

## LA PLACE DU PATIENT

[Jacques Dubin](#)

Éditions Esprit | « Esprit »

2007/1 Janvier | pages 40 à 51

ISSN 0014-0759

ISBN 9782909210520

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-esprit-2007-1-page-40.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Éditions Esprit.

© Éditions Esprit. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# La place du patient

Jacques Dubin\*

LES personnes qui font appel au service public hospitalier sont, si l'on en croit les enquêtes, satisfaites des soins qui leur sont prodigués. Elles précisent qu'en cas de besoin elles feraient à nouveau appel à l'établissement qui les a prises en charge. Ces enquêtes qui traduisent l'excellence du système de santé français selon l'OMS sont souvent citées par nos responsables politiques.

Ces *satisfecit* ne doivent pas occulter qu'au sein du service hospitalier public les relations entre les usagers et le corps médical se sont modifiées : la confiance est devenue méfiance, méfiance des usagers confrontés à un système complexe parfois inhumain, méfiance des médecins à l'encontre de patients égoïstes et calculateurs.

## *Une technicité oublieuse de l'homme*

Structure d'accueil voire de contrôle des plus démunis confiés aux congrégations religieuses, l'hôpital public va connaître une transformation complète après le deuxième conflit mondial du XX<sup>e</sup> siècle. La médecine hospitalière qui, jusqu'alors, reposait sur le savoir et le savoir-être va devenir une médecine du savoir-faire. Les spécialités médicales se différencient et se divisent en de multiples sous-spécialités. Les métiers hospitaliers se multiplient. Les services techniques, l'hôtellerie, la blanchisserie ont une place essentielle pour le fonctionnement de la structure hospitalière. Les activités très spécialisées sont le fait de plateaux techniques où les intervenants sont multiples, plateaux d'imagerie (scanner, IRM et maintenant Pet-scan), bloc opératoire multisalles, département d'anesthésie disjoint des services de

---

\* Médecin conciliateur, CHU Angers.

chirurgie, laboratoire de biologie. Cette diversification et cette multiplication des intervenants ont été perçues par les usagers comme un progrès. On choisit actuellement le service public afin de pouvoir bénéficier des soins les plus pointus par les meilleurs experts. Mais le patient ne se satisfait pas de la seule compétence et veut aussi bénéficier d'écoute, de sollicitude, d'empathie, de dialogue et de transparence. L'usager est informé des manquements et des dérives du monde médical : affaire du sang contaminé, scandale du traitement par l'hormone de croissance. Ne risque-t-il pas lors d'une prise en charge hospitalière d'être victime de telles négligences ou plus simplement d'une infection nosocomiale ?

Les informations transmises, parfois contradictoires lors d'un séjour hospitalier, sont source d'inquiétude, aggravée par la peur d'un monde inconnu où la relation duelle habituelle avec le médecin traitant n'est plus de mise. L'usager est conscient du fait qu'au sein de l'hôpital il sera en relation avec de multiples intervenants. Il craint de ne pouvoir bénéficier d'une information cohérente sur les explorations qui seront réalisées, les soins qui seront prodigués et les résultats escomptés. Les témoignages recueillis lors des états généraux du cancer sont à ce titre exemplaires. Ils mettent en évidence que la prise en charge multidisciplinaire où vont intervenir oncologue, chirurgien, radiothérapeute, si elle est exemplaire sur le plan des propositions thérapeutiques et du suivi, peut être catastrophique sur le plan de la relation s'il n'y a pas un référent unique. C'est à la suite de ces témoignages qu'a pu être évoquée et mise en place la consultation d'annonce.

### *Un retard d'adaptation*

Haut lieu de technicité, oublieux d'une de ses missions premières – prendre soin –, l'hôpital n'a en outre pas anticipé l'évolution de la démographie et des comportements.

