Il faut attendre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour qu'Henri Bergson introduise la notion de « durée » [1] : la « durée intérieure » non mesurable (temporalité subjective) s'oppose au temps de l'horloge, mesurable et extérieur à l'homme (temporalité objective). Cette dernière est la même pour tous : soixante minutes font une heure et pour tous les journées n'ont que vingt-quatre heures ! C'est ce temps chronométré qui règle la vie hospitalière, qui est mesuré et comptabilisé. Parallèlement, la durée subjective varie selon

les individus (le patient ne vit pas la maladie comme le médecin), l'événement (trois jours d'hospitalisation ne sont pas vécus de la même façon pour une fracture ou un bilan de tumeur), ou les circonstances (l'annonce d'une maladie grave est vécue différemment selon l'âge ou la situation familiale). C'est le vécu subjectif de cette durée qui donne l'impression que le temps « s'accélère » quand le moment est agréable ou « s'étire » quand on souffre.

**/// La « durée intérieure » non mesurable (temporalité subjective) s'oppose au temps de l'horloge, mesurable et extérieur à l'homme (temporalité objective) ///**

Depuis Hippocrate, la prise en charge médicale s'inscrit d'abord dans la relation médecin-patient. Longtemps, elle fut laissée à l'appréciation de chaque médecin qui, s'il respectait le serment prêté le jour de sa thèse, se devait d'agir avec son patient dans un souci de bienveillance. Ceci a souvent mené à une médecine paternaliste par laquelle le médecin pouvait échapper aux difficultés qui entourent l'annonce de la « vérité médicale » avec l'excuse de « protéger » son patient. Le XXI<sup>e</sup> siècle a redonné au patient son autonomie de sujet, malgré sa vulnérabilité. En 2002, la Loi Kouchner impose au médecin de délivrer

Pour citer cet article : Charles-Moore F. La confrontation des temporalités dans la pratique gastroentérologique : une source de conflit éthique. Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 622-624. doi : 10.1684/hpg.2019.1787

l'information au patient, lui redonnant ainsi sa capacité décisionnelle, ce qui est maintenant inscrit dans l'article 35 du code de déontologie médicale. En 2005, la loi Léonetti concernant les soins palliatifs oblige le médecin à la pluridisciplinarité et au respect de la volonté du patient en fin de vie. Ainsi, nous devons prendre le temps de lui donner l'information qui lui permettra de prendre en connaissance de cause les décisions qui le concernent ; le temps des explications techniques, plus ou moins compliquées par les notions parfois contradictoires qu'il a glanées sur internet ; le temps des réponses difficiles aux questions humaines souvent spécifiques à chacun. Ceci est bien illustré par les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2008 sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle : « *se donner le temps, être à l'écoute, être attentif aux mots choisis et assurer un suivi de l'annonce* ». De fait, en cancérologie, si les progrès thérapeutiques ont permis de guérir beaucoup de cancers, ils nous confrontent maintenant à l'accompagnement pendant plusieurs mois voire plusieurs années de patients qui présentent des cancers métastatiques, voire parfois qui ont eu plusieurs cancers. Ainsi, dans sa préface au code de déontologie médicale, Paul Ricœur décrit la relation médecin-patient comme une relation humaine unique, « *non substituable* » une sorte d'alliance contre la maladie, un « *pacte de confiance* » qui permet de partager la « *vérité médicale* » [2]. En pratique, la confiance que le patient accorde éventuellement au médecin que nous sommes s'accompagne d'attentes légitimes, en termes de fiabilité technique certes, mais aussi de considération pour sa personne en tant que sujet. Il réclame que nous soyons attentifs à ses craintes (de l'endoscopie qu'on s'apprête à lui faire comme du diagnostic qui se cache peut-être derrière), à sa souffrance (qu'elle soit verbalisée ou dissimulée par ses symptômes en cas de maladie fonctionnelle). Or, comme le suggère Michela Marzano, la confiance est un processus qui prend du temps : « *la fiabilité de quelqu'un, qu'on peut constater au fur et à mesure qu'on fréquente une personne et qu'on connaît ses qualités et ses compétences, peut alors nous amener progressivement à lui faire confiance* » [3].

Initialement très clinique, la gastroentérologie est devenue beaucoup plus technique, grâce aux progrès technologiques, comme en témoigne le passage récent de la formation des internes de 4 à 5 ans. Nos consultations conduisent souvent à des endoscopies dont les conditions sont fixées par les recommandations des sociétés savantes, élaborées sur des arguments scientifiques dans un souci de qualité. Or, nous subissons régulièrement une pression à faire plus d'endoscopies, que ce soit pour répondre au programme de dépistage du cancer colorectal, à l'injonction de progression des actes dictée par la tarification à l'activité (TAA) ou à la demande des patients inquiets. Pourtant, ces gestes prennent toujours plus de temps : le temps de retirer plus de lésions muqueuses qu'on visualise mieux ; le temps de donner les explications préalables à la réalisation de ces

actes dont la preuve sera exigée en cas de litige ; le temps d'en expliquer le résultat. Mais ce temps des explications est un temps-durée qui varie selon le patient, son stress, ses connaissances, sa compréhension, la maladie diagnostiquée et la disponibilité du praticien. Ainsi, le temps consacré à une coloscopie chez un patient qui revient pour un dépistage sera très différent de celui qui sera nécessaire avec un patient jeune, chez qui nous diagnostiquons une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) qui va bouleverser sa vie débutante.

