

Atelier N°3 - Conférence introductive :

« Le médecin clinicien : Premier des médicaments essentiels »

Pr Michel THOMAS

Retranscription intégrale

« La première chose, on est là pour parler des médicaments essentiels, des médicaments génériques, des médicaments coûteux et même trop coûteux. Et on peut se poser la question de savoir si l'acte médical ne va pas se résoudre et se résumer ou se résume déjà avec une prescription et la délivrance via une ordonnance d'une drogue magique. Et auquel cas le rôle du médecin n'est pas forcément nécessaire, il y a des distributeurs automatiques qui peuvent faire très bien. Mais on peut aussi se poser la question de savoir si c'est ça la relation médecin - malade ? Si c'est ça ce qu'attendent les malades qui ont une demande, qui expriment un besoin ? Et où en est le colloque singulier ? Aussi à l'heure du triomphe de la technique, qu'est-ce qu'on est en train d'oublier ? Et le problème, on est bien en train d'oublier la clinique. Peu de gens consacrent leurs travaux à l'heure actuelle à l'abord du patient, à la relation médecin - malade, et la clinique est année après année dévaluée. On va encore le voir. Et pourtant, la clinique, c'est la base de la médecine. Et, vous savez que ça vient du grec « kline » qui veut dire « lit ». Et « clinique », « signes cliniques », « médecine clinique », c'est tout ce qui peut être recueilli par les seuls sens du médecin. Sa vue, son touché, son audition, et par extension la clinique c'est tout ce qui peut s'exprimer, se recueillir au lit, au cabinet de consultation ou au domicile du patient.

Mais la médecine clinique, elle est un peu dérangeante aussi. D'abord, il faut aller voir les malades. Les malades c'est « beurk ». Il y en a qui sentent mauvais. Il y en a qui sont sales. Il y en a dont la gueule vous revient pas. Il y en a, il y en a, il y en a. Et puis, ils sont emmerdants, ils demandent toujours des trucs. Mais, cette médecine clinique, elle a été longtemps la seule possible. Et la relation médecin - malade, cette relation de soins, elle est absolument indispensable à la médecine clinique, et au-delà, à la médecine tout court, pour peu que la médecine ait gardé sa valeur également humaniste, et technique et scientifique. Alors, la relation de soins, on a beaucoup parlé dans certains cercles sociologiques, philosophiques et parfois médicaux de la relation de soins. Et on oublie parfois, souvent par ce que c'est pas à la mode, que la relation de soins est par essence, par définition asymétrique. Par ce qu'elle est toujours la confrontation d'un patient, d'un malade porteur ou non d'une véritable pathologie, d'une maladie organique grave comme d'un symptôme totalement psychosociétal. Mais toujours, en souffrance. Même s'il n'a rien, il est toujours en souffrance. Et il vient voir un médecin, il est demandeur. Et face à lui, il y a un soignant. Alors, c'est le médecin, mais pas forcément. On peut être le kiné, l'infirmier, l'infirmière. Et celui-là, il est le sachant. Et ce qu'attend le médecin, c'est une écoute et c'est un soulagement. Rires. Dans l'assistance : « C'est le médecin, ou c'est le patient ? ». Mais, ce n'est pas totalement faux. Donc, le colloque singulier, il trouve sa réussite...

Donc, rien ne peut se faire dans la relation « médecin-malade » sans que s'établisse entre ce demandeur et ce sachant, une relation de confiance. Seulement, la clinique depuis une trentaine d'années au moins et sans doute un peu plus, elle est remise en question. Elle est remise en question par des évolutions sociétales. Et ces évolutions sociétales, elles mettent en danger cette relation de soins et cet échange asymétrique, et pourtant lié totalement à la confiance. D'abord par ce que l'on est dans des pays qui vivent une progression considérable de l'individualisme. Tout est à la gloire de l'individu. Qu'est ce qu'il y a de plus toxique pour les dominants de nos sociétés que des individus qui

« Le médecin clinicien : Premier des médicaments essentiels »

Pr Michel THOMAS, Médecin Interniste, Cofondateur du groupe Princeps

Retranscription intégrale de la conférence

s'organiseraient en communautés, qui feraient passer, non pas l'intérêt du voisin avant le sien, mais qui le prendrait en compte complètement. Cette promotion de l'individu. On leur dit non seulement c'est vous l'individu, mais en plus vous êtes responsable de vous-même. Vous êtes des adultes.

