

L'hétéroanamnèse en maison de repos

Influence de l'hétéroanamnèse recueillie
en maison de repos sur la prise en charge
des résidents en médecine générale

par le Dr Mélody MARÉCHAL*



* Médecin généraliste
5360 Hamois
marechalmelody@outlook.fr

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

ABSTRACT

When a general practitioner goes to the rest home in order to visit a patient, their care relationship turns into a triangular one as soon as a family or a nursing staff member is added. How can these affect each other? How can the heteroanamnesis affect physician's medical decisions?

Keywords : rest home,
heteroanamnesis,
general medicine.

RÉSUMÉ

Lors d'une visite du médecin généraliste en maison de repos, la relation de soins habituelle qu'il établit avec le patient se mue en une relation triangulaire dès que se rajoute un membre de la famille ou du personnel soignant. Ces intervenants s'influencent-ils mutuellement et l'hétéroanamnèse peut-elle influencer le médecin dans sa prise de décision ?

Mots-clés : médecine
générale, maison de repos,
hétéroanamnèse.

Dans notre travail quotidien en médecine générale, il n'est pas rare de recevoir un patient accompagné d'une tierce personne. De même, lorsqu'il faut se rendre au domicile d'un patient, dans la grande majorité des cas, se trouve un tiers qui peut interférer ou non dans la consultation. Dès lors, l'entourage du patient au sens large n'a jamais une influence neutre sur la prise en charge. Ce constat est d'autant plus vrai en maison de repos. Le fonctionnement intrinsèque de ce lieu fait que le tiers s'impose naturellement dans la relation que l'on peut entretenir avec un patient âgé. Dans ce contexte, nous pouvons donc nous interroger sur la relation triangulaire qui s'établit entre le médecin, le patient et le tiers : les informations récoltées auprès de tiers en maison de repos par le médecin généraliste influencent-elles le médecin et donc la prise en charge du patient ?

Prétest

- | | Vrai | Faux |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. D'ici 2060, la population belge comptera 1 personne âgée de plus de 67 ans pour 4 personnes âgées de 18 à 66 ans. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Plus la communication entre le médecin et le patient est efficace, plus la compliance au traitement, la qualité de vie et les résultats cliniques sont améliorés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lors de ses visites en maison de repos, le médecin généraliste établit avec son patient une relation thérapeutique duale dans laquelle aucun intervenant extérieur n'intervient. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Réponses en page [23](#).

Méthodologie

Pour tenter de répondre à cette question, 57 médecins généralistes francophones ont été interrogés par internet sous forme de questionnaire écrit dans la période s'étendant de septembre à décembre 2018. Le questionnaire comprenait des questions fermées et des questions ouvertes à réponses courtes. Ce texte mêle la synthèse de cette enquête et la revue de la littérature.

Introduction

La médecine, et plus précisément encore la médecine générale, est une science humaniste, pratiquée par des humains, au service d'autres humains. Sa pra-



tique est donc intrinsèquement liée, de manière consciente ou non, aux émotions et au vécu du médecin. En effet, les représentations qu'il se fait du patient peuvent influencer la relation de soins qui s'établit¹. En outre, le patient lui-même est influencé par ses émotions et son vécu lorsqu'il rapporte au médecin ses divers symptômes. Il peut en taire certains ou en exagérer d'autres en fonction notamment de sa personnalité, de son vécu familial ou encore de sa situation professionnelle mais également de la relation qu'il a tissée avec son médecin de famille. En effet, la confiance qui est présente ou non dans la relation de soins déterminera en grande partie la facilité avec laquelle le patient décrira ses symptômes mais aussi le ressenti qui y est lié. La relation dualiste qui s'établit entre le médecin et le patient, et dans laquelle se confrontent émotions et vécus, peut toutefois être modifiée par un tiers ou un proche du patient menant ainsi à une relation triangulaire où chaque acteur s'influence mutuellement. Le médecin peut y voir là l'occasion d'une alliance thérapeutique à trois ou bien au contraire, considérer l'entourage du patient comme un frein à sa pratique. Peu d'études ont cependant été réalisées sur le sujet précis de la présence de l'entourage du patient en consultation. L'étude REMEDE (RElationship MEdicin Entourage du patient)^{2,3}, réalisée en 2003, sur les représentations qu'ont les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient est l'une des seules études réalisées auprès de médecins francophones.