La démission relative du secteur libéral vis-à-vis de la permanence des soins, l'exigence de prise en charge immédiate du moindre « bobo » et la précarité sont à l'origine d'un afflux vers les services d'urgence. Ceux-ci ne disposent pas des personnels non médicaux indispensables à la prise en charge de la détresse sociale et ne peuvent répondre à une demande exponentielle. Ces services d'urgence sont très souvent stigmatisés par les patients : attente interminable, incompetence des médecins souvent jeunes et moins expérimentés. Le service d'urgence vient en tête des plaintes et réclamations auprès des directions hospitalières.

Les progrès techniques ont permis d'allonger la durée de vie des patients porteurs d'affections autrefois mortelles aujourd'hui dites

chroniques bénéficiant de soins dans la durée. Elles nécessitent des traitements particuliers, des nouveaux modes de prises en charge (hospitalisations brèves, relais extra-hospitaliers, réseaux spécifiques), toutes démarches et structures que la majorité des hôpitaux n'ont pas su mettre en place. Il en est de même du retard à la mise en place de structures gériatriques, discipline peu prestigieuse longtemps délaissée.

La machine hospitalière, peu réactive, est enfin fragilisée par les contraintes économiques actuelles qui ont été à l'origine de plusieurs réformes du financement, mal acceptées par le corps des soignants.

### *L'usager : un consommateur éclairé et informé*

Ce service public hospitalier en crise est mis à la disposition de personnes que les professionnels ont du mal à caractériser.

Les termes employés pour désigner les personnes qui ont recours au service public témoignent des différentes conceptions du système de soins. L'« usager » est le terme reconnu pour la personne qui a recours au service public. Il utilise, consomme mais, par un mécanisme participatif, il peut infléchir le fonctionnement de la structure. Le « patient » est celui qui subit, et doit, au sein de l'hôpital public, s'armer de patience. Son avis n'est pas sollicité sur l'organisation du système. Le « client » est un consommateur qui fait son choix : il achète en fonction de ses propres critères, le prix, la renommée, la qualité des informations dont il dispose (palmarès des hôpitaux), il est exigeant et peut s'appuyer sur de puissants lobbies, il dispose d'informations sur internet. L'augmentation progressive du parc informatique permet tant au patient qu'à son entourage de « surfer ». Internet devient un des principaux outils d'information de santé. Une enquête de la Sofres en 2000 auprès des médecins généralistes est riche d'enseignements. Un patient sur trois déclarait à son médecin qu'il avait fait des recherches sur internet afin d'obtenir des informations sur sa maladie. Sites médicaux, forums de discussion, blogs sont autant de sources susceptibles d'informer, de soutenir mais aussi de déstabiliser, de fragiliser le patient. En effet tout un chacun peut, sans formation, sans compétence, publier des informations sur internet. La question qui se pose n'est pas de trouver l'information mais d'accéder à une information fiable, crédible, pertinente, exacte.

En outre, chaque jour les médias font part des progrès réels ou supposés dans le domaine médical. La chirurgie devient endoscopique assistée par ordinateur et bientôt à distance, source d'évidents progrès qui n'ont pu voir le jour que grâce au développement de l'informatique. Il est aussi des informations plus inquiétantes. La médecine prédictive ne préfigure-t-elle pas une sélection pour la couver-

ture maladie par les assureurs et pour l'embauche dans le monde du travail ? Il est enfin des fausses annonces ou des annonces prématurées : vaccin contre le sida, rétine artificielle, restauration de l'audition par culture de cellules sensorielles...