Qu'on réfléchisse un tout petit peu au côté pervers de cette démarche. Alors on est passé ainsi dans la relation médecin malade d'une relation qui était, j'ai connu ça au début de mes études, totalement paternaliste et autoritaire. Un président du conseil de l'ordre des médecins disait en gros, dans les années soixante « les malades, ils ne savent rien, on sait tout. Ils n'ont pas droit à la parole ». C'était à côté du balancier. Et on est maintenant peut être à l'autre côté du balancier, où on représente la relation médecin malade comme une « codécision » diagnostique et thérapeutique. Là aussi ça mérite qu'on y attache un tout petit peu et qu'on y réfléchisse. Par ce que, bien entendu quand un diagnostic est évoqué, il est important que ce diagnostic, bien entendu soit exact, mais même s'il est exact, il soit compris par le patient. Qu'il n'y ait pas ou le moins possible de déni. Bon c'est un autre aspect du problème. Quand une thérapeutique est décidée, mise en œuvre. Là encore, il faut qu'elle soit comprise, adoptée par le patient. Mais, parler d'une codécision, comme un certain nombre de personnes, de structures promeuvent cette idée que finalement ces deux personnes qui sont sur un pied d'égalité, et donc qui vont éventuellement négocier pour choisir le meilleur traitement. Ça, c'est de la connerie profonde. Et il faut en tant que soignant et en tant que médecin, et en tant que malade, il faut s'opposer violemment à ça. Une chose est la compréhension de ce qui se passe, les explications qui peuvent être données. Mais, y compris un médecin. Si un médecin est malade, ce qui arrive. Malheureusement de temps en temps on est médecin et malade, et quand on est malade en tant que médecin, on est les plus mal placés pour discuter et pour choisir une thérapeutique nous concernant nous-mêmes. Et puis, le progrès, à l'heure actuelle, tout est curable, tout est amendable, améliorable. On est dans une situation où la notion d'immortalité imprègne insidieusement la société. Donc, il ne peut rien nous arriver, on est immortel. Et s'il nous arrive un truc, c'est que, il y a un coupable quelque part. Et ce coupable, il faut le châtier durement. Le tuer, si on a encore une possibilité légale de le tuer. Et sinon, au moins l'envoyer pour la fin de ses jours en prison ou le jeter aux crocodiles. C'est quelque chose qui est insidieux dans la tête de beaucoup de gens. Et puis, ça a amené aussi au principe de précaution. Quand on pense que c'est dans la constitution française... C'est quelque chose qui si on y réfléchit un tout petit peu qui est considérablement délétère. Par ce que le principe de précaution, si on l'applique très strictement, aboutit à ne rien faire.

Et je vous rappelle, que la seule situation qui permette d'éliminer tous les risques, et dont la certitude d'évolution est absolue, c'est la mort. Et puis, conséquence de tout ça aussi, la judiciarisation de la médecine, qui pour le moment, malgré les affaires du sang contaminé, etc... pour le moment épargne encore largement le milieu médical français. Mais, ça risque de ne pas durer. Bien qu'il y ait quelques années, l'ordre des avocats de la Seine-Saint-Denis avait fait une démarche officielle auprès de la direction de l'hôpital Jean VERDIER, pour installer un bureau d'avocats à la sortie de l'hôpital. Alors ça n'a pas marché, mais c'est dans l'air du temps. Remise en question de la clinique aussi par le développement extraordinaire des examens complémentaires de biologie et d'imagerie. Et on est passé ainsi du médecin aux mains nues et à l'oreille attentive, à une surabondance de moyens disponibles pour étayer ou réfuter un diagnostic. Moyens qui sont évidemment auréolés du prestige de la modernité, de la technique, qui sont encensés, promus par les médias et souvent par les malades eux-mêmes. Et on a tous vu cette situation d'un médecin qui ne prescrit pas un IRM ou un bilan complet par ce qu'on a mal au dos, ou par ce que n'importe quoi, et qui va passer aux yeux de certains patients pour nul, dépassé, ringard. Remise en question de la clinique aussi par la spécialisation de la médecine, et même l'hyperspécialisation. Le jeune spécialiste en formation dans notre pays est de moins en moins formé pour prendre en charge un malade, mais une maladie, et parfois même une maladie très particulière et très limitée. On a tous vu dans les hôpitaux des jeunes internes en deuxième ou troisième année d'internat, qui ont choisi un service d'endocrinologie, de gastro-entérologie, de rhumatologie, etc...., « évidemment, moi je ne peux pas prendre de garde, par ce que j'ai mon domaine que je connais bien. Mais, prendre une garde, éventuellement avoir quelqu'un qui arrive pas avec une grande étiquette sur le front, déjà vu par trente-six médecins, « J'ai une polyarthrite rhumatoïde, je suis en poussée, qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi ? » C'est quelque chose qui mène malheureusement à la fabrication non plus de médecins, mais de techniciens supérieurs de la santé. Ce n'est pas vraiment un progrès humain, ni médical, ni même technique. Et puis, remise en question de la clinique par le développement d'Internet. Puisque des études très