### **/// Ce temps-durée varie selon le patient, son stress, ses connaissances, sa compréhension, la maladie diagnostiquée et la disponibilité du praticien ///**

De plus, pendant que la loi émancipait les patients de la prise en charge paternaliste des médecins, le « management » des hôpitaux remplaçait cette attitude par des initiatives gestionnaires issues des entreprises privées (« *lean management* »). Avec l'« *efficacité* » comme objectif principal, le financement du système de santé se basait sur la TAA, et le langage du monde économique remplaçait celui de la santé : les infirmières, aides-soignantes ou surveillantes faisaient place aux « *équivalents temps plein* », « *cadres de santé* », ou « *taux d'encadrement* ». Les indicateurs chiffrés se multipliaient pour ajuster le fonctionnement de l'hôpital aux injonctions financières des autorités de santé, qui descendent en cascade du ministère aux autorités régionales de santé tenues elle-mêmes de les répercuter sur les directions des hôpitaux, dans un but comptable, sans tenir compte des besoins des patients, qui sont devenus le « *produit* » de « *l'entreprise hôpital* ». On cherche à « *traiter* » le plus possible de patients avec le moins possible de moyens (humains). Encouragée partout à des fins financières, la polyvalence du personnel s'est développée aux dépens de la qualité, faute de pouvoir former tout le monde à tout faire. En conséquence, on uniformise les prises en charge, on les « *protocole* », on les chronomètre, sans tenir compte des besoins différents de chacun. Parallèlement, les mesures sensées « *améliorer la qualité* » sont souvent prises aux dépens du temps médical : l'informatisation des hôpitaux a permis de gagner en efficacité mais pas en temps faute de matériel informatique adapté ; la formation continue des médecins, la multiplication des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) et la mise en place des « *services qualité* » permettent la mise à jour des pratiques sur les recommandations, au détriment du temps médical auprès du patient.

Ainsi, les gastroentérologues que nous sommes sont tiraillés entre le temps-durée nécessaire pour une relation de qualité avec le patient et les exigences scientifiques d'une spécialité devenue très technique et gérée dans le cadre d'une organisation hospitalière comptable. Dans son livre, Donatien Mallet oppose « *l'objectivation scientifique* », dictée par les recommandations scientifi-

ques à « *l'attention à la subjectivité de la personne malade* » [4], déterminée par l'éthique soignante. Il explique que ce conflit éthique se répercute sur les sensations du médecin (« *de malaise, de trouble, d'incohérence, de responsabilité, d'injustice et parfois de culpabilité* »), mais aussi sur les difficultés qu'il éprouve à respecter les différentes temporalités dans l'exercice quotidien. Il détaille comment le temps passé auprès du patient ne compte qu'en fonction du geste qui a été pratiqué ; le temps passé en discussions et réflexions en vue d'une prise de décision n'a pas de valeur, n'est pas comptabilisé, non plus que la dimension relationnelle du soin. D'ailleurs, ceci peut servir de caution à ceux d'entre nous qui ne sont pas à l'aise dans la relation singulière et préfèrent s'en tenir à leurs compétences techniques. Cependant, la dimension relationnelle du soin devrait être, par essence, l'endroit où la durée du patient et celle du soignant se rejoignent pour échanger, partager les informations qui permettront une prise en charge personnalisée, adaptée à ce patient, dans sa singularité.

**/// Le temps passé auprès du patient ne compte qu'en fonction du geste qui a été pratiqué ///**

Pourtant régulièrement relaté par les médias et publié [5], ce mal-être se poursuit dans les hôpitaux, et l'absentéisme voire les suicides sont autant de signes de cette maltraitance institutionnelle, de cette déshumanisation du contexte sanitaire actuel. Il est grand temps que les institutions sanitaires, responsables de l'organisation du temps de travail, prennent en considération ce temps-durée qui permet de répondre à l'attente relationnelle des patients, malmenés par la maladie, mais aussi par les investigations qu'on leur fait subir au nom des progrès scientifiques. Le développement des équipes pluridisciplinaires de soutien, comme le dispositif d'annonce en cancérologie ou l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques, est indispensable mais il ne remplacera pas la reconnaissance du temps médical nécessaire à une prise en charge éthique par les médecins

que nous sommes, tout techniciens que nous soyons devenus. Une meilleure considération (revalorisation ?) de notre activité paraît indispensable, qui tienne compte du temps-durée nécessaire à un accompagnement médical de qualité. Car si par souci de rentabilité et d'efficacité, nous courons après la montre pour faire toujours plus d'actes, sans prendre le temps (durée) qui permet d'établir une relation de confiance avec nos patients, nous perdons la qualité de la prise en charge médicale sous-tendue par la qualité de la relation médecin-patient, et ce quel que soit notre domaine d'exercice. Aucun indicateur ne pourra jamais mesurer cette qualité qui fait la richesse et la beauté de l'« art de soigner ».

**/// Une meilleure considération (revalorisation ?) de notre activité paraît indispensable, qui tienne compte du temps-durée nécessaire à un accompagnement médical de qualité ///**

 Remerciements :

au Dr Maylis Dubasque pour son soutien amical et son aide efficace tout au long de cette réflexion éthique.

 Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

## Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1 • Bergson H. *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Paris: Felix Alcan, 1889.
- 2 • Ricoeur P. ***Préface du Code de déontologie médicale***. Paris : Seuil, 1996.
- 3 • Marzano M. Qu'est-ce que la confiance ? *Etudes* 2010 ; 1 (412) : 53-63.
- 4 • Mallet D. ***La médecine entre science et existence***. Paris : Vuibert, 2007.
- 5 • Docteurs Blouses. L'hôpital malade de l'« efficacité ». *Revue du MAUSS* 2013 ; 1(41) : 53-75.