Qu'il soit client, patient ou usager, l'utilisateur du service public est partagé entre admiration et inquiétude. Consommateur de soins, bénéficiant des sources d'informations multiples, il veut être reconnu comme un citoyen unique, autonome, participant aux décisions qui le concernent. Exercer cette autonomie est malaisé, en effet il existe une double asymétrie d'information : le médecin a une connaissance de la maladie (physiopathologie, modes évolutifs, possibilités thérapeutiques) mais n'en a jamais ressenti les symptômes ; le patient vit dans son être la maladie sans la connaissance. La création d'associations de patients porteurs de la même affection a permis, par des actions auprès du corps médical, la mise à disposition d'informations compréhensibles pour les malades et ainsi une réduction de l'asymétrie d'information, permettant au patient de faire un choix éclairé. Les associations de lutte contre le sida sont à ce titre exemplaires. Après une période d'opposition, refusant le discours médical uniquement orienté vers le traitement sans prendre en compte la globalité de la personne, un dialogue s'est instauré. Les associations ont créé des commissions destinées à apporter aux malades une information validée sur la maladie, les droits, les traitements.

### *La loi du 4 mars 2002 : une révolution ?*

Un service public hospitalier déstabilisé, soumis à des contraintes économiques mal comprises par les soignants et les citoyens, une revendication des usagers désireux de jouer un rôle plus actif dans le système de santé ont été à l'origine des états généraux de la santé.

Ces états généraux ont permis un débat public national où élus, usagers, gestionnaires ont eu une place privilégiée. Ils ont permis d'alimenter la réflexion dont l'aboutissement a été la loi du 4 mars 2002 visant à mettre en place une démocratie sanitaire respectueuse de l'autonomie des patients.

Des décisions de justice antérieures à la loi avaient cependant déjà contribué à modifier la relation médecin-malade.

L'arrêt Mercier (1936) avait fait entrer la responsabilité médicale dans le champ contractuel : « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement... de lui donner des soins... consciencieux, attentifs... conformes aux données acquises de la science. » Pour que le contrat soit valide, chaque partie doit y consentir et pour ce qui concerne le patient, le consentement doit être libre et éclairé. En l'absence de

consentement et donc d'information la responsabilité du médecin peut être engagée.

L'arrêt Hedreul du 25 février 1997 a été perçu par les médecins comme un règlement de compte du monde judiciaire vis-à-vis du corps médical. Depuis un arrêt du 29 mai 1951, il était en effet acquis qu'en matière d'information, la charge de la preuve incombait au patient. C'était donc à lui de prouver que le médecin ne l'avait pas correctement informé et que son consentement n'avait pas été éclairé. L'arrêt Hedreul procède au « renversement de la charge de la preuve ». C'est au médecin de prouver que le patient a bien été informé : « Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation. »

Le Conseil d'État rejoindra en 2000 la Cour de cassation dans une décision qui fait porter la charge de l'information sur l'hôpital et non sur l'usager du service public hospitalier.

L'insatisfaction des patients, liée à un déficit relationnel mis en évidence par de nombreuses actions contentieuses ajoutées aux démarches des associations de patients, avait conduit la profession et les pouvoirs publics à mener une réflexion dont l'aboutissement était une modification des textes réglementaires et législatifs.

Une révision du code de déontologie est intervenue en 1995. Dans le code, 5 articles traitent de l'information et du consentement. L'article 35 précise que l'information doit être loyale, claire et appropriée à l'état de la personne examinée sauf raison légitime appréciée en conscience par le praticien. L'article 36 indique que le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché obligatoirement sauf s'il est incapable d'exprimer sa volonté. L'article 41 insiste sur l'abstention d'intervention mutilante sans information ni consentement. Enfin l'article 42 concernant les patients mineurs légalement incapables précise qu'il faut tenir compte de leur avis même si le consentement est obtenu auprès des parents ou du représentant légal.

Au cours de cette même année, le consentement éclairé avec la nécessité d'une information claire est affirmé dans le cadre d'une circulaire de la Direction générale de la santé concernant la charte du patient hospitalisé qui doit être apposée dans tous les services hospitaliers.

La loi du 4 mars 2002 dans son titre II – *Démocratie sanitaire* – témoigne de la volonté du législateur de voir s'établir une relation équilibrée de partenariat dans la confiance entre les médecins et les malades. Les éléments novateurs de cette loi sont la possibilité pour le malade d'exercer ses droits individuels mais aussi des droits collectifs.