« Le médecin clinicien : Premier des médicaments essentiels »

Pr Michel THOMAS, Médecin Interniste, Cofondateur du groupe Princesp

Retranscription intégrale de la conférence

récentes montrent que près d'un malade sur deux avant de consulter va voir sur Internet ce qui se passe. Alors il ne connaît rien. On peut penser que dix ans d'études médicales c'est un peu long. Mais dix minutes, c'est un peu court. Et puis demain, la télémédecine. On voit s'organiser, ça a été évoqué hier, lors de ce colloque, des chaînes de consultation où le médecin n'intervient pas. Il est derrière son pupitre, il répond. Il n'a jamais vu le malade, il ne l'a jamais senti, il ne l'a jamais entendu. On est là dans une perversion considérable, qui peut effectivement apporter des solutions ponctuelles à certains aspects. Mais, cette relation de soins, elle est en train, elle risque, elle risquerait de disparaître. Et évidemment, cette déshumanisation de la médecine, elle va faire le succès des médecines parallèles qui n'ont pas grand-chose à proposer sauf l'écoute, sauf la prise en charge même si parfois c'est tout à fait farfelu et superficielle. Mais l'impression que le malade il n'est plus entendu par le médecin, alors il va voir le chiropracteur, le naturopathe, et d'autres.

Difficultés, modestie et grandeur de la clinique. Alors la clinique, c'est difficile, bien sûr, c'est difficile. Par ce qu'un clinicien de ce nom, doit au patient une capacité d'écoute, du temps, et de la patience, et de l'empathie. C'est quelque chose de très, très important. Le malade, il attend d'être compris, au sens très profond du terme. Et puis à côté de ça, il doit parfaitement connaître la sémiologie clinique (Partie de la médecine étudiant les symptômes et signes qui traduisent la lésion d'un organe ou le trouble d'une fonction. Source : Dictionnaire Médical Masson). Être capable d'examiner parfaitement un malade, de ne pas se tromper, de ne pas passer à côté d'un signe clinique évident. Et malheureusement, il n'y a pas, au cours des 25 dernières années, de gros progrès dans ce sens. Il doit s'impliquer dans la relation de soins. C'est pas tout de dire, bien voilà. Une technicité, et une connaissance parfaite, et ne pas faire passer le message humaniste. Et tout ça, ça va chez le médecin, chez le bon médecin, assez souvent entraîner de l'inconfort. Par ce que l'on est en face d'un malade qui pose un problème, et cela nous renvoie à des tas de choses personnelles, et puis même s'il ne renvoie pas des choses personnelles, c'est parfois très inconfortable, très difficile à gérer. Très difficile, à oui. Il faut être modeste quand on est un médecin clinicien. D'abord par ce qu'il faut être conscient des limites du savoir. C'est une des causes de l'hyperspécialisation. C'est extrêmement difficile, comment je vais pouvoir faire face à cet océan ? Et si par contre, je choisis de faire la spécialité de l'ongle du cinquième petit doigt de la main gauche, peut-être que sur l'ongle, je vais être au top sur la connaissance. Pas sûr d'ailleurs, par ce qu'il y a justement un truc qu'on a découvert hier qu'il ne connaît pas. Cette notion de limite des savoirs, une fois qu'on l'a inventoriée, beaucoup de nos médecins généralistes l'ont parfaitement inventoriée. C'est une force en même temps. Mais il faut toujours avoir cette notion des limites de ses savoirs. Et puis des limites de nos capacités psychologiques à faire face à la relation médecin-malade ne continuant à être efficace quand parfois il devient extrêmement difficile ou on est submergé, qu'on ne peut pas. Et puis ce sont des conditions, ça, pour se protéger, pour garder l'intégrité, par ce qu'on ne peut être efficace que si on reste maître de nous-même. Maître de nos réflexions, de nos déductions, de nos décisions.