La relation médecin/patient

La relation de soins en médecine est d'une importance capitale. Plus que jamais, le praticien a besoin d'établir une relation de confiance avec le patient afin de le soigner au mieux en prenant en compte tous les aspects de sa personne. La relation qui s'établit entre le médecin et son patient se fonde avant tout sur une bonne communication. Cette dernière est de plus en plus importante dans le modèle de soins actuel où le patient est replacé au centre de l'attention et considéré comme un individu autonome et responsable⁴. Une étude réalisée en 2001 au Canada⁵ montre que plus la communication médecin/patient est efficace, plus la compliance au traitement, la qualité de vie et les résultats cliniques sont améliorés. La satisfaction des patients mais aussi celle des praticiens en est également augmentée^{6,7}. Néanmoins, afin qu'une telle communication puisse s'établir, le médecin doit prendre en compte «la dimension subjective des deux sujets en présence dans leur perception cognitive et émotionnelle du problème physiologique»⁸. En effet, il ne s'agit pas de réduire le patient à sa seule pathologie. Il convient d'y associer également tous les affects

et perceptions que celui-ci peut avoir de sa maladie. Il en va de même pour le médecin qui doit être conscient de ses propres affects, auquel cas le patient pourrait devenir l'objet de projections des valeurs et du vécu du praticien. Être conscient de cela et «ramener la relation au service de la santé du patient»⁴ permet d'amoindrir ces éventuels transferts. Ainsi donc, il est important pour tout médecin de développer une communication efficace qui permet au patient de s'exprimer librement. Par exemple, le recours aux questions ouvertes permet au patient d'exprimer ses émotions avec ses propres mots. Dès lors, cette communication ouverte «permet une évaluation correcte de l'état du patient et donc de poser le diagnostic le meilleur possible»⁸.

La relation de soins avec la personne âgée

Bon nombre de patients pris en charge en médecine générale sont âgés. Au vu du contexte actuel, cette population ne fera qu'augmenter ces prochaines années. En effet, selon un rapport fédéral, d'ici 2060, la population belge comptera 1 personne âgée de plus de 67 ans pour 2,5 personnes âgées de 18 à 66 ans⁹. Ainsi, alors que nos sociétés occidentales valorisent la jeunesse et l'encouragent à l'activité, elles ont tendance à percevoir les personnes âgées comme inactives. Et lorsque celles-ci deviennent dépendantes, la solution est souvent leur placement en maison de repos¹⁰. Néanmoins, cette institutionnalisation de la vieillesse peut soulever certaines questions notamment quant au respect de l'autonomie du patient. En effet, dans certains cas, les représentations que l'institution et les soignants projettent sur le résident de ce qui doit être fait et à quel moment peuvent l'infantiliser. Le personnel soignant acquiert alors une certaine légitimité pour décider à la place de la personne âgée, souvent sans même la consulter¹⁰.

Risque d'infantilisation du patient âgé

Selon Sophie Laublin (2008)¹¹, différentes formes d'infantilisation sont possibles. La forme la plus fréquente est celle évoquée précédemment et consiste à ne pas laisser la personne âgée s'exprimer voire à ne pas respecter ses souhaits. Ceci est proportionnel à l'âge, plus la personne est âgée, plus le risque qu'elle ne soit pas écoutée est grand. Cette forme d'infantilisation s'accompagne également d'une dévalorisation des capacités psychiques et/ou physiques de la personne âgée.

Une seconde forme d'infantilisation s'observe au travers de la communication verbale. Il peut s'agir



du tutoiement ou de l'usage de surnoms inadéquats sans pour autant que la personne âgée ait donné son consentement. Ensuite, l'infantilisation peut également passer par les gestes posés par les soignants tels que l'alimentation ou le gavage, les plats mixés ou hachés à outrance qui contribuent à une régression des résidents.

De plus, les soignants sont souvent demandeurs de formes de médications plus adaptées et surtout plus faciles à administrer aux résidents comme des gouttes, sirops, suppositoires, renvoyant ainsi à l'âge pédiatrique. Les soins d'hygiène peuvent aussi parfois être trop intrusifs ce qui peut également amener les résidents à se sentir infantilisés.

Les soignants agissent bien souvent de la sorte de manière inconsciente car leur désir d'aider autrui et de s'investir dans les soins qu'ils prodiguent les aveuglent quant à leur comportement. D'autres dés-humanisent le patient et se protègent de toute identification avec lui car cela leur renvoie une image de leur propre mort¹¹. Sophie Laublin souligne toutefois que «certaines personnes âgées trouvent des bénéfices et renforcent cette infantilisation, notamment celles qui sont en demande de maternage ou qui adoptent des attitudes régressives»¹¹.