Au titre des droits individuels, la loi affirme le droit à la dignité, le droit à la non-discrimination, le droit au respect de la vie privée et le droit au secret professionnel.

Le droit à l'information et à l'expression de la volonté du malade fait l'objet de 8 articles. Le législateur reprend à son compte la jurisprudence de la Cour de cassation et du Conseil d'État concernant l'information : comment informer, qui doit informer, qui doit être informé, de quoi doit-on informer ? Les éléments novateurs sont : l'introduction de la personne de confiance qui sera consultée si le patient ne peut exprimer sa volonté, l'affirmation du refus de soin, l'accès au dossier médical et la prise en compte du consentement du mineur ou du majeur sous tutelle.

L'article L1111-4 du code de la santé publique met en lumière la nouvelle relation qui se crée entre le médecin et le patient : « Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qui lui fournit les décisions concernant sa santé. »

Au titre des droits collectifs, la loi permet aux associations de patients agréées la possibilité d'exercer des droits reconnus à la partie civile et reconnaît également un statut de représentant des associations en vue de favoriser l'exercice de leurs missions.

Le titre III de la loi relative à la qualité du système de santé comprend deux axes majeurs : promotion de la qualité du système avec l'obligation de formation continue des professionnels et l'amélioration du système de santé.

Le titre IV traite de la réparation des conséquences des risques sanitaires. L'existence d'un guichet unique concernant les procédures d'indemnisation est un facteur favorisant une relation médecin-patient sereine en cas de complication en dehors de toute faute.

Les différents articles de cette loi étaient censés permettre de recréer un climat de confiance entre les usagers et le corps médical. Cependant, les décisions de justice, en particulier le renversement de la charge de la preuve et l'accès au dossier médical contenu dans la loi du 4 mars 2002 et dont les modalités ont été précisées dans un décret d'application, ont été perçues par une partie du corps médical comme susceptibles d'augmenter le nombre d'actions contentieuses justifiant une attitude défensive de la part des médecins.

Les sociétés savantes ont multiplié les documents d'information, destinés à être confiés à l'utilisateur avant tout geste invasif. Certains de ces documents sont, par leur qualité, susceptibles de permettre au patient de poser des questions pertinentes, d'être au fait des gestes qui seront réalisés avec les bénéfices et les risques, lui permettant ainsi de donner un consentement réellement éclairé. D'autres, abscons, insistent davantage sur les risques de l'intervention que sur les

bénéfices, n'ont aucune valeur d'information et pour seul objectif de pouvoir affirmer que le patient a été informé. La signature de ces documents était considérée par certains comme indispensable, au risque de provoquer la rupture de la relation de confiance. Ils n'ont cependant aucune valeur juridique. Ces dérives ont conduit l'ANAES à se saisir de cette question. Sous la houlette du professeur Dominique Touvenin des recommandations ont été présentées au cours de l'année 2000 dans lesquelles il est prévu que l'information doit « être envisagée comme un élément d'une pratique médicale normale et non perçue comme un contentieux permettant de produire des arguments contre un patient qui se plaindrait de ne pas avoir été informé ou d'avoir été mal informé ».

L'accès direct au dossier qui comporte en milieu hospitalier toutes les pièces du dossier sauf les notes personnelles a pu être mal interprété. L'utilisateur pourrait ne pas comprendre : la découverte, à la lecture du dossier, de termes tels que celui de tumeur serait pour lui un choc insupportable. Dès lors, il faudrait édulcorer les dossiers, voire réaliser deux dossiers, un dossier officiel pour le patient et un dossier personnel. Ces propositions traduisent une analyse erronée de l'esprit de la loi, à savoir créer une relation de confiance par une information claire et appropriée.

Dès lors que l'information a été délivrée de façon satisfaisante, il apparaît que l'accès au dossier avec des explications orales des documents n'est pas susceptible pour le patient d'être une lecture traumatisante ou d'induire des procédures contentieuses. La loi a prévu le problème spécifique de la psychiatrie en proposant de demander l'avis d'une commission régionale spécifique au cas où les éléments du dossier pourraient être réellement traumatisants pour le malade.