Mais, évidemment, c'est difficile, il faut être modeste, mais c'est le plus beau métier du monde. Garder la clinique dans cet esprit, c'est pleinement assurer sa dimension scientifique bien sûr. On doit avoir les connaissances, c'est pour ça qu'on fait dix années d'études. Mais aussi, sa dimension humaine. Et, le médecin clinicien, bien souvent son premier acte, c'est de rassurer le malade. Je vous recommande vivement la lecture d'un éditorial dont vous avez la référence, qui est l'œuvre d'un médecin thermiste de Saint-Etienne, Pascal CATHÉBRAS, qui aurait dû venir ce matin faire cette présentation, mais il est au Sénégal en mission en ce moment. Et donc, rassurer le malade, chose essentielles, difficile, mais humainement et économiquement efficace. Rassurer le malade, c'est quelque chose qui a déjà été étudié, vous voyez, il y a un papier dans la presse anglo-saxonne qui date de 2007, qui définit le « rassurage » du malade comme un processus qui implique de fournir une explication pour les symptômes que présente le malade, et lui donner l'assurance qu'ils ne peuvent être liés à une maladie grave. Oui vous avez quelque chose, oui, j'ai bien compris, on va le prendre en charge, mais ce n'est pas grave. Et paradoxalement, Pascal CATHÉBRAS écrit « La prescription d'un examen complémentaire, on est sûr qu'il n'a rien, mais on va quand même lui faire un examen complémentaire. Ben ça, ce n'est pas une bonne démarche, par ce que bien souvent ça va renforcer chez le malade, la croyance qu'il y a quelque chose, puisqu'il demande un examen. Rassurer un malade, d'une façon générale, la réassurance doit reposer sur le diagnostic le plus précis possible. Avant de se permettre de rassurer un malade, il faut que nous-même de notre connaissance, on ait la conviction, la certitude aussi complète que possible que le diagnostic qu'on porte est le bon. Le

« Le médecin clinicien : Premier des médicaments essentiels »

Pr Michel THOMAS, Médecin Interniste, Cofondateur du groupe Princeps

Retranscription intégrale de la conférence

symptôme qui a amené le malade à consulter doit être exploré et compris dans le contexte psychosociale spécifique du malade. C'est un art difficile, mais quel bénéfice car c'est là une source d'efficacité pour le malade d'abord. Et puis, il se trouve que ça fait faire beaucoup d'économie au système de santé, en suite, mais seulement ensuite. Et puis, le simple fait de voir, de pouvoir parler à son médecin, soulage bien des malades. On a tous, les médecins qui sont ici, ont tous vu des patients qui viennent voir. Le simple fait d'entrer dans le cabinet, de serrer la main de son médecin, on parle, ça va mieux, c'est un pas essentiel. Et ça, qu'il présente uniquement des symptômes fonctionnels ou qu'il soit atteint d'une maladie organique grave, où il y a parfois des adaptations thérapeutiques difficiles à faire, mais ah, on a été voir le médecin, ça va mieux. Et, c'est pour ça que, surtout s'il est à l'écoute, si le médecin est un bon médecin clinicien, et bien vraiment je pense que le médecin clinicien est le premier des médicaments essentiels. Je vous remercie.

Applaudissements de la salle.