Cependant, l'infantilisation conduit le plus souvent à la dépersonnalisation de la personne dont l'identité est gommée alors qu'en maison de repos comme ailleurs, les personnes âgées «continuent à exister, à désirer, à décider, à refuser, à échanger, à pleurer ou à rire»¹⁰.

Médicalisation de la personne âgée

Les représentations portées par le personnel soignant et l'institution peuvent également amener à sur- ou sous-traiter le patient. En 2013, Blanche le Bihan-Youinou et Isabelle Mallon ont mené un entretien avec Nicolas Foureur dans lequel ce dernier évoque que «les personnes âgées disent rarement "non" à une proposition de traitement et souhaitent avoir accès à tous les progrès techniques disponibles» afin de maintenir une bonne qualité de vie sans acharnement thérapeutique¹². Cette notion de qualité de vie est propre à chacun et il s'agit de rester attentif aux souhaits exprimés par la personne. L'accompagnement qui est proposé aux personnes âgées en maison de retraite doit se construire autour de cette vérité afin de ne pas ignorer les désirs ou les refus que la personne pourrait exprimer.

Afin d'améliorer la médicalisation des personnes âgées, Nicolas Foureur¹² met en exergue deux grands principes: le principe de bienfaisance et de non-malfaisance et le respect du principe d'autonomie.

Le premier principe concerne l'impact qu'une prise en charge peut avoir sur la qualité de vie, au-delà

de la justification médicale du geste. Pour Nicolas Foureur, il conviendrait donc d'«utiliser les moyens disponibles pour maximiser la présence auprès des personnes et leur confort quotidien, plutôt que pour s'engager dans des soins et des traitements lourds, ce qui, probablement permettrait d'éviter des allers-retours entre hôpital et maison de repos»¹².

Le second principe vise à permettre au patient d'être maître de ses décisions. Il convient alors de tenir compte de ses valeurs et de sa construction de vie afin de le respecter et de l'autonomiser. Ainsi, ce principe cherche à dépasser le simple consentement de la personne pour tendre au maximum à sa participation active dans la prise de décision tant au niveau médical que dans l'organisation de l'institution. En agissant de la sorte, la personne âgée serait alors en mesure de reprendre sa place d'acteur de sa santé¹².

Ainsi, la relation de soins est surtout une rencontre entre deux individus qui portent en eux un vécu et des émotions qui leur sont propres. Cela peut engendrer des mouvements de transferts lorsqu'un individu projette sur l'autre ses propres représentations. Plus spécifiquement en maison de repos, ces mouvements de transferts peuvent amener les soignants à infantiliser les personnes âgées en niant leur autonomie. Cette infantilisation peut avoir des conséquences sur le comportement des personnes et donc sur leur santé. En réponse à ces éventuels transferts, il convient donc de favoriser une participation active du patient concernant sa santé et ce, dans la mesure de ses capacités.

La relation triangulaire médecin/patient/entourage

Dans le cas de personnes âgées résidant en maison de repos, l'entourage s'impose au médecin généraliste par son omniprésence. Qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, de kinésithérapeutes, d'aides logistiques, du voisin ou de la voisine de chambre ou plus simplement de la famille du patient, tous gravitent autour de celui-ci et transforment le colloque singulier en une relation tripartite. Les diverses implications de cet entourage se généralisent dans le mot «hétéroanamnèse».

Le terme «hétéro» signifie «autre» alors que celui d'«anamnèse» se définit comme étant «des renseignements fournis par le sujet interrogé sur son passé et sur l'histoire de sa maladie»¹³. L'hétéroanamnèse se définirait ainsi comme l'ensemble des renseignements sur le patient et sa maladie fournis par l'entourage de ce dernier. Cet entourage, le médecin généraliste peut le considérer comme perturbateur ou, au contraire, en avoir besoin.

L'hétéroanamnèse est-elle utile ?

Pour une majorité de médecins interrogés dans notre enquête, les informations apportées par le personnel soignant sont utiles au cheminement thérapeutique. Le cas de patients déments est très parlant puisqu'ils expriment difficilement leur mal-être. Les pathologies psychiatriques sont également mieux dépistées grâce à l'entourage du patient. Cela est conforme aux pistes dégagées par l'étude REMEDE^{2,3} où « 92% des médecins généralistes attendent une aide des proches dans la prise en charge des traitements des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ». Bien entendu, la relation particulière qui se développe en maison de repos entre le personnel soignant et le patient fait que, dans de nombreux cas, il connaît mieux le patient que le médecin traitant et sera alerté par le moindre changement comportemental ou signe clinique.