La loi du 4 mars 2002 a été promulguée à une période où les médecins et les soignants étaient soumis à des incitations à développer une démarche qualité dans un contexte de restriction de moyens. Ainsi une partie importante de l'énergie des personnels a été et est encore déployée dans des procédures d'accréditation, d'amélioration de la qualité de certification conjointement à l'application des 35 heures. Ces contraintes sont responsables d'un malaise. Médecins et soignants craignent que ces différentes mesures mettent en péril la qualité des soins et tout particulièrement le temps dévolu à la relation avec le malade. Toutes ces nouvelles données favorisent un comportement de réaction, en particulier de défense vis-à-vis des décideurs mais aussi vis-à-vis des usagers considérés, compte tenu de leur revendication, comme des consommateurs profitant du système de protection sociale et susceptibles de devenir des plaignants. L'utilisateur revendiquant une autonomie comme la liberté d'avoir des préférences singulières se comporterait comme un sujet calculateur, voire

cynique, transformant le médecin en un prestataire de services, comportement inadapté au service public hospitalier.

La revendication des usagers de participer aux décisions concernant leur prise en charge ne permet plus une relation médecin-malade traditionnelle : colloque singulier entre deux personnes empreint de paternalisme. Le monde judiciaire, puis le législateur interpellé par le citoyen, ont apporté des réponses à cette interrogation. La réponse a été déstabilisante pour le corps médical et le monde hospitalier entraînant une réaction de défense qu'il faut maintenant dépasser.

### *Des propositions*

#### *Une place pour les associations*

Une relation médecin-malade refondée pourrait s'appuyer sur plusieurs éléments. Une collaboration entre soignants et patients qui dépasse le clivage traditionnel entre celui qui sait et celui qui subit. Cette collaboration doit en priorité développer des outils d'information, des structures de conseils, des lieux d'écoute mettant réellement le patient au centre du dispositif de soins. Depuis de nombreuses années, certaines associations dédiées à des affections précises (HIV, diabète, mucoviscidose), affections d'évolution plus ou moins longues, plus ou moins invalidantes, offrent un soutien aux malades. Les membres responsables de ces associations, porteurs de la maladie ou accompagnants des malades, vivent les contraintes liées à l'affection (hospitalisations parfois multiples, souffrance physique, souffrance morale, interrogation existentielle) où tout déficit de communication est préjudiciable pour le patient. Ils peuvent partager ces connaissances avec les autres intervenants (médecins, soignants) et faire des propositions permettant de renforcer le lien avec les équipes.

La présence de représentants de ces associations s'est révélée indispensable lors de la mise en place et, ultérieurement, lors du fonctionnement de réseaux dédiés à une pathologie donnée (diabète...). L'absence de représentants des associations ou leur absence d'adhésion aux objectifs du réseau ont été un des facteurs de dysfonctionnement de la mise en réseau. Des expérimentations innovantes ont rapidement fait leurs preuves. La création d'un espace de rencontre et d'information dans plusieurs centres anticancéreux a engendré des mutations au sein des centres et une évolution du comportement des soignants, en particulier une amélioration de la transmission de l'information. Il n'y avait qu'un espace en 2001, il devrait y en avoir 18 en 2006. Ce qui a été mis en place pour la cancérologie peut l'être pour de nombreuses affections chroniques.

Dans ce contexte, internet a déjà une place essentielle par l'élaboration commune de sites dont les informations sont élaborées par un comité scientifique commun, validées et mises régulièrement à jour. Ces sites, outre des informations médicales et pratiques, comportent, ou devront associer, un forum de discussion avec possibilité d'interrogation des différents référents. Un patient porteur d'une affection chronique bien informé est motivé, accepte mieux un traitement souvent contraignant. La possibilité de s'exprimer sur un forum de discussion est un soutien psychologique qui peut être essentiel. Une élaboration commune fait disparaître la suspicion qui est celle du médecin lorsqu'un patient lui présente des documents recueillis sur internet. À la fois utilisateur et concepteur, il ne se sent plus menacé et peut interpréter et adapter les informations pour le patient.