Echanges avec les participants

Olivier BISMUTH, Médecin généraliste : « Je suis tous les mots de cet exposé que je trouve parfait. Je me rappelle quand j'étais en fin d'études de médecine à la Salpêtrière, il y avait eu une conférence « La médecine, fille de la magie ». Et je demande dans cette salle, parmi les anciens, qui n'a pas prescrit de la cystine B6 Bailleul ? Qui n'a pas prescrit un médicament que les moins de vingt ans ne connaissent pas, c'est la Yohimbine Houdé ? Bon voilà. C'est cette dimension tant décriée. Magie qui se rapporte à la pratique charlatanesque, mais qu'on pouvait rapprocher aussi aux tradipraticiens qui font quand même un bon boulot au Sénégal et ailleurs, ou qu'on peut rapprocher à toutes les études sur le placebo. Cette dimension de la médecine, fille de la magie, et bien on se dit que peut être notre mère elle avait quelque chose de pas mal aussi.

Patrick LAMOUR, Médecin généraliste « Même si on partage le fond, simplement, je pense que, on reconnaît tous que l'affaire est bien plus complexe, si je peux me permettre, et que, on ne peut pas ignorer quelque chose qui est une mutation fondamentale. Je me mets à la place d'un jeune médecin, il ne peut pas construire sa pratique uniquement là-dessus. Mais, il va être face. Qu'est-ce que demande le malade. Ça reste central quand même, qu'est-ce qu'il demande. Et, c'est ce que je disais hier. Eh bien des fois, il ne demande pas une demi-heure ou trois quarts d'heure avec un médecin gentil comme moi qui veut bien le voir. Mais, ça l'arrangerait que sur une photo je puisse lui dire que ce n'est pas grave. J'insiste un peu sur cet exemple, et même si je suis tout à fait d'accord avec toi sur le reste. Un jour, elle va revenir et on va vraiment rediscuter de la médecine clinique comme tu le dis, mais aujourd'hui, elle demande aussi autre chose. Et juste pour le dire, le monde de l'enseignement va être bouleversé. Ce n'est pas moi qui le dis, par les nouvelles techniques. Le savoir va se transmettre vraiment très différemment. Donc, la médecine va être l'un des métiers le plus aussi remis en question sur sa façon de fonctionner. Passer à côté de ça, c'est passer à côté d'un enjeu, mais énorme. Sur les dix quinze ans, pas sur les cent ans. La relation médecin - malade, avec toute la richesse que tu abordes très bien, avec laquelle je suis d'accord, va être complètement remise en question, simplement avec cette mutation. Il ne s'agit plus de dire on n'est pour, on est contre. Il s'agit maintenant de faire avec. Et ça, ça va bouleverser beaucoup des repères que tu posais un peu comme un peu sacralisé.

Michel DORÉ, Médecin généraliste et enseignant de médecine générale « J'ai deux remarques à faire, la première c'est de nuancer quand même un petit peu ce que tu as dit sur le fait que d'un côté il y a un patient qui attend, qui demande. Et de l'autre côté, un médecin qui est sachant. Par ce que le malade aussi est sachant. Il ne sait pas la même chose que le médecin, mais il est sachant et il sait beaucoup de choses de lui qui sont très utiles à connaître pour le médecin pour prendre des décisions qui sont pertinentes. Par ce que si l'on considère que dans la relation, le patient n'est pas sachant, on est obligé de le réduire à l'état d'objet et l'on sait bien aujourd'hui que cela ne fonctionne pas. La deuxième remarque, ça concerne le fait de rassurer le patient, en introduisant l'idée que le médecin dise c'est grave ou ça n'est pas grave. Alors, je comprends que dans un exposé on ne puisse pas aller trop loin, mais c'est une simplification qui ne fonctionne pas. C'est-à-dire que ce qui définit la gravité, ce n'est pas seulement l'idée du médecin ou la maladie, c'est la représentation qu'en a le

« Le médecin clinicien : Premier des médicaments essentiels »

Pr Michel THOMAS, Médecin Interniste, Cofondateur du groupe Princeps

Retranscription intégrale de la conférence

patient. Il n'est pas si facile de rassurer un patient, qui lui est inquiet, même pour une maladie bénigne.