L'enquête met toutefois en exergue que les médecins sont, pour la plupart, bien conscients du fait que les soignants peuvent être porteurs d'a priori sur le patient et que cela peut influencer l'hétéroanamnèse qu'ils livrent. Le comportement d'une personne est toujours déterminé par l'interprétation et la perception qu'elle peut avoir des faits et non pas par une vision objective. Cette perception du patient peut être renforcée par « l'effet de groupe », le soignant appartenant à un groupe professionnel particulier. Ce groupe est lui-même porteur de représentations concernant le métier et le rôle que doit avoir le patient dans un système de soins ou dans une institution. En conséquence, en plus de ses propres représentations, le soignant projette donc sur le patient les représentations du groupe auquel il appartient¹⁴.

Comment éviter d'infantiliser le patient âgé ?

Il s'agit pour le médecin de veiller à ne pas créer de situation ambiguë où il « comploterait » avec le personnel soignant ou la famille contre le patient. Pour éviter ces situations, il convient de garder le patient au centre du processus de soins en écoutant ses besoins afin de ne pas développer de relation infantilisante. En effet, l'institution, le personnel soignant, la famille voire le médecin lui-même projettent leurs propres représentations sur le patient et tendent alors à anticiper et décider à sa place¹⁰. Ce risque est réel et renforcé par les observations tirées du questionnaire. En effet, la majorité des médecins effectuent l'hétéroanamnèse en l'absence du patient et ne lui rapportent pas systématiquement ces informations. Cela suggère que beaucoup de médecins généralistes ont déjà une idée du problème présenté par le patient avant même d'avoir pu interroger et examiner celui-ci. Paradoxalement, presque tous les médecins interrogés vérifient les

informations qu'ils ont reçues d'un tiers auprès du patient et les recoupent afin d'être le plus proche possible de la vérité. Un paradoxe se dessine donc à la lumière de ces deux réponses. Alors que le patient n'est pas au courant des informations qui ont été échangées à son sujet, le médecin vérifie les informations reçues auprès de lui.

Il convient cependant de garder à l'esprit que les patients âgés ont des droits identiques à ceux de tout autre citoyen. La loi relative aux droits du patient est très claire à ce sujet. Elle stipule que « le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable. [...] Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. »¹⁵ Ainsi, sans pour autant dévoiler l'entièreté de la conversation tenue avec le personnel soignant ou la famille, le patient a le droit de connaître en substance ce qui a été dit au sujet de sa santé. Si la communication se fait librement entre le patient et son médecin à propos de ce qui a été dit précédemment, cela ne peut que renforcer le lien thérapeutique et la relation de confiance qui existe entre eux.

Analyser la demande de soins

Quand nous sommes confrontés à une demande de soins difficile, il pourrait être utile de se référer au modèle que Neuburger exposait en 1984 et qui propose une technique pour évaluer une demande de soins suivant trois questions^{1,16} :

- le symptôme : qui pose le problème de santé ?
- la souffrance : qui souffre le plus de la situation ?
- l'allégation : qui fait la demande de soins ?

De ces trois questions découlent quatre grands cas de figure qui peuvent s'imposer au praticien. Le premier cas, le plus courant, est celui d'un patient qui présente un symptôme, en souffre et formule une demande de soins. Outre la complexité ou non du problème médical, ce cas de figure est le plus évident à résoudre car il ne prend en compte que la dimension du patient. Le deuxième cas de figure est celui où le patient présente un symptôme mais n'en ressent pas de souffrance et ne formule pas de demande de soins. C'est alors un tiers qui sera à l'origine de la demande de soins. Il pourrait s'agir, par exemple, d'une infirmière qui sollicite l'intervention du médecin parce qu'un patient âgé se balade dans les couloirs durant la nuit. On retrouve régulièrement ce type de sollicitation en maison de repos. Dans le troisième cas, un patient présente un symptôme et en souffre mais ne souhaite pas d'aide. Face à cette décision, c'est souvent la famille du patient, le conjoint ou les enfants qui alertent le praticien. Par exemple « je trouve ma



mère fatiguée et apathique, j'aimerais que vous passez, docteur ». Il s'agit également d'une situation fréquente en home. Le dernier cas est celui dans lequel symptôme, souffrance et demande ne sont pas liés. Il s'agit de patients qui ne présentent pas de symptôme ou présentent un symptôme sans s'en rendre compte, sans susciter de souffrance et sans qu'aucune demande ne soit formulée. C'est le cas par exemple de personnes qui décèdent chez elles sans avoir jamais consulté. Neuburger^{1,16} montre donc que, derrière un même symptôme peuvent se cacher différentes demandes, émanant du patient lui-même ou de son entourage, et qui doivent être prises en charge différemment selon la situation.