Une participation institutionnelle des usagers au sein du service hospitalier est indispensable pour permettre une actualisation de la relation usager-hôpital.

Les ordonnances Juppé de 1996 avaient fait un premier pas en instituant la participation des usagers au conseil d'administration des hôpitaux et à la commission de conciliation. À la suite des états généraux de la santé en 1999, un groupe de travail animé par Étienne Caniard a réfléchi à la place des usagers dans le système de santé avec pour objectif, au-delà de l'affirmation de principe, de favoriser la création de lieux de dialogue plutôt que de contre-pouvoir. Nombre de ces propositions ont été retenues dans la loi du 4 mars 2002.

La création de la commission de relation avec les usagers de la qualité de la prise en charge vient remplacer la commission de conciliation très mal nommée car elle n'avait aucun pouvoir de conciliation. La nouvelle commission a non seulement un rôle d'accueil et d'information des usagers mais surtout de lien entre l'usager et l'établissement. Elle veille à l'expression des griefs des patients auprès des responsables de l'établissement et se préoccupe d'informer des suites des demandes. Elle doit aussi être informée des plaintes et réclamations formulées directement par les usagers et les suites qui sont données. La commission doit être consultée sur la politique d'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge des patients. Elle rédige un rapport qui est transmis à l'Agence régionale d'hospitalisation. Le rôle de cette commission, dont les modalités de fonctionnement viennent d'être prévues par décret, peut sembler modeste. Pourtant, de son bon fonctionnement peut dépendre une meilleure prise en charge des usagers par le système hospitalier.

La loi prévoit en outre l'agrément d'association de patients. Pour être agréée, une association devra avoir une réelle activité d'information et de formation, présenter des garanties de représentativité et être indépendante. L'agrément confère à l'association le monopole de

la représentation au niveau des instances hospitalières et des commissions de relation avec les usagers.

Des établissements ont déjà su innover. Le CHU de Nantes a constitué un jury citoyen, représentant des usagers, qui a émis des recommandations dont plusieurs ont été intégrées au projet d'établissement. Les propositions visaient surtout à l'amélioration de la vie quotidienne à l'hôpital et une ouverture vers la cité. À quand la participation des usagers dans les projets de pôle ?

Par leurs actions au plus près des services hospitaliers et au niveau de l'institution, les associations d'usagers après une période de « rodage » devraient permettre une amélioration incontestable de la qualité dans le domaine de la relation entre les patients et le système public hospitalier.

### *Indispensable transparence*

Cette collaboration ne sera réelle et confiante que si le corps médical hospitalier mais aussi le corps administratif rompent avec la tradition du secret, non pas le secret professionnel mais l'absence de transparence, la dissimulation des accidents. Les médecins conciliateurs ont tous été confrontés, alors qu'ils font partie du sérail, à la réticence de leurs collègues pour leur transmettre un dossier, donner des explications lorsqu'un incident médical est intervenu au cours d'une hospitalisation et que la famille du malade cherche des explications. Le succès des palmarès hospitaliers auprès du public traduit pour partie la méfiance des utilisateurs potentiels vis-à-vis d'un service public protégé qui peut être accusé de dissimulation. Une transparence qui se limite à porter à la connaissance des utilisateurs les plateaux techniques, les équipements lourds sans informer sur les infections nosocomiales, les accidents médicaux ainsi que les mesures de corrections mises en place n'est pas propre à faire renaître la confiance. Les démarches qualité mises en place actuellement vont dans le sens de la transparence. Cette transparence ne sera totale que lorsqu'en cas d'accident médical les médecins et l'administration seront capables d'informer sur la réalité d'un accident, comme le précise la loi et devront le faire devant les commissions de relation avec les usagers, mettre en place des mesures de correction et accompagner les personnes dans les démarches pouvant, le cas échéant, entraîner réparation. La création de la commission nationale et des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux va dans ce sens : transparence, accélération des démarches, indemnisation rapide. Ces commissions administratives ne comportent qu'un seul juriste, et disposent du même pouvoir que l'ordre judiciaire et administratif. Il s'agit là d'une déjudiciarisation des accidents médicaux.