Michel THOMAS « Je répondrai à tout le monde »

Florence AMROUCHE, Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs « Avec le développement de la télémédecine, la relation « patient - médecin » en prend un coup, sérieusement. Par ce que l'on voit notamment des responsables de la HAS (Haute Autorité de Santé) qui disent que les spécialistes ne se déplacent plus en EHPAD, et que bientôt il y aura des consultations qui seront faites par télémédecine. Des gens qui ne se déplacent pas reste en isolement. Donc bientôt, les médecins ne viendront plus voir les personnes en EHPAD, mais ont des consultations et des diagnostics par télémédecine.

Mailys MICHOT-CASBAS, Praticien Hospitalier « Je pense que comme toujours, c'est ni trop, ni trop peu. La télémédecine, en effet, ce n'est pas la panacée, mais pour le vivre de façon très concrète, sur des problèmes de cicatrisation de patients en EHPAD, même si on les voit la première fois, ne pas les déplacer systématiquement, juste pour donner un avis sur la plaie, c'est quand même très pratique. Donc, ça peut quand même être un outil, même si ce n'est pas la panacée. Je suis entièrement d'accord. Et même surtout, cela ne doit pas se mettre à la place du diagnostic, à la place de la clinique. On est bien d'accord. Ça n'empêche que ça peut quand même rendre des services. Ce n'est pas forcément à jeter complètement. Et après, deux remarques. Je pense que le développement de la médecine narrative peut être, même si ça vient de l'extérieur, par ce que ça a été formalisé comme tel, et que c'est quelque chose que l'on vit depuis longtemps dans les cabinets de médecine de ville. Moi je suis médecin en province dans une petite ville. En effet, ça veut dire que l'on est en train de réinsuffler quelque part cet humain, cet humanisme. C'est quand même à mon avis une vraie avancée. Et cette entrée aussi, chez des gens qui, il faut le reconnaître, ont été hypersélectionnés sur leur capacités scientifiques, on est en train de réinsuffler leur pouvoir imaginaire, leur pouvoir philosophique. Et la deuxième chose, c'est qu'il y a des travaux qui sont ouverts sur les médecines alternatives, en effet, je pense que là aussi c'est ni trop, ni trop peu, et que la porte, on n'est pas forcé de la fermer. Et peut être qu'au contraire, notre nouveau devoir, sera d'accompagner et d'essayer de voir comment est-ce qu'on peut structurer, rationaliser et cautionner, et en tout cas vérifier l'absence de dérive charlatanique ».

Catherine GABARD, Médecin généraliste « Je suis assez d'accord, je suis complètement d'accord avec ce que tu as pu développer dans ton intervention. Et en même temps, j'adhère un petit peu à ce qui vient d'être dit, par ce que je me dis, je pense à un exemple que j'ai entendu au congrès de la médecine générale il n'y a pas longtemps du développement de télémédecine sur des patients qui n'avaient pas, c'est dans le cadre de l'addictologie, qui n'avaient pas la possibilité de se déplacer, de rencontrer des addictologues etc... Ils avaient mis en place de la télémédecine, mais à partir du cabinet de consultation de médecine générale. Ce qui fait que c'était une consultation entre le généraliste, le patient. C'est une expérience qui semble-t-il apporte quelque chose. Dans cette histoire là, j'ai du mal avec des choses comme ça, Internet et tout, c'est pas un truc qui m'attirait au départ, et je me suis dit que peut être nous aussi on a peur quelque part. On a peur de perdre quelque chose, on la diabolise un petit peu je pense. Par ce que l'on est mal à l'aise et qu'on ne sait pas trop comment on va faire. Ça nous oblige à nous interroger nous

Bernard PABION, Médecin généraliste « Je suis peut être un mauvais médecin généraliste, mais, je dirais que la plupart du temps je ne sais pas ce qu'a le patient. Je recherche des symptomatités...

[Applaudissements de la salle]

François PESTY, Pharmacien, Consultant indépendant, membre du groupe Princeps « En deux mots. Sur le médecin « sachant » et ses dix ans d'études, je ne sais pas quel est le nombre de publications de qualité, enfin c'est plusieurs centaines de milliers de publications par an aujourd'hui, et il y a dans la formation continue des médecins, car il ne faut pas parler du médecins, il y a une telle diversité, une telle hétérogénéité dans les savoirs, il est impossible aujourd'hui avec la

complexification qu'il y a eu de la médecine, de tout savoir. C'est impossible. Dans la relation « sachant » « apprenant »,

Michel THOMAS « Ce n'est pas « sachant » « apprenant »

François PESTY « c'est un peu ça quand même »

Michel THOMAS « Non, du tout, du tout. C'est pas « sachant / apprenant »

François PESTY « En tous cas, il est très difficile de maintenir un savoir à jour.