Conclusion

Le but de ce travail était d'étudier l'influence de l'entourage du patient en maison de repos. Fort est de constater que cet entourage est important et n'a pas une influence neutre sur les médecins généralistes qui visitent les résidents. La plupart des travaux qui ont été réalisés jusqu'à présent, bien qu'ils soient peu nombreux, mettent surtout en lumière une influence positive de l'hétéroanamnèse sur la prise en charge du patient. Et bien qu'utile dans de nombreux cas, il faut garder à l'esprit qu'elle peut aussi avoir des côtés négatifs et être source de surprescription ou surmédicalisation. Néanmoins, avec l'expérience, les praticiens peuvent mieux jauger le tiers qu'ils ont en face d'eux et apporter plus ou moins de crédit aux informations qu'il leur fournit.

Ce travail a également permis de souligner l'importance du vécu et des représentations de chaque intervenant. En effet, ceux-ci sont d'une grande importance dans la perception des symptômes et dans la manière dont ils sont transmis aux médecins.

Ainsi, dans certaines situations, le praticien peut se sentir mal à l'aise face à une demande de soins ou en avoir un mauvais ressenti. Dans ces cas, il serait intéressant pour le praticien de prendre du recul et d'analyser la situation selon le modèle proposé par Neuburger^{1,16}.

Bibliographie

1. Reynaert, C., Libert, Y., Jacques, D. & Zdanowicz, N. (2006). Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 36 (1), 103-123. doi: 10.3917/ctf.036.0103.
2. Novartis, sous le conseil scientifique de Bungener, M., Fantino, B. & Wainsten, J-P. (2003). Relations des médecins généralistes avec l'entourage de leurs patients. Revue de Proximologie. Consulté via <https://www.proximologie.com/recherche/soignants-et-entourage/etude-remedemedecine-generale-et-proches/>
3. Fantino, B., Wainsten, J., Bungener, M., Joublin, H. & Brun-Strang, C. (2007). Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. Santé Publique, vol. 19 (3), 241-252. doi: 10.3917/spub.073.0241.
4. Fournier, C. & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique, vol. 19 (5), 413-425. doi: 10.3917/spub.075.0413.
5. Santé Canada. (2001). La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa : Santé Canada.
6. Hemsley, B. & Balandin, S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities : informing new translational research. International Society for Augmentative and Alternative Communication, 30 (4) : 329-343. doi: 10.3109/07434618.2014.955614.
7. Vandresse, M. et al. (2017). Perspectives démographiques 2016-2020. Population et ménages. Bureau Fédéral du Plan et Direction Générale Statistiques Belgium. Consulté via http://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/bevolking/5.8%20Bevolkingsvooruitzichten/bestanden/FOR_POP1660_11440_F%20print.pdf
8. Libert, Y. & Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. Psycho Oncologie 3 : 140. <https://doi.org/10.1007/s11839-009-0139-8>
9. Vandresse, M. et al. (2017). Perspectives démographiques 2016 - 2020. Population et ménages. Bureau Fédéral du Plan et Direction Générale Statistiques Belgium. Consulté via http://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/bevolking/5.8%20Bevolkingsvooruitzichten/bestanden/FOR_POP1660_11440_F%20print.pdf
10. Champvert, P. & Leon, A. (2004). L'accompagnement des personnes âgées en établissement ou comment en finir avec les mouroirs sans exclure la mort. Études sur la mort, n°126 (2), 101-107. doi: 10.3917/eslm.126.0101.
11. Laublin, S. (2008). L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique. Le Journal des psychologues, 256 (3), 34-36. doi: 10.3917/jdp.256.0034
12. Le Bihan-Youinou, B. & Mallon, I. (2014). Entretien réalisé en décembre 2013 avec Nicolas Foureur. Médicalisation de la vieillesse : un juste équilibre ? Retraite et société, 67 (1), 159-168. <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2014-1-page-159.htm>.
13. Robert, P., Rey-Debove, A., Rey, A. (2009). Le Nouveau Petit Robert de la langue française. Ed. Dictionnaires Le Robert, Paris.
14. Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers, 89 (2), 33-42. doi: 10.3917/rsi.089.0033.
15. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 7 §1 et art. 8 §1. Consulté via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&n=2002082245
16. Neuburger, R. (1984) : L'autre demande. ESF, Paris.