*Développer et conforter la réflexion éthique*

Une collaboration entre l'institution, les associations d'usagers et les soignants doit passer par une modification du comportement des « décideurs » que sont les médecins. Une révolution des études médicales déjà entamée – l'introduction des sciences humaines et sociales – doit être menée à son terme.

L'entrée dans les études médicales depuis 1975 est liée à la réussite d'un concours. La sélection des étudiants admis en deuxième année a reposé pendant plusieurs décennies sur les matières scientifiques à l'exception des disciplines descriptives (anatomie, histologie). Le futur médecin, compte tenu de l'évolution des connaissances et des techniques, doit en effet s'appuyer sur une base scientifique forte. Au cours des années d'études ultérieures, en dehors des stages hospitaliers, l'enseignement a favorisé l'accumulation des connaissances sans aucun recul. L'apprentissage de la démarche diagnostique repose sur des symptômes, des explorations cliniques permettant de réaliser un arbre décisionnel et, par voie de conséquence, une thérapeutique efficace et adaptée. Quelle n'était pas la stupeur du jeune médecin, lors des premiers remplacements, de découvrir que ce bel enseignement biotechnique et ces démarches rigoureuses étaient un échec dans de nombreux cas ! L'asthénie de la mère de famille épuisée par ses activités professionnelles et familiales n'est pas le signe d'une affection connue dont le traitement est codifié. Il découvrait que la personne qui faisait appel à lui était un sujet ne souhaitant pas seulement entendre le diagnostic et bénéficier d'un traitement mais être écoutée.

Une évolution de l'enseignement de la médecine s'est fait jour progressivement. Les sciences humaines ont été introduites dans de nombreuses facultés. Cet enseignement est intervenu dès le concours d'entrée. Des notions philosophiques – autonomie, hétéronomie, utilitarisme – sont étudiées. Les grands principes éthiques de bienveillance, de justice et d'autonomie sont enseignés. À l'issue de la première année, l'étudiant possède des bases en sciences humaines. Celles-ci seront insuffisantes pour permettre une réflexion sur les conditions de la mise en place d'une relation équilibrée et de confiance avec les malades mais aussi les soignants non-médecins si cet enseignement se limite au premier cycle. Tout au cours de son cursus, un enseignement théorique et un enseignement pratique pendant les stages doivent se poursuivre et comporter une réflexion éthique mais aussi un apprentissage des techniques de communication, de décodage des demandes, d'aptitude à mettre en place une écoute active. Au-delà même des études, il est nécessaire que les médecins puissent disposer de formations postuniversitaires, soit sous la forme de diplôme universitaire, soit au sein de structures où

ils pourront faire part de leurs difficultés. Ces structures pourraient être des espaces éthiques ouverts non seulement au monde médical mais aussi aux familles, aux patients et aux soignants. Ces espaces deviendraient des lieux de dialogue hautement favorables à une relation équilibrée médecin-patient-soignant.

Le monde hospitalier déstabilisé par la multiplication des réformes, la mise en cause par les usagers du comportement des médecins, spécialistes d'un organe ou d'une affection privilégiant le traitement des maladies aux dépens de la prise en charge globale de l'homme, devrait trouver dans la loi du 4 mars tous les éléments pour mettre en place une relation plus égalitaire entre les patients et « l'hôpital ». Encore faut-il que tous les acteurs concernés s'attachent à faire vivre cette « démocratie sanitaire ».

Jacques Dubin