Une participante « Je crois que le patient, c'est d'abord un usager »

Michel THOMAS « Ah non. Oh la la, oh la la » Brouhaha « On n'est pas à la SNCF » [Rires...] « Bon je vais essayer de répondre rapidement. D'abord, disais Michel DORÉ, le malade est sachant, bien entendu le malade est sachant lui-même. Je n'ai rien dit d'autre. Et c'est au bon médecin d'essayer d'apprendre ce que le malade sait de lui-même. C'est ça l'échange. C'est ça la relation médecin malade. Et c'est difficile, bien entendu. Et ça implique parfois très durement, psychologiquement y compris. Je suis tout à fait d'accord là-dessus. Quand je réponds au téléphone, je ne fais pas de la télémédecine. Sauf si je n'ai jamais vu le malade. Mais si je réponds par téléphone à un de mes patients qui me dit, ah bien docteur, j'ai le bras qui me chatouille. Oh on le connaît le malade, on la déjà vu. On est capable de lui dire d'adapter son traitement par téléphone. On le fait tous, depuis la nuit des temps, depuis que la médecine existe [rises] Donc, c'est pas la télémédecine. L'horreur de la télémédecine, c'est un petit peu ce que tu dis. C'est-à-dire, ce sont des gens qui vont présenter à leur façon, dont on ne sait pas, par ce que justement, on ne sait pas du tout quel est le savoir du malade. Ils vont présenter leurs symptômes à une machine, qui, on met le malade dans une grande fente, et de l'autre côté, il y a une grande boîte, il ressort. Soit guéri, c'est merveilleux, soit dans un cercueil, voilà, on a fait des économies. Je crois que c'est ça qui est redoutable. Et je ne doute pas qu'il y ait beaucoup de gens qui pousse là-dessus. Mais, vous avez compris que tant que je pourrais encore respirer je me battrais bec et ongles contre ça, qui me semble être l'abnégation de ce qui fait la merveille du métier de médecin. Ce qui est quand même ce côté humain. Voilà c'est dit. Alors je voulais dire aussi que placebo c'est très important. Quand on a établi notre liste de médicaments essentiels, on a beaucoup discuté pour savoir s'il fallait effectivement prévoir des placebos authentiques. Citrate de bétaïne Beaufour, n'oubliez pas docteur. On a tous connu ça. Mais l'utilisation d'un placebo, elle est parfois indispensable. C'est parfois un relai. Parfois, mieux vaut prescrire un placebo, qu'un examen complémentaire. On prescrit un placebo, on a la solution. Et le placebo va guérir. Donc, le placebo je crois que c'est quelque chose d'important et il ne faut surement pas le négliger. On pourrait imaginer que dans une liste de médicaments essentiels, il y ait quelques placebos authentifiés et qu'ils soient remboursés à cent pour cent par la sécurité sociale.

Un participant « J'ai une petite remarque par rapport à la télémédecine et notamment dans les EHPAD. Eh bien moi ce qu'il se passe maintenant c'est que quand je fais une prescription de soins infirmiers pour une plaie, je mets « selon le diagnostic de l'infirmière ». Par ce que c'est l'infirmière qui en sait dix fois plus que moi. Et ta télémédecine, je ne suis pas sûr qu'elle va être aussi performante qu'une infirmière qui vient tous les jours et qui voit que ça commence à « surbriller » etc...

Maillys MICHOT-CASBAS « Alors encore une fois, enfin nous la façon dont on fonctionne, donc on est un centre de cicatrisation, et du coup c'est quand les équipes de terrain n'arrivent plus, ce n'est pas du tout pour se substituer à elles, loin de là. Il y a pas mal de situations, en tous cas nous on voit des patients pour lesquelles les équipes de terrain sont en difficulté. On est là pour ça. Donc c'est dans ce cadre uniquement. Et que nous aussi, on travaille en multidisciplinarité. On travaille et avec les infirmières de ville et avec les équipes de notre centre.